

Centre de santé et de services sociaux
de Charlevoix



Rapport annuel de gestion

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2010-2011

Note au lecteur

Le générique masculin a été utilisé dans ce document à la seule fin d'en faciliter la lecture, et sans aucune discrimination.

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

Madame,
Monsieur,

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 annuel de gestion de l'exercice 2010-2011 du Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

Le directeur général,



Guy Thibodeau

TABLE DES MATIÈRES

DÉCLARATION DE FIABILITÉ.....	3
MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL	6
LE CSSS DE CHARLEVOIX	
La mission, les effectifs, les installations et le territoire	9
Les membres du conseil d'administration	11
Les comités du conseil	12
L'équipe de direction	13
La structure organisationnelle	14
Les orientations stratégiques	15
Santé Charlevoix - Bâtir ensemble.....	17
RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	24
L'AGRÉMENT ET LES RAPPORTS DE SUIVI	27
LES PROJETS CLINIQUES : CIBLES ET RÉALISATIONS	30
QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SERVICES	
Les mesures de contrôle	36
Recommandation du coroner	38
Promotion de la déclaration des incidents/accidents	38
Prévention et contrôle des infections	39
LES RÉALISATIONS DES COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT ET DES CONSEILS PROFESSIONNELS	
Comité de vigilance et de la qualité	41
Comité de gestion des risques	42
Comité d'éthique clinique	44
Comité des usagers	45
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	46
Comité d'évaluation médicale et dentaire de l'Hôpital de La Malbaie	47
Comité d'évaluation médicale et dentaire de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul	47
Comité de pharmacologie	48
Conseil des infirmières et infirmiers	48
Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires.....	49
Conseil multidisciplinaire	49
LES RÉALISATIONS DES DIRECTIONS	
Direction générale	52
Direction des services professionnels.....	54
Direction des soins et services à la clientèle	57
Direction du regroupement de clientèles DITED	59
Direction des ressources humaines.....	62
Direction des services techniques.....	64
Direction des ressources financières et informationnelles	66

LES ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	68
LES ÉTATS FINANCIERS	
Lettre de l'auditeur indépendant	83
Fonds d'exploitation – État des résultats	86
Fonds d'exploitation – Bilan	88
APPLICATION DU CHAPITRE I DU PROJET DE LOI N° 100 (2010, CHAPITRE 20)	89
STATISTIQUES OPÉRATIONNELLES.....	91
RAPPORT DES FONDATIONS	
Fondation Hôpital de Baie-Saint-Paul	95
Fondation du Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie	95
Fondation Carmel-Roy	96
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	97
ANNEXE I	106
LISTE DES ACRONYMES	107

MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Bien que l'année 2010-11 en fut une remplie d'émotions, les divers évènements qui sont venus bousculer le quotidien des équipes du CSSS de Charlevoix ainsi que de leurs différents partenaires, ont permis de faire ressortir l'importance que les gens accordent à leurs services de santé et services sociaux ainsi que leur capacité à se mobiliser rapidement.

Trois éléments majeurs sont survenus en 2010-11. Dans un premier temps, notre organisation adoptait ses orientations stratégiques pour 2010 à 2015. Après une série de consultations dans l'organisation et de nombreuses séances de travail de la part des administrateurs du CSSS de Charlevoix, la mission, la vision, les valeurs ainsi que les grandes orientations de l'organisation ont été adoptées. Ces orientations ont pris en compte, dans un souci de cohérence, le plan stratégique du MSSS ainsi que celui de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour les mêmes années de référence. Nous en étions à l'étape de consulter de nouveau les instances internes et les partenaires, afin de proposer les actions prioritaires pour atteindre les grandes orientations retenues, mais un autre évènement est venu bousculer notre fonctionnement régulier.

Il fut largement médiatisé que, dans le cadre de travaux de rénovation, notre organisation a dû, comme le prévoit le code du bâtiment, évaluer le niveau de résistance des deux hôpitaux du CSSS de Charlevoix en cas de séisme. À la suite des résultats de l'évaluation, le Ministre a annoncé le 4 septembre 2010 que nous devons consolider l'Hôpital de La Malbaie et démolir celui de Baie-Saint-Paul. Par souci de sécurité, il avait été demandé au CSSS de Charlevoix de relocaliser l'ensemble des activités cliniques et administratives de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul. Entre octobre et décembre 2010, les gens de l'organisation se sont donc investis pour préparer un plan de relocalisation. En parallèle, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et le CSSS de Charlevoix ont consulté le milieu pour documenter des hypothèses de redéploiement des services de santé dans Charlevoix. Ce fut un processus fort émotif, tant pour les instances professionnelles, le personnel, et la population dont la volonté de préserver des services de santé accessibles et de proximité était indéniable.

