

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



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2007-2008

OCTOBRE 2008

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
Mot de la directrice générale et de la présidente du conseil d'administration	7
Les objectifs organisationnels 2007-2008	9
La déclaration de fiabilité	10
Le code d'éthique et de déontologie	10
Le CSSSML en un coup d'œil	11
Les partenaires du réseau local	13
L'équipe de direction et les membres du conseil d'administration	14
L'organigramme	15
Le rapport du commissaire aux plaintes	16
Les priorités du réseau local de services	17
Le comité de vigilance et de la qualité des services	19
La sécurité et la qualité des services	20
Les conseils consultatifs	22
LES RÉSULTATS	25
La direction des services dans la communauté	26
La direction du programme perte d'autonomie liée au vieillissement	36
La direction du programme de santé physique	44
La direction de la qualité des services et des soins infirmiers	48
La direction des ressources humaines et des ressources informationnelles	50
La direction des services techniques et informatiques	53
La direction des services professionnels	55
La direction des ressources financières	56
LES ÉTATS FINANCIERS	57
Fonds d'exploitation-résultats	58
Fonds d'exploitation-bilan	59
Rapport des vérificateurs	60
LES ANNEXES	
Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration	62
Annexe 2 – Prestation sécuritaire de services	67

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

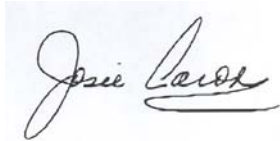
LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTMAGNY-L'ISLET ET SON MILIEU



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 2007-2008.

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 compte 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

MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DE LA PRÉSIDENTE RAPPORT ANNUEL 2007-2008

Mesdames, Messieurs,

Il nous fait plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion du CSSS de Montmagny-L'Islet pour l'année financière 2007-2008.

Mentionnons, d'entrée de jeu, que l'année 2007-2008 a été marquée par des travaux de construction majeurs tant à l'Hôpital qu'en soins de longue durée. En effet, c'est en septembre 2007 que débutait la première phase des travaux d'agrandissement de l'Urgence de l'Hôpital alors qu'en novembre 2007, on donnait le coup d'envoi aux travaux de construction des maisons d'hébergement de Sainte-Perpétue et de Saint-Eugène. Ces travaux ont mobilisé de façon constante l'équipe des services techniques de même que tous les professionnels cliniques qui ont dû revoir l'organisation et les processus de travail à la lumière du nouvel environnement à venir.

En juin 2007, l'établissement accueillait l'équipe visiteuse du Conseil canadien d'agrément des services de santé en vue de son accréditation. En juillet 2007, nous recevions un avis d'accréditation avec suivi sous forme de rapports dont un premier a été déposé en janvier 2008. Celui-ci a reçu l'assentiment du Conseil canadien. Dès l'automne 2007, tous les secteurs se sont mis en action en vue de se conformer aux différentes recommandations d'amélioration de la qualité des services et d'amélioration de la sécurité des usagers émises par le Conseil canadien d'agrément. En juillet dernier, après la transmission du deuxième rapport de suivi, le CSSS de Montmagny-L'Islet se voyait confirmer son tout premier agrément. La prochaine visite d'accréditation est prévue pour l'été 2010.

Le CSSS a adopté et diffusé auprès du personnel, des médecins, des stagiaires et des bénévoles de l'établissement son premier code d'éthique unifié. Celui-ci fait état des valeurs mises de l'avant dans nos rapports avec la clientèle, des attitudes et comportements attendus du personnel envers la clientèle.

En cours d'année, les équipes cliniques ont poursuivi le travail visant la mise en place des priorités d'action retenues au projet d'organisation clinique du réseau local de services. Compte tenu que cette démarche de réflexion et d'identification des besoins avait sollicité plusieurs partenaires du milieu en 2005-2006, une rencontre de suivi de toutes les personnes impliquées dans le milieu a été tenue le 12 juin 2007 afin de faire le point sur l'état d'avancement des travaux et de se mobiliser pour la suite des travaux à conduire sur le territoire.

Le CSSS de Montmagny-L'Islet s'est doté d'une structure de consultation de sa population par la mise en place d'un forum de la population, formé d'un représentant de chacune des localités des deux MRC. Nous y discutons de l'offre de service actuelle, du niveau de satisfaction et des améliorations souhaitées par la population du territoire. C'est ainsi qu'à la demande du forum, un guide des services de santé et des services sociaux offerts par l'établissement a été publié et diffusé dans tous les foyers de Montmagny-L'Islet au printemps dernier par le biais des publi-sac. Le forum de la population se réunit deux fois l'an.

Au cours de la dernière année financière, toutes les équipes ont mis l'emphase sur le maintien et le développement de pratiques sécuritaires pour l'utilisateur. Ainsi, plusieurs politiques et protocoles visant la sécurité de l'utilisateur ont été mis à jour, rédigés et diffusés dans l'organisation. À titre d'exemple, mentionnons la politique Tolérance zéro prévenant les abus et la négligence envers la clientèle et le protocole d'application des mesures de contrôle qui balise l'utilisation de mesures de contention et d'isolement.

Au chapitre des pratiques sécuritaires, l'établissement a également adopté son plan de prévention et de contrôle des infections, ce qui a donné lieu à un plan d'action dans toutes les installations du CSSS. De plus, l'établissement a mis à jour, uniformisé et diffusé auprès du personnel, le plan de mesures d'urgence de chacune des installations. Enfin, l'établissement s'est conformé aux lignes directrices ministérielles en hygiène-salubrité en ajoutant des heures travaillées à l'Hôpital dans ce secteur d'activités, de façon à assurer une présence sur 24 heures et sur 7 jours.

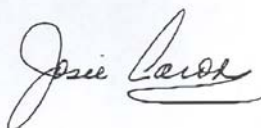
Parmi les dossiers importants réalisés en cours d'année, il nous faut mentionner la signature des ententes dans le cadre des négociations locales avec les trois instances syndicales qui regroupent l'ensemble du personnel de l'organisation. Bravo à la Direction des ressources humaines, aux gestionnaires et aux représentants syndicaux qui se sont impliqués activement dans cette démarche, qui constituait une première dans notre réseau.

Au plan de la mobilisation du personnel, l'établissement a procédé à une deuxième mesure de satisfaction du personnel en février 2008. Près de 50 % des employés ont répondu au questionnaire proposé et les résultats témoignent de plusieurs belles améliorations, et ce, tant au plan de la satisfaction personnelle au travail qu'au plan de la perception des avancées organisationnelles. De beaux défis subsistent en ce qui a trait notamment à la circulation de l'information et à la reconnaissance du personnel.

L'établissement a terminé l'année en équilibre budgétaire et les équipes ont fait un suivi rigoureux de l'atteinte des cibles de résultats inscrites à l'entente de gestion convenue avec l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches pour l'année 2007-2008.

Bref, l'année 2007-2008 a été le théâtre de belles améliorations et de beaux projets dans le secteur de la santé et des services sociaux de notre territoire. Ces réussites, nous les devons à notre personnel engagé, à nos médecins qui ont à cœur la santé de notre population, aux gestionnaires qui mettent toute leur énergie à l'atteinte des objectifs poursuivis et aux administrateurs qui donnent de leur temps pour déterminer les orientations et en assurer le suivi.

À vous toutes et tous qui, année après année, faites la différence et permettez au CSSS de Montmagny-L'Islet de rayonner dans son milieu...MERCI !



Josée Caron
Présidente du conseil d'administration



Marie-Claude Ouellet
Directrice générale

LES OBJECTIFS ORGANISATIONNELS 2007-2008

- Assurer l'actualisation des priorités retenues au plan d'organisation clinique et maintenir les partenaires du réseau local de services informés de l'état d'avancement des travaux.
- Signer lorsque requis des ententes de services avec les partenaires impliqués dans l'actualisation des priorités d'actions retenues au plan d'organisation clinique.
- Tenir des rencontres de consultation avec les représentants du forum de la population sur les orientations de l'établissement au regard du maintien et du développement des services de santé et des services sociaux dans Montmagny-L'Islet.
- Élaborer et actualiser, pour la population de Montmagny-L'Islet, un plan de visibilité des services dispensés et des bons coups réalisés par l'établissement.
- Actualiser les mécanismes de communication et d'éducation au grand public visant à promouvoir de saines habitudes de vie et la responsabilisation des individus au regard de leur propre santé.
- Évaluer la performance de l'établissement notamment au regard de la qualité des services rendus.
- Définir et instaurer un tableau de bord organisationnel.
- Assurer le maintien et le développement de pratiques sécuritaires pour l'utilisateur au sein de tous les services de l'organisation.
- Assurer le suivi des recommandations d'amélioration transmises par le CCASS et répondre, dans les délais prescrits, aux mesures d'amélioration aux zones de vulnérabilité identifiées notamment au plan des pratiques organisationnelles requises.
- Assurer l'atteinte de l'équilibre budgétaire par une utilisation judicieuse des ressources consenties à l'établissement afin d'optimiser l'offre de service en lien avec les besoins de la population de Montmagny-L'Islet.
- Mettre en place les mesures nécessaires à l'atteinte des résultats attendus à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue entre l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches et l'établissement.
- Mesurer l'état de mobilisation des ressources humaines de l'établissement et mettre à jour les plans d'action afférents.
- Élaborer un plan stratégique de planification de main-d'œuvre et poursuivre la mise en place des mesures d'attraction et de rétention de l'ensemble du personnel, des médecins et des spécialistes au sein de l'établissement.
- Élaborer un plan directeur immobilier pour l'établissement.
- Superviser les travaux liés à la réalisation des projets de construction et de réaménagement majeurs ainsi que ceux liés au développement et au maintien des actifs.
- Poursuivre les travaux visant l'harmonisation des pratiques professionnelles et administratives ainsi qu'une meilleure organisation de travail.
- Favoriser l'intégration et l'adhésion du personnel aux valeurs organisationnelles de l'établissement par l'instauration d'un Code d'éthique et d'une philosophie de gestion.

LA 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 2007-2008 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 2008.



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'annexe 1 du présent document.

Aucun cas contrevenant à ces règles n'a été traité en 2007-2008.



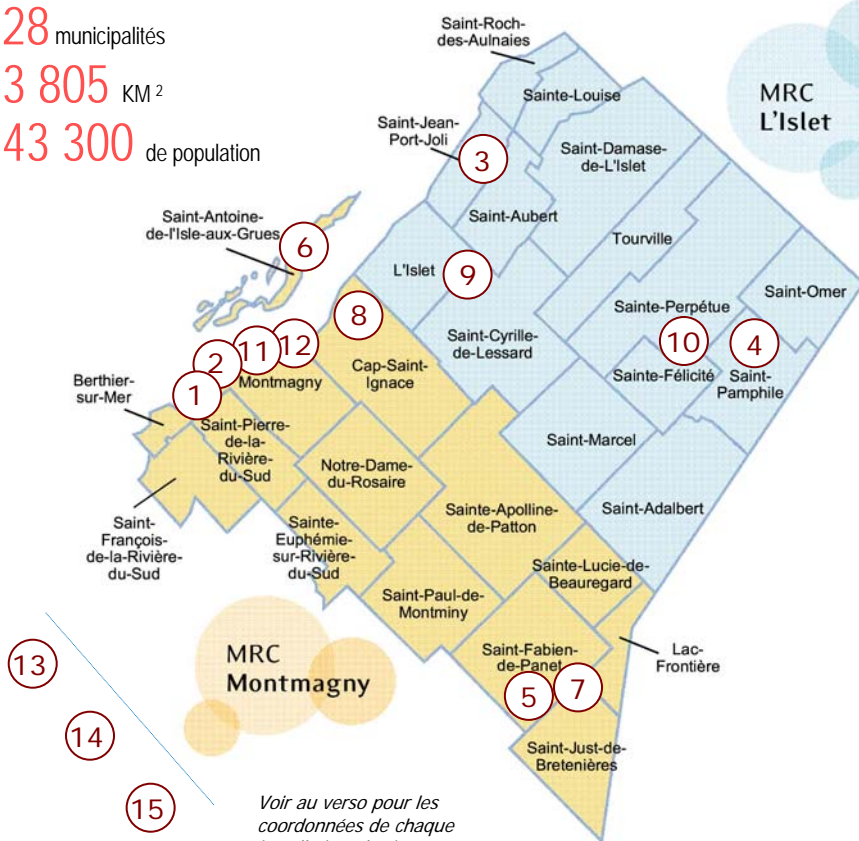
Le Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet est un établissement de soins généraux et spécialisés qui dispense des services de première et de deuxième ligne en soins de courte durée, des services communautaires et de l'hébergement de longue durée. L'établissement bénéficie d'un budget annuel de plus de 73 millions de dollars et dispose de 251 lits en longue durée et de 71 lits en courte durée. Plus de 1 200 employés et 100 médecins, répartis dans 15 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.

Les installations physiques

1 HÔPITAL 5 CLSC 4 CENTRES D'HÉBERGEMENT 4 MAISONS D'HÉBERGEMENT

Mandataire des services de SANTÉ AU TRAVAIL pour la région Chaudière-Appalaches répartis sur 4 points de services
Le CSSSML dispense également des services à 6 personnes dans une résidence à assistance continue (RAC) et à près de 200 personnes en ressources alternatives à l'hébergement : RTF (ressources de type familial) et RI (ressources intermédiaires)

71 lits de courte durée
251 lits de longue durée

1	Hôpital de Montmagny	350, boul. Taché Ouest Montmagny (Québec) G5V 3R8	(418) 248-0630	71	10
2	CLSC de Montmagny & Centre d'hébergement de Montmagny	168, rue Saint-Joseph Montmagny (Québec) G5V 1H8	(418) 248-2572		65
3	CLSC de Saint-Jean Port-Joli & Centre d'hébergement de Saint-Jean Port-Joli	430, rue Jean-Leclerc Saint-Jean-Port-Joli (Québec) G0R 3G0	(418) 598-3355		36
4	CLSC de Saint-Pamphile	103, du Foyer Nord Saint-Pamphile (Québec) G0R 3X0	(418) 356-3393		
5	CLSC de Saint-Fabien-de-Panet	10, rue Alphonse Saint-Fabien-de-Panet (Québec) G0R 2J0	(418) 249-2572		
6	CLSC de L'Isle-aux-Grues	101, rue de la Volière Saint-Antoine de l'Isle-aux-Grues (Québec) G0R 1P0	(418) 248-4651		
7	Centre d'hébergement de Saint-Fabien-de-Panet	19, rue Principale Saint-Fabien-de-Panet (Québec) G0R 2J0	(418) 249-4051		35
8	Centre d'hébergement de Cap-Saint-Ignace	146, du Manoir Est Cap Saint-Ignace (Québec) G0R 1H0	(418) 246-5644		41
9	Maisons d'hébergement de Saint-Eugène	60-1, rue Lamartine Saint-Eugène (Québec) G0R 1X0	(418) 247-3927		32
10	Maisons d'hébergement de Sainte-Perpétue	20, avenue des Loisirs Sainte-Perpétue (Québec) G0R 3Z0	(418) 359-2247		32
11	RAC - Résidence à assistance continue	151, 11 ^e Rue Montmagny (Québec) G5V 3E4	(418) 234-1354		
12	Direction des ressources humaines et des ressources informationnelles	Édifice André-Wingen 22, avenue Côté Montmagny (Québec) G5V 1Z9	(418) 248-0639		
	Santé au travail Chaudière-Appalaches Point de services Montmagny et Siège social	Édifice André-Wingen 18, avenue Côté Montmagny (Québec) G5V 1Z9	(418) 234-1211		
13	Santé au travail Chaudière-Appalaches Point de services Grand Littoral	848, rue Commerciale Saint-Jean-Chrysostome (Québec) G6Z 2T6	(418) 839-2070		
14	Santé au travail Chaudière-Appalaches Point de services Thetford	17, rue Notre-Dame Ouest Thetford Mines (Québec) G6G 1J1	(418) 338-6147		
15	Santé au travail Chaudière-Appalaches Points de services Beauce	12523, 25 ^e avenue Saint-Georges Est (Québec) G5Y 5N6	(418) 228-6272		

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 2008)

73 M \$

Les personnes
(au 31 mars 2008)

1242 employés (75 % en postes permanents)

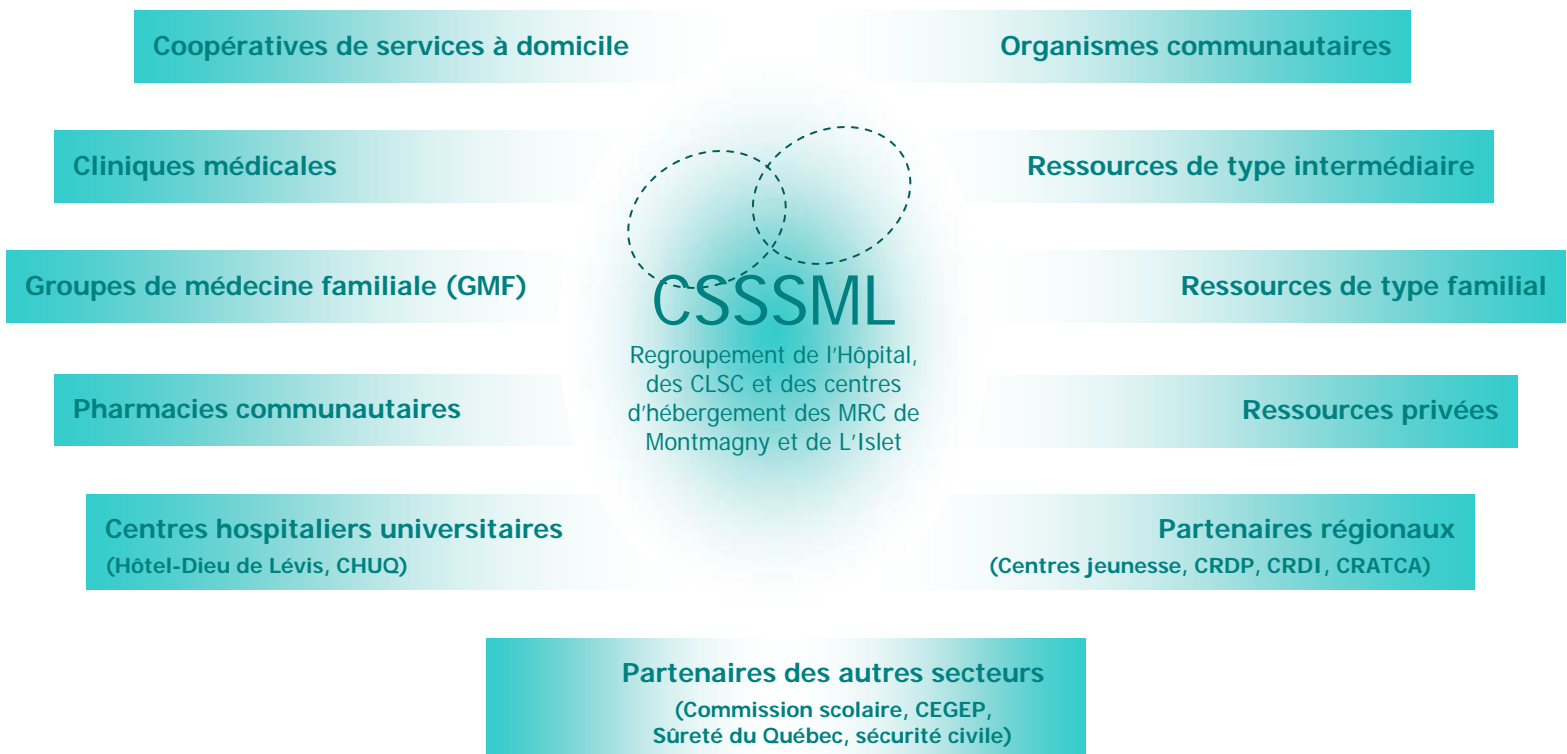
133 médecins, dentistes, pharmaciens

200 bénévoles

CSSSML.QC.CA

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

RIS Réseau local de services



L'ÉQUIPE DE DIRECTION



Première rangée, de gauche à droite :