Le 17 janvier 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la construction d'un hôpital neuf à Baie-Saint-Paul, ainsi que la construction d'un hôpital neuf à La Malbaie. Le Ministre demandait également de procéder rapidement à la réhabilitation de l'Hôpital de La Malbaie étant donné qu'une solution était disponible, et considérant que l'Hôpital de Baie-Saint-Paul n'était pas réhabilitable, il demandait une analyse supplémentaire pour déterminer le niveau de risques associés à demeurer dans le bâtiment actuel, le temps de reconstruire le nouvel hôpital. Cette action répondait à une demande de la population.

Malgré tous ces événements hors du commun, les services à la clientèle ont été maintenus sans aucune perturbation et c'est pourquoi nous tenons à remercier l'ensemble du personnel et des médecins, qui malgré la tourmente, ont continué de mettre la priorité sur la qualité des services offerts aux personnes. Si l'année 2010-2011 a été pour le moins très exigeante, nous pouvons déjà dire que les prochaines années le seront également, mais dans un tout autre contexte, car la construction des deux nouveaux hôpitaux de Charlevoix sera l'occasion de mobiliser les gens autour de ce projet. Notre objectif n'est rien de moins que de devenir la référence en matière de qualité et d'organisation de service en santé et en services sociaux dans une région rurale, pour le bien de la population et des personnes qui œuvrent au CSSS de Charlevoix

Le rapport annuel de gestion 2010-2011 sera déposé lors de l'assemblée annuelle, qui aura lieu le 20 septembre 2011.



Guy Thibodeau
Directeur général



Diane Truchon-Mailloux
Présidente du conseil d'administration

LE CSSS DE CHARLEVOIX

LE CSSS DE CHARLEVOIX

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Charlevoix est un établissement public qui procure des soins et services à une population locale d'environ 30 000 personnes, réparties dans une quinzaine de villes et villages, et à une clientèle touristique considérable.

La mission

En 2009-2010, le CSSS de Charlevoix a révisé sa mission afin qu'elle reflète sa véritable raison d'être. Cet énoncé se présente comme suit :

« Tout en encourageant le maintien d'une approche personnalisée et humaniste, le CSSS de Charlevoix se donne pour mission de répondre aux besoins spécifiques et évolutifs de santé et de bien-être de la population, en offrant une gamme complète de soins et de services de qualité sur son territoire ou, en collaboration avec ses partenaires locaux et régionaux, en établissant des corridors de services articulés. »

Les effectifs

Pour réaliser sa mission, le CSSS de Charlevoix s'appuie sur trois principaux piliers :

- ses quelque 1 300 employés, professionnels et gens de métier de divers secteurs;
- ses membres actifs du CMDP, soit 413 médecins, omnipraticiens et spécialistes, 6 dentistes et 7 pharmaciens;
- ses bénévoles, plus de 200 personnes dévouées aux différentes clientèles.

N.B. Le détail des effectifs se retrouve dans l'Annexe I, page 106

Les installations

Outre les services de soutien à domicile, le CSSS de Charlevoix donne des soins et des services dans plusieurs installations réparties sur un vaste territoire montagneux, qui s'étale sur près de 150 km sur le littoral nord du fleuve Saint-Laurent, de Petite-Rivière-Saint-François à Baie-Sainte-Catherine.

Les installations de l'établissement :

- deux hôpitaux dotés d'un service d'urgence accrédité en traumatologie primaire;
- quatre centres d'hébergement et deux unités d'hébergement pour une clientèle adulte en perte d'autonomie;
- cinq CLSC;
- sept points de service de centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement offrant des services en centres d'activités de jour (CAJ).

Le territoire



Membres du conseil d'administration



* Absent(e) de la photo

Michelle Desbiens
Nadine Simard
Michelle Morais
Raynald Côté
Guy Thibodeau, secrétaire
Diane Truchon-Mailloux, présidente
Louis-Marie Gaudreault
France Bouchard
Béatrice Guay
Madeleine Bertrand *
Jacques Bouchard *
Johanne Fortin*
Conrad Paradis*
Patricia Savard*
Denise Tremblay*
Glorian Tremblay, vice-président*
Jean-Denis Paquet*
Conrad Paradis*

Collège électoral

Autre personnel
CII
Comité des usagers
Fondations
Directeur général
Coopté
Population
Autres établissements
CM
Population
DRMG
Cooopté
CM
Population
Comité des usagers
Population
CMDP
CM

Les comités du conseil d'administration

Les comités du conseil

Comité administratif

Guy Thibodeau, secrétaire
Diane Truchon-Mailloux, présidente
Glorian Tremblay, vice-président
Denise Tremblay
Raynald Côté

Comité de vérification

Glorian Tremblay, président
Raynald Côté
Diane Truchon-Mailloux

Comité de vigilance et de la qualité des services

Denise Tremblay, présidente
Diane Bouchard, secrétaire et commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Guy Thibodeau, directeur général
Johanne Fortin
Michelle Morais

Comité de révision

Mme Madeleine Bertrand, présidente
Dr Jacques Simard
Dr Pierre Carrier
Dre Véronique Prié

Comité de gestion des risques

Guy Thibodeau, directeur général
Jean Bourque
Pierre Carrier
Andrée Deschênes
Louis-Paul Gauvin
Robert Giroux
Corinne Le Drogo
Touria Ouaankour
Linda Rae
Michèle Robitaille
Robin Roy
Johanne St-Pierre
Stéphane Simard
Martine Tremblay
Dora Watson