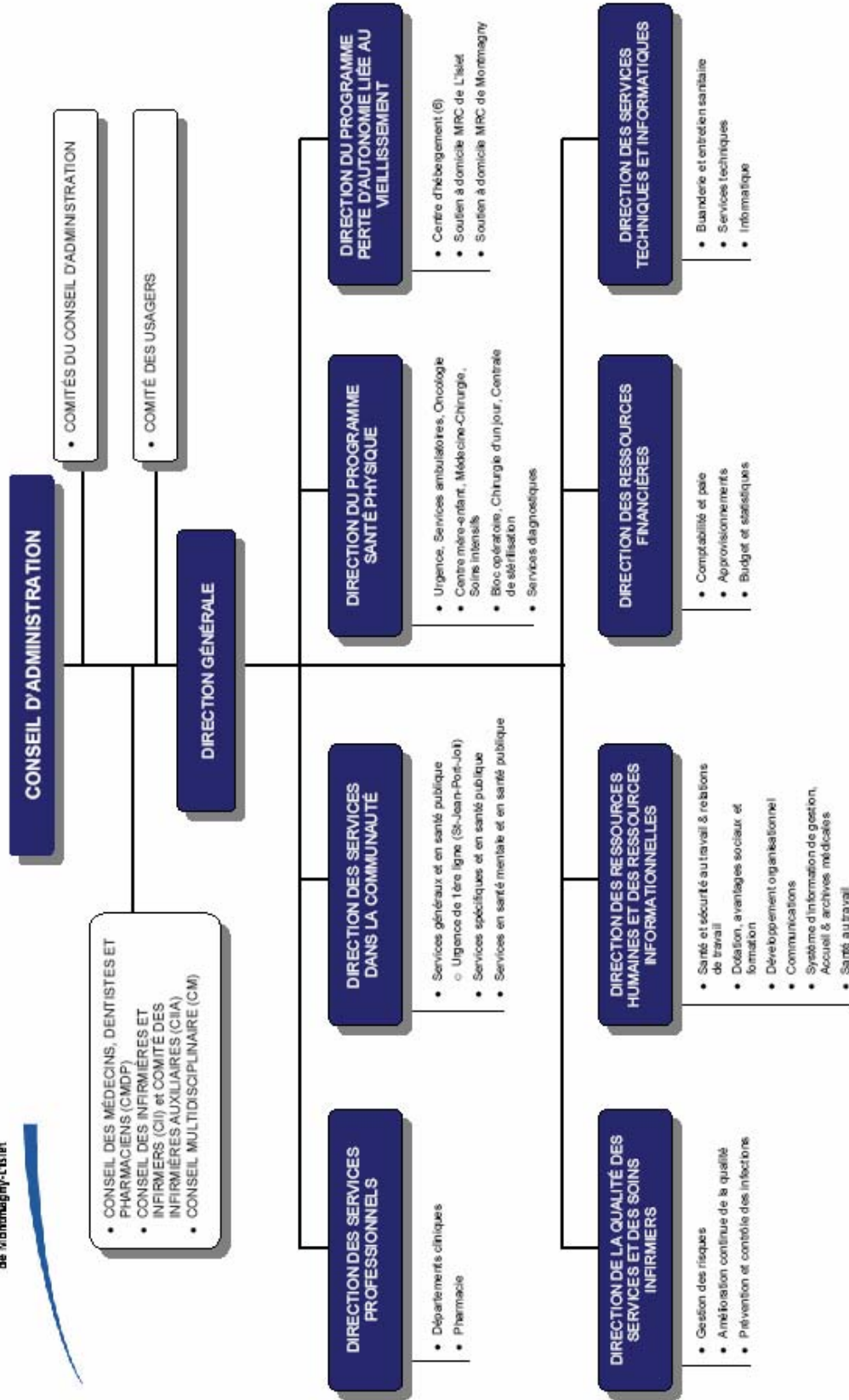
Diane Boivin	Directrice de la qualité des services et des soins infirmiers
Annie Tremblay M.D.	Directrice des services professionnels
Ginette Bernier	Directrice des services dans la communauté
Marie-Claude Ouellet	Directrice générale

Deuxième rangée, de gauche à droite :

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
Madeleine Corriveau	Directrice des ressources financières
Lorraine Mercier	Directrice du programme de santé physique

LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Marie-Claude Ouellet	Directrice générale (secrétaire)
Josée Caron	Représentante de la population (présidente)
Jean-Pierre Magnan	Représentant de la population (vice-président)
Denise Laprise	Conseil multidisciplinaire
Danielle Grégoire M.D.	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Michèle Boulanger M.D.	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, M.D.	Comité des usagers
Louise Fortin	Conseil des infirmières et des infirmiers
Daniel Cyr	Conseil multidisciplinaire
Marc Boulanger	Comité des usagers
Jean-Louis Proulx	Désigné par l'Agence
Yvan Gauvin	Désigné par l'Agence
Diane Morneau	Coopté
Réal Bolduc	Coopté



RAPPORT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES POUR L'ANNÉE 2007-2008

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, Monsieur Serge St-Pierre, est nommé par le conseil d'administration de l'établissement en vertu de l'adoption du projet de Loi 83 par l'Assemblée nationale en 2005-2006. Ce dernier exerce une fonction exclusive au sein de l'organisation et traite les plaintes et les demandes d'assistance déposées par les usagers. En ce qui a trait aux plaintes qui concernent un membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, celles-ci sont transmises au médecin examinateur, Monsieur André Doiron M.D., qui en fait l'étude et le suivi.

Au total, 50 dossiers ont été traités au cours de l'année 2007-2008 comparativement à 66 dossiers traités en 2006-2007. De ces 50 dossiers, 28 ont été des plaintes traitées par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, 10 ont été des plaintes transmises au médecin examinateur et 12 se sont avérées des demandes d'assistance. Des 50 dossiers traités en cours d'année, 48 étaient conclus au 31 mars 2008.

Les principaux objets de plaintes de la part des usagers sont les suivants :

- L'accessibilité aux services;
- Les soins et services dispensés;
- Les relations interpersonnelles;
- L'organisation du milieu et les ressources matérielles;
- Les droits particuliers de l'usager;
- L'aspect financier.

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de même que le médecin examinateur ont fait rapport au conseil d'administration du traitement des plaintes effectué en cours d'année et des suivis qui en ont découlé.

LES PRIORITÉS DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

Jeunes en difficultés



- Améliorer les processus d'évaluation et d'orientation pour tous les jeunes de 0 à 5 ans afin de réduire le délai d'attente avant une première évaluation et d'optimiser le plan de traitement.
- Promouvoir l'adhésion au programme "École en santé" auprès des écoles du territoire de Montmagny-L'Islet.

Dépendances



- Assurer l'accès à des services continus et de qualité aux jeunes, aux adultes et leurs familles afin de diminuer la prévalence ainsi que les conséquences reliées aux problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme, de jeux compulsifs et de cyberdépendance.

Santé mentale



- Coordonner des activités visant la prévention du suicide afin de réduire le taux de suicide chez les adultes et les aînés.
- Coordonner des activités visant la promotion de la santé mentale, afin de réduire le taux de détresse psychologique tant chez les jeunes que chez les adultes et les aînés.
- Augmenter les services de soutien intensif aux personnes atteintes de troubles mentaux graves, afin de leur permettre de vivre dans leur communauté.
- Garantir l'accès à des services médicaux et psychosociaux de première ligne en santé mentale pour la clientèle jeune.

Services généraux



- Assurer, à la population de Montmagny-L'Islet, un accès rapide et personnalisé en vue de permettre la liaison aux différents programmes du CSSS.
- Garantir l'accès et la qualité des services d'aides techniques à toute la clientèle en assurant une gestion efficace des processus concourant à la distribution et au contrôle de la qualité de l'équipement.

LES PRIORITÉS DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (SUITE)

Déficiences physiques



- Assurer l'accès à des services de répit pour toute la clientèle atteinte de déficiences physiques (jeune et adulte).
- Assurer l'accès à des services de transport et d'accompagnement pour toute la clientèle atteinte de déficiences physiques (jeune et adulte).