L'équipe de direction



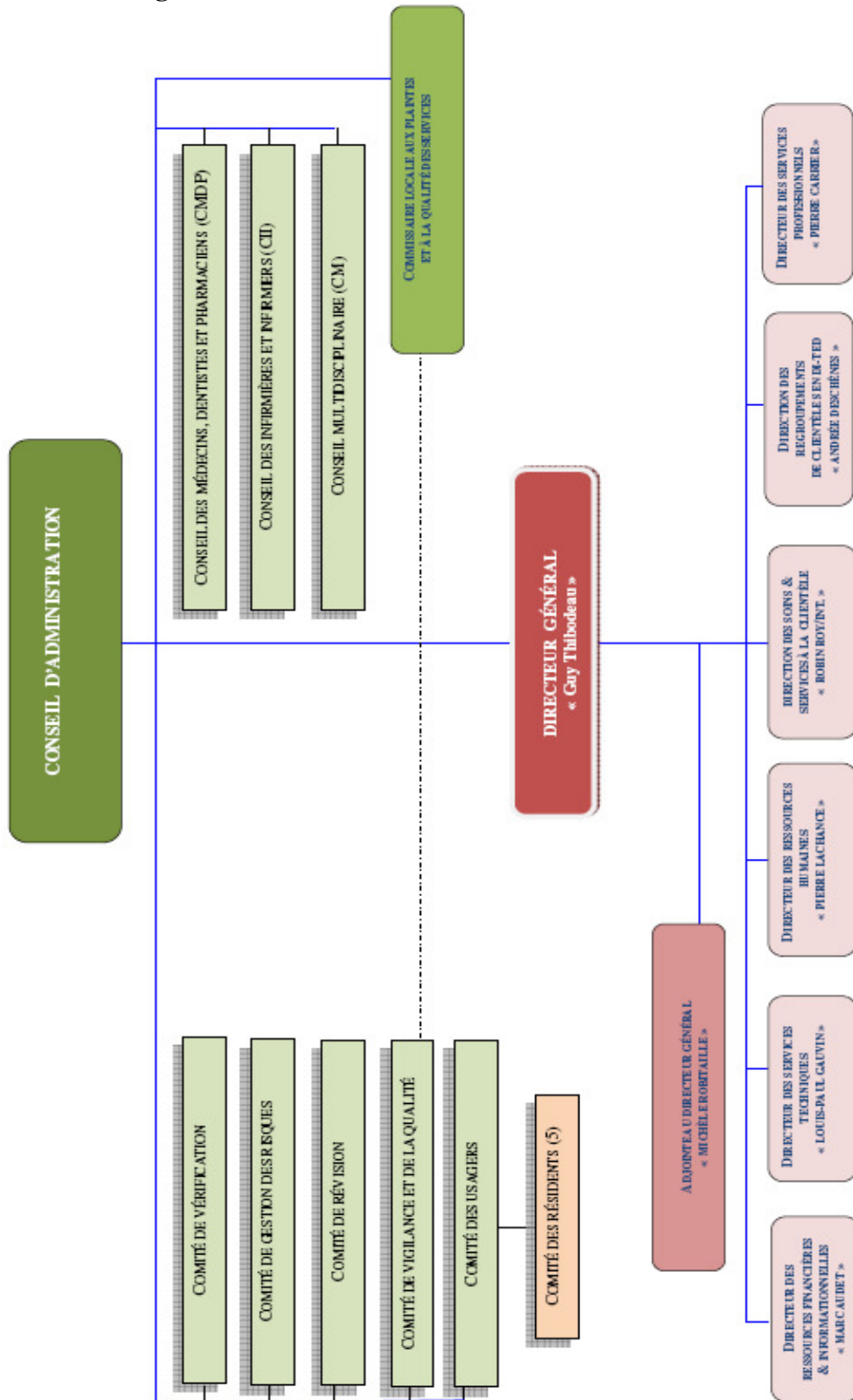
** Absente de la photo*

Andrée Deschênes
Pierre Carrier
Guy Thibodeau
Robin Roy

Louis-Paul Gauvin
Pierre Lachance
Marc Audet
Micheline Tremblay
Linda Rae *

Directrice du regroupement de clientèles DITED
Directeur des services professionnels
Directeur général
Directeur des soins et services à la clientèle par intérim depuis janvier 2011
Directeur des services techniques
Directeur des ressources humaines
Directeur des ressources financières et informationnelles
Adjointe administrative du directeur général
Directrice des soins et services à la clientèle jusqu'en décembre 2010

La structure organisationnelle



Les orientations stratégiques

Le CSSS de Charlevoix a complété, en 2009-2010, sa démarche de planification stratégique 2010-2015 qui a donné lieu à 11 orientations stratégiques desquelles découlent des cibles et des actions prioritaires. Nous vous présentons ces orientations stratégiques et les réalisations en lien avec celles-ci :

Orientations stratégiques	Actions réalisées
Structurer les activités de prévention et de promotion en collaboration avec les secteurs d'activité les plus souvent concernés (éducation, affaires municipales, groupes communautaires, CPE, etc.) de manière à favoriser le développement de comportements de santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration du plan d'action local de santé publique 2010-2015 en collaboration avec différents partenaires du milieu.
Mettre en place une approche de communication assurant l'accès de la population à l'information sur l'offre de service locale et régionale.	<ul style="list-style-type: none"> • Création du nouveau service des communications rattaché à la Direction des ressources humaines. • Élaboration et adoption du plan d'action 2011-2014. • Embauche des deux personnes ressources qui composent le nouveau service. • Information sur le plan clinique transmis via les médias écrits locaux et par le biais de rencontres avec l'Agence de Santé et des partenaires locaux.
Consolider le réseau local de services (RLS) pour renforcer les liens entre la mission CLSC et les GMF, les cliniques médicales, les services spécialisés et les groupes communautaires dans une perspective de continuité et de hiérarchisation des services.	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des projets cliniques santé mentale, dépendance, jeunes en difficulté, MPOC et lutte au cancer et relance du projet clinique DITED. • Élaboration de la trajectoire en dépendance et d'une offre de service dépendance en première ligne.
Planifier l'offre de service en tenant compte du vieillissement de la population et des clientèles vulnérables, et réaliser le suivi des clientèles vulnérables (PAPA, santé mentale, jeunes en difficulté, maladies chroniques, dépendances, personnes handicapées, déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement).	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture d'une RIS pour les personnes âgées. • Augmentation de l'intensité des services dispensés au SAD. • Révision régionale de l'offre de service en aide à domicile. • Création d'un comité de travail afin de revoir l'offre de service d'hébergement pour les personnes présentant une déficience physique. • Implantation de la trajectoire de services pour les clients ayant une MPOC. • Révision et consolidation de notre programme « Traité santé ».
Positionner les services de déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement (DITED) dans un contexte de décroissance de la DI et de la croissance TED.	<ul style="list-style-type: none"> • Révision du continuum d'hébergement pour les personnes DITED vivant en RAC. • Développement des programmes spécialisés (Prader-Willi).