Perte d'autonomie liée au vieillissement



- Développer des services pour les aidants naturels.
- Harmoniser les services de soutien à domicile.
- Harmoniser les services en hébergement.
- Développer un outil de révision systématique de la médication des personnes âgées.

Santé physique (lutte contre le cancer et soins palliatifs de fin de vie)



- Assurer l'accessibilité aux services spécialisés d'un oncologue à la clientèle atteinte de cancer en intégrant ces services à ceux offerts par l'équipe en oncologie.
- Développer des services adaptés en soins de fin de vie (pronostic de deux à six mois).

Déficiences intellectuelles- troubles envahissants du développement (DI-TED)



- Assurer l'accès à des services de première ligne en évaluation, orientation et traitement à la clientèle présentant une déficience intellectuelle et TED.
- Assurer l'accès à des services de répit-dépannage à la clientèle présentant une déficience intellectuelle et TED.

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Formé en avril 2007 en vertu du projet de Loi 83 adopté par l'Assemblée nationale du Québec en 2005-2006, le comité de vigilance a pour principal mandat de recevoir et d'analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. Il doit également assurer le suivi apporté à ces recommandations et faire rapport au conseil d'administration de leur application.

Le comité de vigilance et de la qualité des services du CSSS de Montmagny-L'Islet était formé, au 31 mars 2008, des personnes suivantes :

Monsieur Gil-Wheeler Dupont, président
Monsieur Jacques Mercier, membre du conseil d'administration
Monsieur Simon Morin, membre du conseil d'administration
Monsieur Serge St-Pierre, commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Madame Diane Boivin, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers
Madame Marie-Claude Ouellet, directrice générale
Madame Céline Lachance, secrétaire administrative

Au total, quatre recommandations ont été transmises au conseil d'administration en cours d'année 2007-2008 et font l'objet d'un suivi par le comité de vigilance. Ces quatre recommandations sont les suivantes :

- *Qu'une formation portant sur la gestion de crise et les attitudes à adopter avec une clientèle plus difficile soit donnée au personnel de l'accueil afin d'éviter l'émotivité dans de telles situations.*
- *Qu'un modèle conceptuel en service social et un cadre d'intervention commun soient développés, améliorant du même coup la supervision clinique.*
- *Que la directrice générale transmette une lettre au comité du mécanisme d'accès en hébergement, au regard de la vigilance à apporter lors de l'orientation d'une personne vers une ressource d'hébergement du territoire.*
- *Que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et la coordonnatrice d'un centre d'hébergement du territoire rencontrent les familles et les intervenants concernés au regard des actions prises pour aider l'intégration d'un usager avec comportement perturbateur.*

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SERVICES

L'agrément et les rapports de suivi

Suite à la visite en mai 2007, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) a décerné un agrément de trois ans sous réception et acceptation de deux rapports de suivi concernant des pratiques organisationnelles requises en terme de sécurité des soins et services. Le premier rapport fut transmis le 31 janvier 2008 et le deuxième, le 31 juillet 2008.

En conséquence, les deux rapports élaborés et transmis au CCASS ont reçu une réception très favorable ce qui fait que notre établissement reçoit son agrément jusqu'à la prochaine visite au printemps 2010.

Les mesures de contrôle (contention et isolement)

Le protocole d'utilisation des mesures de contrôle a été révisé, présenté et adopté au conseil d'administration du CSSSML le 19 février 2008. En suivi, nous relatons les diverses activités concourant à l'application de ce protocole :

- Comité de suivi de l'application du protocole d'utilisation des mesures de contrôle (3 rencontres);
- Trois formateurs provenant des trois secteurs de soins ont dispensé une formation d'une durée de 7 heures aux professionnels en position de décider de l'application de mesures de contrôle selon la loi 90 : infirmières, médecins, ergothérapeutes, physiothérapeutes:
 - 47 personnes du soutien à domicile
 - 40 personnes de l'hébergement et 32 de l'Hôpital
 - 5 psychiatres
 - 9 médecins de Montmagny et 3 de Saint-Jean-Port-Joli
 - 43 personnes RNI (ressources non institutionnelles)
 - 6 coordonnateurs et chefs de service de l'Hôpital
- Mise en place d'un registre local sur l'utilisation des mesures de contention;
- Recension et élimination du matériel de contention non conforme (site hôpital) et remplacement;
- Inventaire et élimination de matériel non conforme aux sites d'hébergement;
- Gestion du matériel à l'hôpital pour diminuer les risques lors de l'application si nécessaire seulement.

La gestion des risques

Comité de gestion des risques (3 rencontres)

- Élaboration d'une première version d'un programme en gestion des risques en suivi à la recommandation du Conseil canadien d'agrément des services de santé et des services sociaux;
- Des analyses de l'environnement ont été faites dans des secteurs de soins et des actions concrètes ont amené une légère diminution du nombre de chutes et d'erreurs de médicaments;
- Plusieurs analyses d'événements sentinelles ont été faites et un suivi des recommandations a été réalisé avec les directions concernées;
- Des liens ont été établis avec le comité de vigilance et de la qualité concernant la gestion des risques.

Recommandations de coroner

- Rapport de coroner reçu concernant le décès d'une personne en lien avec l'administration de clozapine dans un centre hospitalier au Québec. Un protocole a été élaboré par l'équipe de psychiatrie et le service de pharmacie du CSSSML;
- Le dossier sur la surveillance des opiacés a été acheminé et accepté à l'ASSS-CA en terme de suivi. La formation s'est poursuivie pour les infirmières des services d'urgence à St-Jean Port Joli.

Plan local de lutte contre une éventuelle pandémie d'influenza (7 rencontres)

Un comité local de coordination est en place depuis janvier 2006 au CSSSML. Des rencontres mensuelles sont faites. En lien avec les activités du MSSS et l'ASSS-CA, nous avons continué à élaborer notre plan local du CSSSML. La localisation de sites non traditionnels de soins ambulatoires et en mode hospitalier ont été identifiés. Des travaux se poursuivent en 2008-2009, toujours en lien avec les autres niveaux d'organisation, provincial et régional.

La prévention et le contrôle des infections

Comité en prévention et en contrôle des infections (5 rencontres)

- Élaboration du programme de prévention et de contrôle des infections du CSSSML en lien avec le comité de prévention et contrôle des infections;
- Surveillance des bactéries multi résistantes et suivi dans tous les secteurs du CSSSML;
- Élaboration des outils à la prise de décision clinique et administrative lors d'éclotions;
- Élaboration des outils de suivi en liens avec le service d'hygiène salubrité;
- Activités de surveillance, de prévention et de contrôle des infections en lien avec toutes les directions;
- Dépôt de rapports mensuels concernant les infections nosocomiales au conseil d'administration.

LES CONSEILS CONSULTATIFS

Conseil des infirmières et infirmiers

Suzanne Brisson, présidente (par intérim) et vice-présidente

Louise Fortin, secrétaire et représentante au conseil d'administration

Brigitte Godbout, conseillère

Monique Malenfant, conseillère

Diane Boivin, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers

Réjeanne Caron, déléguée du Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires

Principales réalisations en 2007-2008

- Consultation sur les plans d'interventions (PI) et les plans de services individualisés (PSI);
- Consultation sur le code vestimentaire;
- Comité sur les règles de soins;
- Informatisation des méthodes de soins;
- Consultation sur le code d'éthique.

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires

Réjeanne Caron, présidente

Marthe Bélanger, vice-présidente

Francine Paradis, secrétaire

Hélène Dubé, conseillère

Marie-Claude Gagnon, conseillère

Principales réalisations en 2007-2008

- Projet CIIA 2007-2008 : constat du taux d'erreur dans l'administration des médicaments;
- Suivis : agrément, PTI, mesures de contentions, soins de plaies, politique sur la tenue vestimentaire, formations obligatoires;
- Appréciation de la qualité;
- Avis pour l'harmonisation des soins en hébergement.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Steeven Haman, président
Alexandre Lavigne, secrétaire-trésorier
Patrick Blouin, directeur
Valérie Gilbert, directrice
François Gilbeau, directeur
Gilles Labrecque, président sortant

Geneviève Morin, pharmacienne
Annie Tremblay, DSP
Josée Langlois, adjointe à la DSP
Robert Labrie, directeur
Marie-Claude Ouellet, directrice générale

Principales réalisations en 2007-2008

- Appui, par résolution, du développement d'une URFI-RFI;
- Démarches pour l'amélioration des délais de transcription aux archives;
- Suivi des recommandations émises lors de la visite d'agrément de juin 2007;
- Surveillance des comités;
- Résolution pour les ordonnances d'opioïdes afin que la pharmacie ajuste la prescription d'opioïdes pour ne retrouver qu'une seule dose et un seul intervalle;
- Suivi de l'exécutif auprès des membres qui participent à des recherches cliniques;
- Demandes d'avis légaux à l'ACMDP concernant la garde en CLSC;
- Amendement du règlement d'un quorum de 20 membres pour les réunions régulières du CMDP;
- Suivi des recommandations faites par l'Ordre des pharmaciens du Québec;
- Recommandation aux chefs des départements concernant la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.

Comité évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Jérôme Carrier M.D.
Raymond Fortin M.D.
François Guilbault M.D.
Marie-Hélène Poulin, M.D.
Jacques Rivest, M.D.
Yvette Tapp, pharmacienne

Principales réalisations en 2007-2008

- Étude des dossiers d'usagers ayant présenté des complications suite à une intervention médicale;
- Étude de la qualité de l'acte selon des critères de bonnes pratiques reconnus dans le milieu médical.