Orientations stratégiques	Actions réalisées
Renforcer la gestion par programme-clientèle afin de faciliter l'intégration, la coordination et l'accès aux soins et services.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un guichet d'accès pour les services de réadaptation physique. • Mise en place des trajectoires de services retard de développement et élaboration de la trajectoire d'accès et du cadre de départage des services de 1^{ère} et 2^{ème} ligne pour les personnes présentant une DITED. • Développement du Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA).
Remettre en question le modèle d'organisation des services cliniques et de support actuels dans le but d'assurer la complémentarité plutôt que la duplication, l'accès (ressources disponibles), la continuité, la sécurité et la qualité des soins et services.	<ul style="list-style-type: none"> • Amorce de réflexion sur la structure actuelle des directions cliniques. • Évaluation des services auxiliaires et administratifs dans le cadre de l'élaboration du plan clinique. • Achèvement du projet visant l'optimisation de la logistique des transports de marchandise et de la messagerie.
Revoir l'ensemble du parc immobilier actuel pour assurer la complémentarité des soins et services plutôt que la duplication, l'accès et la continuité, la sécurité, la qualité et l'efficacité.	<ul style="list-style-type: none"> • Livrer le PCFI (Mur) et le PCEM (Équipements). • Initier le rehaussement parasismique.
Développer des moyens d'attraction et accroître la rétention pour tous les postes critiques en tenant compte du contexte et des contraintes réglementaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de l'internat et de la passerelle DEP-DEC. • Démarche en vue d'adhérer à Planetree. • Adhésion et début de l'implantation du système de management de la santé et de la sécurité au travail.
Rendre les systèmes d'information clinique et administrative disponibles pour assurer la réalisation de l'offre de service clinique en continu, dans un contexte de réseau local.	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation de Magistra. • Poursuite du déploiement de SIPAD. • Gestion informatisée des listes d'attente en chirurgie (GIC). • Démarrage du projet de dossier médical électronique (DME en première ligne). • Démarrage du projet de dossier clinique informatisé (DCI ambulatoire et hospitalier). • Poursuite du déploiement de RSIPA, GIC, Egap. • Numérisation des ordonnances médicales. • Numérisation des dossiers d'archives médicales.
Préparer le changement, accompagner dans la gestion des transformations organisationnelles et assurer une gouvernance des projets.	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un audit sur les stratégies et moyens de communication • Élaboration d'un plan d'action pour la mise en fonction d'un nouveau service de communication • Plan de formation pour les gestionnaires afin de les outiller pour faire face à la gestion du changement

« SANTÉ CHARLEVOIX : BÂTIR ENSEMBLE »

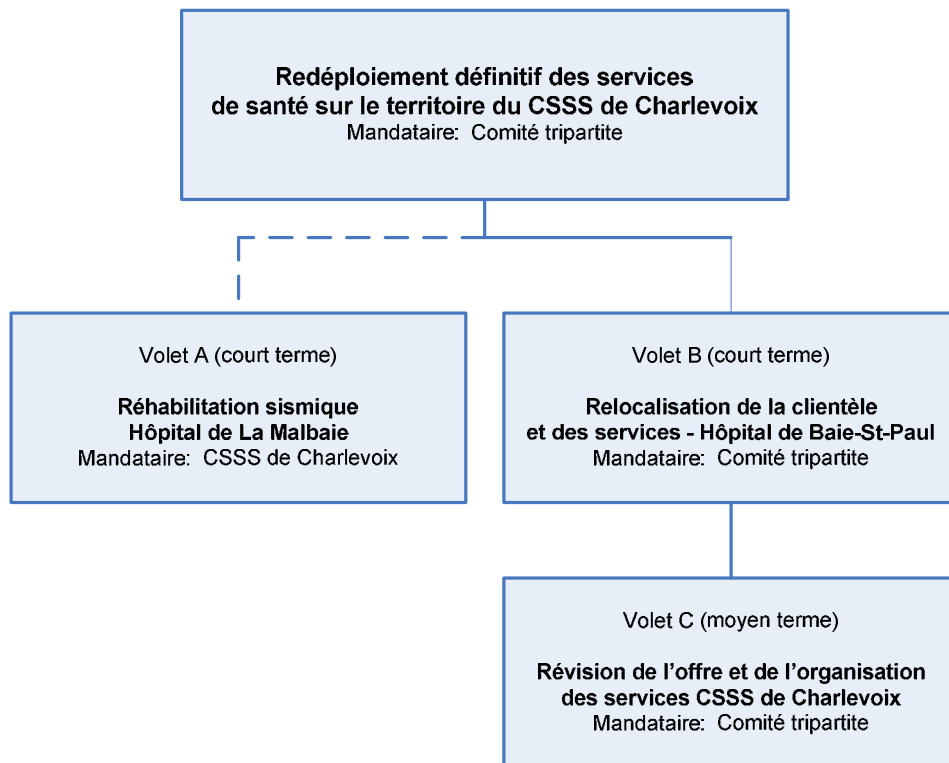
**Suivi du dossier parasismique et projet de redéploiement
des services de santé sur le territoire de CSSS de Charlevoix**



CONTEXTE DU PROJET « SANTÉ CHARLEVOIX : BÂTIR ENSEMBLE »

Le 3 septembre 2010, à la suite de la réception des résultats d'études parasismiques effectuées pour les installations hospitalières du CSSS de Charlevoix, les directions du CSSS de Charlevoix et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ont entrepris des démarches afin de redéployer progressivement les services de santé sur le territoire de Charlevoix. Ces démarches visent à assurer la sécurité de la population et du personnel du CSSS de Charlevoix.

Des travaux ont donc été entrepris sur trois volets en suivi des résultats des études effectuées par les experts.



Source : CSSS de Charlevoix. Manuel d'organisation de projet : Relocalisation de la clientèle et des services de l'Hôpital de Baie-St-Paul – version 1.4-12 octobre 2010

Ces volets sont les suivants :

Volet A : Réhabilitation sismique de l'Hôpital de La Malbaie

Volet B : Relocalisation de la clientèle et des services de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul

Volet C : Révision de l'offre et de l'organisation des services du CSSS de Charlevoix

Tous les travaux relatifs au projet ont été dirigés par un comité directeur tripartite, présidé par le président-directeur général de l'Agence, et qui réunissait des représentants du CSSS de Charlevoix, de l'Agence et du MSSS.

Composition des membres du comité directeur tripartite sur le suivi du rapport du dossier parasismique de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul

Représentants de l'Agence

M. Michel Fontaine, président-directeur général (président du comité)
Dre Monique St-Pierre, directrice régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières
M. Pierre Lafleur, directeur régional de la planification, des affaires corporatives, des communications et de l'Infocentre
M. François Dion, directeur régional du financement des immobilisations et de l'informatique
M. Marco Thibault, directeur régional de la main-d'œuvre et du partenariat avec l'Éducation

Représentants du CSSS de Charlevoix

M. Guy Thibodeau, directeur général
Dr Pierre Carrier, directeur des services professionnels
M. Louis-Paul Gauvin, directeur des services techniques
M. Pierre Lachance, directeur des ressources humaines
Mme Cynthia Tremblay, chargée de projet
Mme Diane Truchon-Mailloux, présidente du conseil d'administration (présence ponctuelle)

Représentants du MSSS

M. Émilien Bouffard, responsable des dossiers stratégiques au sein de la Direction générale des services sociaux
M. Stephen Mathieu, directeur des opérations budgétaires réseau
M. Mario Fortin, ingénieur à la Direction des immobilisations

Volet A : La réhabilitation sismique de l'Hôpital de La Malbaie

Le volet A du projet a consisté à mener plusieurs démarches en vue de réaliser les travaux de réhabilitation sismique de l'Hôpital de La Malbaie dont le coût est estimé à environ 9 millions de dollars. Ces travaux ont été autorisés par le MSSS, coordonnés par le directeur des services techniques, M. Louis-Paul Gauvin et dirigés par le comité directeur tripartite.

Réalisations :

- Maquettes pour les travaux de réhabilitation;
- Réalisation des plans et devis;
- Demande de permis à la Ville de La Malbaie.

Volet B : Relocalisation de la clientèle et des services offerts à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul

Des travaux de planification de la relocalisation des services de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul ont été réalisés, tel que demandé par le MSSS, et ce, en vue d'établir différents scénarios de relocalisation temporaire ou permanente des services. Un état de situation a été déposé au ministre de la Santé et des Services sociaux le 21 décembre 2010.