Conseil multidisciplinaire

Denise Laprise, présidente
Henri Bélanger, vice-président
Doris Beaudoin, secrétaire
Daniel Cyr, directeur
Émilie Gagnon, travailleuse sociale

Marie-Claude Ouellet, directrice générale
Diane Boivin, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers

Principales réalisations en 2007-2008

- Mise en place du comité de pairs des psychologues;
- Sondage dans le journal interne sur la satisfaction au travail;
- Production de différents avis à la demande de la direction de l'établissement.

Comité des usagers

Carmen Ouellet, présidente et rep. comité résident Sainte-Perpétue
Jean-Guy Brulotte, vice-président et rep. comité résident Montmagny
Marielle Cloutier, secrétaire et rep. comité résident Sainte-Eugène
Juliette Dupont, rep. de la population
Simon Morin M.D., rep. de la population
Marc Boulanger, rep. de la population

Charles Roberge, rep. de l'employeur
Denise Morneau, rep. comité résidents St-Jean-Port-Joli
Lyne Labelle, Rep. comité résident St-Fabien-de-Panet
Lucille Coulombe-Gendron, rep. comité résident Cap-Saint-Ignace

- Tenue d'une conférence avec Monsieur Paul Brunet, président du Conseil pour la protection des malades;
- Réalisation d'un dépliant promotionnel sur le comité des usagers;
- Le comité a lu et commenté des documents organisationnels tels que le code de conduite entre employés et la politique sur la tenue vestimentaire;
- Suivis dans divers dossiers tels le comité d'harmonisation des soins à la personne en centre d'hébergement, les ressources de type familial, la construction des nouvelles maisons d'hébergement et les suivis apportés à l'agrément de 2007.

LES RÉSULTATS

LES DIRECTIONS DES PROGRAMMES-SERVICES ET SOUTIEN



L'équipe de la direction des services dans la communauté



Ginette Bernier
Directrice

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

Les bons coups et réalisations 2007-2008

- Déploiement de SIM (Suivi intensif dans le milieu) de la clientèle réfractaire au traitement conventionnel ce qui permettra d'atteindre les objectifs du plan action 2005-2010;
- Réorganisation de la salle de triage à l'Urgence de Saint-Jean-Port-Joli;
- Gestion des listes d'attente (ergothérapie et physiothérapie);
- Programme d'orientation-évaluation des infirmières en services courants;
- Projet Moisson Montmagny-L'Islet;
- Gestion des ressources intermédiaires et des ressources de type familial (RI-RTF) transférées en octobre 2005;
- Élaboration d'un plan d'action pour orienter la clientèle en santé mentale (outillage de prévention, protocoles, formations multiples dispensées aux ressources, droits des usagers);
- Création d'une table de concertation en prévention du suicide;
- Collaboration à la réalisation du projet "Maison Rotary" de l'organisme Le Trait d'Union;
- Démarche de conformité au regard de l'orientation régionale en RNI pour le droit aux chambres seules;
- Développement du programme répit-parents ayant des enfants en difficulté;
- Recrutement de nouvelles ressources d'accueil RI et RTF;
- DI-TED – 90 usagers en suivi et amélioration des services à la clientèle;
- Poursuite du déploiement "École en Santé";
- La table FEJEES a supporté plus de 20 projets dans le territoire;
- Collaboration au projet "On D'tox";
- Entente de répit spécialisé avec l'organisme l'Arc-en-ciel;
- PSI: Accentuation de la production des plans de services pour la clientèle dans tous les services (promotion et formation).

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).
----------------------------------	---



Indicateurs	<i>Résultats 2006-2007</i>	<i>Cibles¹ 2007-2008</i>	<i>Résultats² 2007-2008</i>
1.1.6 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les SIDEPS dans les lieux où sont situés les SIDEPS (CSSS mission CLSC)	64	70	90
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEPS	n/a	0	0

Commentaires

Nous avons un écart favorable de 20 activités pour l'année 2007-2008.

Elle s'explique par un accroissement de demande de la clientèle ainsi que par la révision de la codification des statistiques pour l'ensemble du territoire du CSSSML.

En février dernier, une rencontre bilan a été faite avec les intervenants impliqués. Suite à cette dernière, certaines activités ont été identifiées :

-  Augmenter la publicité dans l'ensemble du territoire;
-  Revoir le modèle d'organisation des services ITSS en collaboration avec les infirmières scolaires ayant reçu de la formation en cours d'année.

Ces activités seront réalisées en 2008-2009.

Nom : Guylaine Fortin

Date : 25 septembre 2008

¹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

² Résultats en date du

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	Résultats 2006-2007	Cibles ³ 2007-2008	Résultats ⁴ 2007-2008
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	826	919	750
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,08	3,86	3,18

Commentaires

Notre organisation actuelle permet de répondre à la clientèle dans les délais prévus pour de l'intervention en situation de crise et de détresse. Cependant, nous devons réévaluer l'organisation du travail afin de nous rapprocher de la cible attendue notamment pour mieux desservir la clientèle dont l'état de santé requiert un plus grand nombre de rencontres.

Nom : Hélène Boutin

Date : 25 septembre 2008

³ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

⁴ Résultats en date du

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	Résultats 2006-2007	Cibles⁵ 2007-2008	Résultats⁶ 2007-2008
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	505	354	346
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	12,59	17,96	23,18

Commentaires

Nous sommes à trouver des solutions pour dégager des intervenants sociaux dédiés à la clientèle déficience physique dans les deux MRC.

Ces intervenants dédiés auront à assumer le rôle d'intervenant pivot auprès de la clientèle DP et ainsi aider l'usager à aller chercher le service requis, au bon moment, au bon endroit.

De plus, une démarche dans le système I-CLSC devrait permettre de cibler la clientèle DP ayant un besoin de service en soutien à domicile et l'isoler de la clientèle DP qui ne requiert pas de service de soutien à domicile (Ex : usager inscrit pour le transport hébergement seulement).

Cet exercice permettrait des résultats plus près de la réalité..

Nom : Lucie Ouellet

Date : 25 septembre 2008

⁵ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

⁶ Résultats en date du

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		Résultats 2006-2007	Cibles⁷ 2007-2008	Résultats⁸ 2007-2008
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe		18	27	21
Commentaires				
<p>La cible n'est pas atteinte mais nous pensons l'atteindre en 2008-2009 car un exercice a été fait afin d'inscrire dans le profil 210 les usagers ayant un double diagnostic. Certains usagers ayant un diagnostic de DI et de DP étaient enregistrés dans le profil DI au lieu de DP.</p> <p>Cette correction devrait nous permettre d'atteindre la cible.</p>				
Nom : Lucie Ouellet		Date : 25 septembre 2008		

⁷ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

⁸ Résultats en date du 13 mai 2008

Fiche de reddition de comptes

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

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.
----------------------------------	--

Indicateurs	<i>Résultats 2006-2007</i>	<i>Cibles⁹ 2007-2008</i>	<i>Résultats¹⁰ 2007-2008</i>
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	72	55	173
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	9,19	9,43	7,94

Commentaires	
<p>Un correctif doit être apporté à l'entrée des données car le nombre d'usagers DI-TED est trois fois supérieur aux attentes, ce qui réduit d'autant plus l'intensité de services.</p> <p>Une clarification auprès des intervenants dédiés à ce programme est en cours afin que les statistiques deviennent plus représentatives.</p> <p>Encore cette année, l'équitation thérapeutique a fait partie de l'offre de service du programme DI-TED. Six (6) jeunes de niveau scolaire primaire ont bénéficié de cette activité et les intervenants ont pu constater de beaux progrès quant à l'affirmation de soi et à l'augmentation de la confiance.</p> <p>La table de concertation DI-TED s'est réunie à quelques reprises au cours de l'année. Cette table regroupe plusieurs partenaires tels que CRDI-CA, SEMO, Commission scolaire de la Côte Sud, Transport adapté, Organismes communautaires, OPHQ et représentants du CSSS. Un sous-comité prendra forme à l'automne 2008 afin de se pencher sur les besoins d'hébergement de la clientèle DI-TED et tenter de trouver des réponses novatrices aux besoins identifiés.</p>	
Nom : Lucie Ouellet	Date : 25 juin 2008

⁹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

¹⁰ Résultats en date du

Fiche de reddition de comptes

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

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.
----------------------------------	---

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles¹¹ 2007-2008	Résultats¹² 2007-2008
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	58	60	68

Commentaires	
<p>Nous dépassons la cible attendue.</p> <p>Un comité régional coordonné par l'OPHQ et l'Agence régionale et où le CSSSML est représenté permettra de faire un sondage auprès des usagers concernant leur niveau de satisfaction en lien avec les services de répit, gardiennage et dépannage. Les résultats seront rendus publics à l'automne 2008.</p>	
Nom : Lucie Ouellet	Date : 25 juin 2008

¹¹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

¹² Résultats en date du 13 mai 2008

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.es.
----------------------------------	---

Indicateurs	<i>Résultats 2006-2007</i>	<i>Cibles¹³ 2007-2008</i>	<i>Résultats¹⁴ 2007-2008</i>
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	1169	1169	1007
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	5,78	7	6.10

Commentaires	
<p>Nous sommes à intégrer l'impact de la loi 125 dans notre mission CLSC. Les intervenants du programme Jeunes en difficultés ont reçu une formation à cet effet. D'autres formations telles que la gestion des troubles d'opposition, la violence conjugale et le lien d'attachement ont fait partie du plan de formation annuel afin d'outiller les intervenants dans l'exécution de leur mandat.</p> <p>En 2008-2009, il y aura poursuite de la formation PNF (plan national de formation) pour dix (10) intervenants n'ayant pas encore reçu les 3 premiers modules.</p> <p>Pour une partie de la clientèle vulnérable, il y a refus des interventions individuelles avec l'intervenant social. Nous devons donc, afin de les rejoindre, modifier notre offre de services et développer des interventions de groupes. Ces interventions de groupes (PACE, répit-parents, stimulation précoce, Ensemble On D'Tox) permettent de créer un lien de confiance et par la suite introduire les rencontres individuelles. Au niveau des statistiques, ces rencontres de groupes ne sont pas comptabilisées dans les cibles à atteindre.</p> <p>Ces rencontres de groupes contribuent à réduire la détresse, à augmenter les compétences parentales et ainsi diminuer le taux de rétention des signalements.</p> <p>Dans Montmagny-L'Islet, nous notons en effet une baisse du taux des signalements retenus. </p>	
Nom : Lucie Ouellet	Date : 25 juin 2008

¹³ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

¹⁴ Résultats en date du

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	Résultats 2006-2007	Cibles¹⁵ 2007-2008	Résultats¹⁶ 2007-2008
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	46	46	51
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	0	30	14

Commentaires

Notre offre de services a permis d'atteindre notre cible pour l'indicateur 1.8.5. Nous sommes confiants que le déploiement graduel de nos services de suivi intensif qui se fait depuis février 2008 par l'embauche de nouvelles ressources et la création d'une équipe spécifique nous permettra également d'atteindre notre cible à l'indicateur 1.8.6 pour la prochaine année.

Nom : Hélène Boutin **Date :** 25 septembre 2008

¹⁵ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

¹⁶ Résultats en date du 13 mai 2008

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 2006-2007</i>	<i>Cibles¹⁷ 2007-2008</i>	<i>Résultats¹⁸ 2007-2008</i>
1.8.9 Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	437	437	408

Commentaires

Nous considérons que les résultats sont atteints au niveau de cet indicateur malgré un écart de 29 puisqu'il y a eu un arrêt significatif de services de psychologues, principalement dans L'Islet pour lesquels des remplacements se sont avérés plus longs que souhaité. La situation résolue nous permet de croire que nos objectifs seront atteints dans la prochaine année.

Nom : Hélène Boutin

Date : 25 septembre 2008

¹⁷ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

¹⁸ Résultats en date du 13 mai 2008

L'équipe de la direction du programme perte d'autonomie liée au vieillissement



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
Marlène Blouin	coordonnatrice d'activités en centre d'hébergement par intérim
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

Les bons coups et réalisations 2007-2008

- Travaux pour la finalisation des maisons d'hébergement de Saint-Eugène et Sainte-Perpétue;
- Travaux du comité d'harmonisation des soins à la personne en centre d'hébergement et support de l'Agence pour consolider les changements;
- Réalisation d'un audit en soutien à domicile dans le cadre de l'harmonisation des services;
- Travaux de support pour la certification des résidences privées pour personnes âgées sur le territoire de Montmagny-L'Islet et développement d'outils;
- Récipiendaire d'un prix d'excellence pour le programme de chaleur accablante par l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches;
- La collaboration des équipes du soutien à domicile et des centres d'hébergement ont contribué à la réussite de la bonne performance et des résultats intéressants à l'urgence de l'hôpital;
- Travaux de la Table de concertation des proches aidants : élaboration d'un signet, d'un guide de ressources et d'un guide d'intervention en partenariat avec les groupes;
- Tournée du territoire en suivi au projet clinique et des réseaux locaux de services;
- Travaux en vue de transformer le rez-de-chaussée au Centre d'hébergement de Cap Saint-Ignace;
- Intégration de la résidence à assistance continue (RAC du CRDI-CA au CSSS-ML programme PALV, secteur soutien à domicile);
- Mise en place d'un lit de soins palliatifs, secteur L'Islet Sud.

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 2006-2007</i>	<i>Cibles¹⁹ 2007-2008</i>	<i>Résultats²⁰ 2007-2008</i>
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	1771	1539	1368
1.3.2 Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	21,34	21,6	28,18

Commentaires

||

Reclassification de profil en cours d'année. Les résultats en 2006-2007 comportaient des codifications qui ont été modifiées.

En cours d'année, une révision des codifications des interventions faites a été réalisée de façon à se conformer au cadre normatif en vigueur. Cette nouvelle codification a eu pour effet d'augmenter de façon significative la moyenne d'interventions par usager.

Nom : Claude Voisine	Date : 25 septembre 2008
----------------------	--------------------------

¹⁹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

²⁰ Résultats en date du

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 2006-2007</i>	<i>Cibles²¹ 2007-2008</i>	<i>Résultats²² 2007-2008</i>
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2.91	3.00	3.04
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0.19	0.19	0.23

Commentaires

Nous avons procédé à une augmentation du nombre d'heures travaillées.

Nom : Claude Voisin	Date : 25 septembre 2008
----------------------------	---------------------------------

²¹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

²² Résultats en date du 13 mai 2008

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	Résultats 2006-2007	Cibles²³ 2007-2008	Résultats²⁴ 2007-2008
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	505	354	346
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	12,59	17,96	23,1

Commentaires	
Nom : Lucie Ouellet	Date : 25 septembre 2008

²³ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

²⁴ Résultats en date du

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	Résultats 2006-2007	Cibles ²⁵ 2007-2008	Résultats ²⁶ 2007-2008
1.4.3 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	18	27	21

<i>Commentaires</i>	
---------------------	--

Nom : Lucie Ouellet	Date : 25 septembre 2008
---------------------	--------------------------

²⁵ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

²⁶ Résultats en date du 13 mai 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe : Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED

Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles ²⁷ 2007-2008	Résultats ²⁸ 2007-2008
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	72	55	173
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	9,19	9,43	7,94

Commentaires

On constate une augmentation du nombre d'usagers et une diminution du nombre moyen d'interventions. Les clients les plus vulnérables ont été ciblés.

Nom : Lucie Ouellet **Date :** 25 septembre 2008

²⁷ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

²⁸ Résultats en date du

Fiche de reddition de comptes

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

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.
----------------------------------	---

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles ²⁹ 2007-2008	Résultats ³⁰ 2007-2008
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	58	60	69

<i>Commentaires</i>

Nom : Lucie Ouellet	Date : 25 septembre 2008
---------------------	--------------------------

²⁹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

³⁰ Résultats en date du 13 mai 2008

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	Résultats 2006-2007	Cibles ³¹ 2007-2008	Résultats ³² 2007-2008
1.9.5 Nombre d'utilisateurs desservis en soins palliatifs à domicile	174	164	109
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par utilisateur en soins palliatifs à domicile	25.18	16	23.37

Commentaires

Moins d'utilisateurs ont nécessité de soins palliatifs en cours d'année 2007-2008. Toutefois, le nombre moyen d'interventions par utilisateur a été maintenu au-delà de la cible 2007-2008.

Nom : Claude Voisine

Date 25 septembre 2008

³¹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

³² Résultats en date du

L'équipe de la direction du programme de santé physique



Lorraine Mercier
Directrice

Diane Blanchet	chef d'unité de soins spécialisés, Urgence, Services ambulatoires, Oncologie
Hélène Bélanger	chef d'unité de soins spécialisés, Bloc opératoire, Chirurgie d'un jour, Centrale de stérilisation
Lola Couturier	coordonnatrice des services diagnostiques
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
Nathalie Proulx	coordonnatrice des services diagnostics par intérim
France Pelletier	coordonnatrice d'activités, soir-nuits-fins de semaine

Les bons coups et réalisations 2007-2008

- Ouverture d'une 3^e salle au bloc opératoire, orientation de nouveaux employés et utilisation de nouvelles technologies;
- Augmentation de la satisfaction des employés au dernier sondage du climat organisationnel suite à la réalisation du plan d'action;
- Au programme québécois du cancer du sein, arrivée de la mammographie numérique et conservation de la démarche d'agrément en cours dans les délais;
- Réorganisation de la radiologie à Saint-Jean-Port-Joli;
- Actualisation des changements technologiques, moniteur, défibrillateur, pompes volumétriques;
- Réalisation du PFT de l'Urgence et achat du matériel nécessaire;
- MedUrge 2+ installé à Saint-Jean-Port-Joli et en voie d'installation à l'Urgence de l'Hôpital dans le cadre du PFT;
- FADM mis en application dans tous les secteurs de la santé physique;
- Certificat d'attestation reçu du Programme de lutte au cancer remis à l'unité d'Oncologie qui atteste que l'équipe interdisciplinaire possède la structure, le fonctionnement, les ressources et la démarche d'évolution nécessaire pour offrir des services et des soins de qualité;
- Arrivée d'un oncologue à temps partiel pour le suivi des usagers et le support à l'équipe;
- Réaménagement des locaux de l'oto-rhino-laryngologie ainsi que des équipements de stérilisation;
- Le comité de prévention des infections a redémarré en cours d'année;
- Opération « Enfant Soleil » a réalisé une augmentation des dons recueillis, la campagne a été menée de mains de maître.

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	Résultats 2006-2007	Cibles ³³ 2007-2008	Résultats ³⁴ 2007-2008
1.1.3 Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	64,9	66	62,8

Commentaires

En octobre 2007, une pièce de théâtre intitulée La mammo, quel scénario!, a été présentée à la population de Montmagny-L'Islet. Plus de 100 personnes ont assisté à cette représentation. À cette occasion, madame Louise Fortin, infirmière, a réalisé une entrevue radiophonique afin de promouvoir le programme. Des efforts constants continueront à être déployés vers l'atteinte de la cible provinciale visée soit que 70% des femmes âgées de 50 à 69 ans participent au programme de dépistage de cancer du sein.

Nom : Lorraine Mercier	Date :
------------------------	--------

³³ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

³⁴ Résultats en date du 31 décembre 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 2006-2007</i>	<i>Cibles³⁵ 2007-2008</i>	<i>Résultats³⁶ 2007-2008</i>
1.9.1 Séjour moyen sur civière	9,07	9,33	8,67
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	10,34	10,53	9,41
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0	0	0,07
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0	0	0,06

Commentaires

Nous avons des résultats inférieurs à la cible demandée concernant le séjour moyen, ce qui est excellent.

Concernant les 48 heures et plus, un suivi rigoureux est fait. Les assistants ont été informés de l'importance d'aviser le médecin de garde lorsqu'un patient a un séjour de plus de 18 heures.

Tous les intervenants se mobilisent pour qu'aucun séjour sur civière à l'urgence n'excède 48 heures.

Nom : Claude Rousseau	Date : 25 septembre 2008

³⁵ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

³⁶ Résultats en date du 13 mai 2008

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 2006-2007	Cibles ³⁷ 2007-2008	Résultats ³⁸ 2007-2008
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	50	50	86
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	138	175	194
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	453	500	574
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	2066	1758	2235
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	522	522	532
1.9.16 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	1	0	0
1.9.17 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	0	0	0
1.9.18 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	1	0	0

Commentaires

Parmi les priorités ministérielles, l'équipe du bloc opératoire a tout mis en œuvre afin d'améliorer l'accès aux services médicaux et chirurgicaux. L'ouverture de la troisième salle a permis d'atteindre les cibles fixées et d'augmenter de façon significative le volume de production pour certaines activités chirurgicales.

Ces résultats sont à l'image de l'implication des effectifs chirurgicaux, de la performance du personnel œuvrant au bloc opératoire et de la prise en charge post chirurgie des usagers par tous les intervenants concernés.

Nom : Hélène Bélanger

Date : 25 septembre 2008

³⁷ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

³⁸ Résultats en date du 13 mai 2008

L'équipe de la direction de la qualité des services et des soins infirmiers



Diane Boivin
Directrice

Nathalie Mignault Conseillère cadre à la qualité et à la gestion des risques
Hélène Michaud Conseillère cadre à la prévention et au contrôle des infections

Les bons coups et réalisations 2007-2008

- Boursière au Programme FORCE 2007-2009 pour les cadres supérieurs en exercice de gestion au Canada sur l'utilisation de données de la recherche dans la prise de décision administrative;
- Élaboration et mise en place d'un projet conjoint avec l'ASSS-CA et le CHAU-HDL d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en prévention en soins de plaies chroniques;
- Création d'une communauté de pratique interdisciplinaire locale et régionale;
- Coordonner la visite d'agrément en mai 2007 et les rapports de suivis subséquents;
- Coordonner les travaux du processus d'agrément canadien;
- Coordonner les travaux d'élaboration du Plan local de lutte contre une éventuelle pandémie d'influenza;
- Mise en place d'un comité de prévention et contrôle des infections;
- Mise en place d'un comité d'hygiène et salubrité conjointement avec la direction des services techniques;
- Établissement du programme organisationnel en prévention et contrôle des infections (PCI), de procédures écrites et de politiques;
- Développement de la surveillance des infections nosocomiales;
- Formation et implantation du plan thérapeutique infirmier (PTI);
- Création d'un registre informatique pour les contentions;
- Élaboration d'un programme de gestion de risques;
- Implantation de nouveaux outils en première ligne et uniformisation des produits de soins de plaies dans tous les sites;
- Formation sur les nouvelles pompes Baxter et début de l'utilisation dans tous les sites;
- Formation et implantation des nouveaux moniteurs cardiaques aux soins intensifs;
- Visites journalières du conseiller à la prévention des infections sur les unités de soins;
- Formation en prévention et contrôle des infections aux stagiaires et nouveaux employés.

Fiche de reddition de comptes

Axe : Prévention et contrôle - infections nosocomiales

Objectifs de résultats 2005-2010 : Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles ³⁹ 2007-2008	Résultats ⁴⁰ 2007-2008
P1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	1,5	1,4	1,6
P2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Réalisé	Réalisé	Réalisé
P3 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Réalisé	Réalisé	Réalisé
P4 Pourcentage des établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Nouveau	100%	0

Commentaires

La démarche relative à l'application des lignes directrices en hygiène et salubrité se poursuit au cours de l'année 2008-2009. Les travaux sont amorcés dans toutes les installations.

Nom : Diane Boivin **Date :** 25 septembre 2008

³⁹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

⁴⁰ Résultats en date du 13 mai 2008

L'équipe de la direction des ressources humaines et des ressources informationnelles



Pierre-Guy Brassard	Conseiller cadre en santé au travail
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 dotation, avantages sociaux et formation
Céline Sauvageau	Coordonatrice accueil, archives médicales et système d'information
Pierre Savard	Coordonateur des services en santé au travail-Région Chaudière-

Les bons coups et réalisations 2007-2008

- Négociations locales complétées;
- Fusion des listes d'ancienneté et de rappel;
- Boni au rendement du personnel d'encadrement;
- Mise en place de la politique de coordination et gestion des stages;
- Révision et harmonisation des pratiques, entre autres procédures, celle de post exposition aux liquides biologiques;
- PMO – recrutement, relève, pénurie;
- Entente avec le Cégep La Pocatière - Formation en techniques infirmières avec emploi assuré;
- Organisation de deux rencontres de ressourcement pour le personnel : conférences de Serge Marquis et Sylvain Boudreault;
- Services-conseils et accompagnement au regard des employés à défi;
- Santé au travail : projet présenté au concours SAT, catégorie Innovation « Plaquette sécuritaire pour transport de pochettes de sang » par une employée du laboratoire de l'Hôpital. Cette candidature s'est démarquée au prix provincial SST;
- Mobilisation du personnel : deuxième sondage réalisé;
- Harmonisation, identification des besoins : implantation du logiciel de formation et perfectionnement;
- Maintien d'un taux très stable en assurance-salaire;
- Communications - Lancement du Guide des services du CSSSML distribué dans le Publisac à la population des MRC de Montmagny et de L'Islet;
- Ressources informationnelles - Implantation de l'Index Patient électronique et arrimage avec les divers systèmes de gestion des soins et services;
- Consolidation de l'équipe régionale de santé au travail, mobilisation des ressources, instauration de rencontres de concertation;

LES RESSOURCES HUMAINES

Catégorie de titres d'emploi	Total
Hors-cadres	1
Cadres supérieurs	8
Cadres intermédiaires (incluant ceux en intérim)	42
Infirmières (incluant les cliniciennes)	280
Infirmières auxiliaires	101
Professionnels cliniques (autres qu'infirmières)	86
Techniciens cliniques (autres qu'infirmières)	162
Préposés aux bénéficiaires et aux familles	214
Personnel para-technique	17
Personnel administratif	151
Personnel de métier	15
Personnel de services auxiliaires	165
	1242

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	Résultats 2006-2007	Cibles ⁴¹ 2007-2008	Résultats ⁴² 2007-2008
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,45	5,58	5,57

Commentaires

Comme il se fait depuis déjà quelques années, un suivi régulier de l'évolution de la situation a été effectué par la Direction des ressources humaines. Il y a transmission des données relatives à l'assurance salaire à la banque de données nationales, et ce, à chaque fin de période.

Malgré une légère hausse du taux en assurance salaire, celui-ci est demeuré stable tout au cours de l'année et il demeure encore sous la cible établie par le Ministère de la santé et des services sociaux.

Des activités de reconnaissance et de ressourcement ont été offertes au personnel et aux cadres. Le comité paritaire en santé et sécurité au travail a lancé un concours innovation en santé et sécurité et quinze projets ont été déposés. De ces quinze projets, quatre ont fait l'objet de prix offerts par les différentes accréditations syndicales et par la direction. Parmi ces gagnants, un projet a été présenté au concours innovation à la CSST. Ce projet est présentement finaliste pour remporter le premier prix qui sera remis en octobre prochain lors d'une soirée organisée par la CSST.

Les situations problématiques pouvant avoir des impacts sur le personnel sont identifiées promptly par les gestionnaires et la Direction des ressources humaines, ce qui favorise des interventions rapides.

Enfin, les activités de soutien au changement organisationnel se poursuivent auprès de chaque équipe de travail qui vit des transformations ou des réorganisations importantes.

Nom : Marie-Claude Guimont

Date : 21 juillet 2008

⁴¹ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

L'équipe de la direction des services techniques et informatiques



Martin Cloutier
Directeur

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

Les bons coups et réalisations 2007-2008

- Démarrage des projets en préparation (maisons d'hébergement et agrandissement de l'Hôpital);
- Avoir réussi à intégrer un programme autofinancé d'économie d'énergie de plus de 1 M \$ au projet d'agrandissement de l'Hôpital;
- Formation du comité Hygiène et salubrité avec la DOSSI;
- Projet autofinancé de l'ensachage pour la buanderie;
- Phase 1 du projet de recyclage de notre CSSS soit pour l'Hôpital;
- Passage à des produits écologiques pour l'entretien dans tous les sites du CSSSML;
- Mise à jour des plans de mesures d'urgence, plus spécifiquement ceux de l'Hôpital ainsi que la nouvelle signalisation par des plans d'évacuation à jour;
- Réaménagement de trois salles de serveurs incluant un réaménagement majeur de celle de l'Hôpital (+ de 65 serveurs);
- Acquisition et implantation d'un logiciel de centre d'appels pour les appels de service de l'informatique;
- Préparation du plan de conservation et de fonctionnalités immobilières 2008-2010 dans une toute nouvelle application du MSSS (actifs + réseau);
- Participation à la préparation du Plan directeur de maintien d'actifs dans le cadre du projet PDI-PDMA;
- Préparation des documents préliminaires et définitifs pour le projet d'une unité de vie adaptée à Cap-Saint-Ignace;
- Préparation des documents préliminaires pour le projet d'agrandissement de la pharmacie;
- Briques, entrée électrique, triage et réaménagement d'une chambre au CH de Saint-Jean-Port-Joli;
- Isolation de chambres et drainage pluvial au CLSC et CH de Montmagny;
- Correction au problème de radon au CLSC Saint-Fabien-de-Panet et climatisation de la dentisterie;
- Stationnement Hôpital, projet de prévention des infections Médecine-Chirurgie, réfection de deux salles au Bloc opératoire, travaux de ventilation au département de stérilisation.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Gestion des bâtiments et des équipements
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	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	<i>Résultats 2006-2007</i>	<i>Cibles⁴³ 2007-2008</i>	<i>Résultats⁴⁴ 2007-2008</i>
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,87	1,88	1,49

<i>Commentaires</i>		
<p>Un été frais conjugué à un hiver assez doux a permis d'obtenir des résultats avantageux pour notre organisation. </p>		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom : Martin Cloutier</td> <td style="width: 50%;">Date : 25 septembre 2008</td> </tr> </table>	Nom : Martin Cloutier	Date : 25 septembre 2008
Nom : Martin Cloutier	Date : 25 septembre 2008	

⁴³ Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

⁴⁴ Résultats en date du 13 mai 2008

L'équipe de la direction des services professionnels



Annie Tremblay
Directrice des services professionnels

Josée Langlois Adjointe à la direction des services professionnels

Les bons coups et réalisations 2007-2008

- Recrutement actif d'omnipraticiens, de spécialistes et de pharmaciens;
- Réorganisation du travail au sein de l'équipe des pharmaciens et d'assistants techniques permettant ainsi d'accroître l'efficacité à la distribution des médicaments et d'assurer une plus grande présence des pharmaciens auprès des équipes cliniques;
- Conception de plans fonctionnels et techniques préliminaires (PFT) du projet de réaménagement de la pharmacie;
- Atteinte des exigences de conformité et obtention de l'autorisation d'acquiescer une ensacheuse-emballeuse et les cabinets automatisés décentralisés pour l'Urgence, les soins intensifs et les maisons d'hébergement de Saint-Eugène et Sainte-Perpétue;
- Réorganisation des services médicaux au CLSC Saint-Pamphile;
- Amélioration de la prise en charge (accès à un médecin de famille);
- Satisfaction des médecins locaux;
- Consolidation des soins physique en psychiatrie;
- Docteure Lucie Lavallée assure le suivi des usagers hospitalisés à l'unité de psychiatrie;.
- Intégration du CSSS-ML au projet pilote régional de télépathologie;
- Implantation de la technique du ganglion sentinelle;
- Certification A en oncologie;
- Réorganisation du travail au sein de l'équipe de pathologie et modernisation des équipements.

L'équipe de la direction des ressources financières



Madeleine Corriveau
Directrice

Jacques Auger	chef de service budget et statistique
Martin Michaud	chef du service des approvisionnements
Daniel Bélanger	conseiller à la direction des finances

Les bons coups et réalisations 2007-2008

- Suivi des cibles budgétaires;
- Travaux liés à la complexité de l'équité salariale;
- Le déploiement de l'horaire informatisé a exigé un travail minutieux et de collaboration;
- Suivi des projets de construction;
- Travaux liés aux difficultés pour l'obtention des autorisations diverses, liens étroits avec le service des approvisionnements, achats d'équipements médicaux dont les acquisitions totalisent 12 M \$;
- Harmonisation des pratiques en approvisionnements;
- Centralisation des magasins du CSSSML à l'Hôpital (achats, logistique de livraison)
- Démarches pour assurer les liquidités et la comptabilisation de l'établissement;
- Consolidation du poste de coordonnateur des services financiers
- Soutien aux équipes cliniques
- Suivi du processus budgétaire, acquisition d'équipements, projets d'harmonisation et de modernisation des pratiques, etc.

LES ÉTATS FINANCIERS



FONDS D'EXPLOITATION

Résultats

Exercice terminé le 31 mars 2008

ACTIVITÉS PRINCIPALES

	2008	2007
Revenus	\$	\$
Contribution de l'Agence régionale	62 826 930	61 483 739
Contribution des usagers	6 389 019	6 148 849
Ventes de services et recouvrement	3 055 733	2 660 893
Autres sources de revenus	783 110	274 728
	<u>73 054 792</u>	<u>70 568 209</u>
Charges		
Salaires	35 923 817	32 433 571
Avantages sociaux généraux	7 412 117	6 434 146
Avantages sociaux particuliers	2 619 555	2 258 005
Charges sociales	5 027 962	4 732 555
	<u>50 983 451</u>	<u>45 858 277</u>
Fournitures médicales et chirurgicales	2 980 301	2 468 977
Médicaments	2 240 199	2 358 342
Denrées alimentaires	815 558	779 945
Produits sanguins	484 088	494 641
Autres	16 027 301	18 803 288
	<u>22 547 447</u>	<u>24 905 193</u>
	73 530 898	70 763 470
Excédent des charges sur les revenus des activités principales	<u>(476 106)</u>	<u>(195 261)</u>

ACTIVITÉS ACCESSOIRES

Revenus	3 624 621	1 468 646
Charges	3 624 621	1 468 646
	<u>0</u>	<u>0</u>
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires	0	0
Excédent des charges sur les revenus du fonds d'exploitation	<u>(476 106)</u>	<u>(195 261)</u>

FONDS D'EXPLOITATION

Bilan
31 mars 2008

	2008 \$	2007 \$
<i>ACTIF</i>		
<hr/>		
Actif à court terme		
Encaisse	873 193	4 036 965
Débiteurs	6 617 799	3 068 109
Stocks	604 415	528 563
Charges payées d'avance	620 891	218 820
	<hr/>	<hr/>
	8 716 298	7 852 457
 Autres éléments d'actif		
Congés à traitement différé et autres	2 518	214 374
 Total de l'actif	 <u>8 718 816</u>	 <u>8 066 831</u>
<i>PASSIF</i>		
<hr/>		
Passif à court terme		
Créditeurs et frais courus	6 520 998	8 222 510
Dettes au fonds d'immobilisations	2 342 759	277 797
Revenus reportés	3 120 414	2 594 604
Autres éléments	-	125 027
	<hr/>	<hr/>
	11 984 171	11 219 938
 Autres éléments du passif	 213 306	 -
	<hr/>	<hr/>
	12 197 477	11 219 938
 <i>SOLDE DE FONDS</i>	 (3 478 661)	 (3 153 107)
 Total du passif et du solde de fonds	 <u>8 718 816</u>	 <u>8 066 831</u>

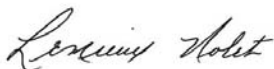
RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du conseil d'administration

Le bilan condensé du fonds d'exploitation ainsi que l'état condensé des résultats ci-joints ont été établis à partir des états financiers complets du CSSS de Montmagny-L'Islet au 31 mars 2008 et pour l'exercice terminé à cette date. Dans notre rapport daté du 16 juin 2008, nous avons exprimé une opinion qui comportait les restrictions reproduites en annexe. La présentation d'un résumé fidèle des états financiers complets relève de la responsabilité de la direction de l'établissement. Notre responsabilité, en conformité avec la Note d'orientation pertinente concernant la certification, publiée par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle des états financiers complets correspondants selon les critères décrits dans la note d'orientation susmentionnée.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et l'évolution de la situation financière de l'établissement, le lecteur devra se reporter aux états financiers complets correspondants.



LEMIEUX NOLET
comptables agréés
S.E.N.C.R.L.

Lévis (Québec)

Le 8 octobre 2008

CSSS DE MONTMAGNY-L'ISLET

Annexe au rapport des vérificateurs

Exercice terminé le 31 mars 2008

1. Pharmacie en CLSC :

L'unité de mesure suivante n'a pas été compilée par l'établissement : L'utilisateur

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 œuvre 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 : 2007 - 2008**

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

Numéro d'identification de l'établissement : 1104-4500

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	Fonction
	Directrice générale	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 : Les erreurs de médicaments

1.7 Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain : Soins et suivi des plaies
Suivi de l'application des mesures de contrôle
Évaluation des personnes avec historique de chutes répétitives

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 : | Oui | X | Non | |
| – aux mesures de soutien incluant les soins appropriés : | Oui | X | Non | |
| – aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident : | Oui | X | Non | |

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

21/02/2006

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 :

O
i

	Non	X
--	------------	----------

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 : 380

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 : 1382

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) : 01/11/2005

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 : Oui Non

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : Agrément avec suivi sous forme de rapports

4.7 Rapport(s) abrégé(s) d'agrément transmis :
– au ministre :

--	--

– à l'agence :

X	
---	--

– aux ordres professionnels concernés :

X	
---	--