Précisons qu'en novembre 2010, un mandat additionnel était attribué à des experts pour poursuivre les études parasismiques déjà déposées afin d'évaluer le niveau de risques de maintenir temporairement les activités en attendant la relocalisation définitive dans un délai de 3 à 5 ans. Les activités relatives à la relocalisation ont donc été suspendues jusqu'à la réception des résultats de ces études au printemps 2011 et à la décision du MSSS concernant ce dossier.

Le comité de pilotage - Relocalisation de la clientèle et des services de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul



Absent(e)* (membres de sont pas dans l'ordre)

**Direction des ressources financières et
informationnelles (DRFI)**

Direction des services techniques (DST)

**Direction des soins et services à la clientèle
(DSSC)**

Direction des ressources humaines (DRH)

**Direction du regroupement des clientèles en
déficience intellectuelle et troubles envahissants
du développement (DRC DITED)**

Direction des services professionnels (DSP)

Chargée de projet

Communications

**Comité de travail pour l'ouverture des
Ressources non institutionnelles (RNI)**

M. Antonin Racine (approvisionnement)
M. Jean-François Pérusse (systèmes d'information)
M. Gaston Dassylva (finances)
M. Jean Maltais (ressources matérielles)
M. Louis-Paul Gauvin* (DST)
Mme Linda Rae* (santé physique)
M. Robin Roy* (hébergement)
Mme Manon Demers (autres services de la direction)
M. Pierre Lachance (DRH)
Mme Josée Rioux* (chef de service)
M. Michel Léveillé (centres de jour et services
administratifs)
Mme Martine Boulianne (RNI) (ad hoc)
M. Rémi Lavoie (services diagnostics et médicaux)
Mme Cynthia Tremblay (chargée de projet)
Mme Justine Duchesne*, agente d'information, Agence
de la santé et des services sociaux de la Capitale
Nationale
Mme Pascale Beaulieu (DRC DITED)
Mme Martine Boulianne (DRC DITED)
M. Antonin Racine (DST)
Mme Linda Rae* (DSSC)
M. Robin Roy* (DSSC)

Principales réalisations

- Identification des impacts du changement pour le personnel et la clientèle;
- Inventaire des locaux utilisés et des requis techniques essentiels permettant de répondre aux besoins de la clientèle et d'offrir adéquatement les services dans un contexte de relocalisation temporaire;
- Inventaire, visite et évaluation des locaux disponibles dans la région de Charlevoix;
- Évaluation ISO-SMAF de toutes les clientèles en hébergement;
- Ouverture d'une ressource non institutionnelle (RNI);
- Réalisation d'une analyse de risques relative à la relocalisation des activités et des services du CSSS de Charlevoix;
- Préparation et dépôt de scénarios pour la relocalisation permanente ou temporaire des activités au ministre de la Santé et des Services sociaux le 21 décembre 2010.

Volet C : Révision de l'offre et de l'organisation des services sur le territoire du CSSS de Charlevoix

Dans le but d'offrir des services de qualité adaptés aux besoins de la population, une révision de l'organisation des services de santé dans Charlevoix en vue d'un redéploiement permanent a été réalisée.

Étape 1 : Hypothèses de redéploiement des services sur le territoire du CSSS de Charlevoix

La première étape a consisté en la proposition de scénarios de redéploiement de l'offre de service au Ministre. Ces travaux ont été réalisés par le comité directeur tripartite sur le suivi du dossier parasismique. Un comité consultatif composé de partenaires locaux a été constitué afin de donner des avis au comité directeur tripartite sur les orientations et les solutions quant au redéploiement des services sur le territoire de Charlevoix.

Principales réalisations

- Tenue de plusieurs rencontres avec le comité consultatif des partenaires composé de représentants provenant du réseau de la santé et des services sociaux, des milieux municipaux, de l'éducation et du communautaire;
- Processus de consultations internes et externes visant à recueillir les avis sur les hypothèses proposées;
- Préparation et dépôt du rapport final sur les hypothèses de redéploiement des services de santé sur le territoire du CSSS de Charlevoix au ministre de la Santé et des Services sociaux le 21 décembre 2010.

Étape 2 : Rédaction du plan d'organisation des soins et des services du CSSS de Charlevoix (plan clinique)

À la suite des annonces qu'il a effectuées le 17 janvier dernier en conférence de presse portant sur la construction de deux nouveaux hôpitaux, le Ministre a demandé à ce qu'on lui dépose dans les meilleurs délais le plan clinique du CSSS de Charlevoix, soit son offre détaillée de service. Ce plan devait être réalisé dans l'optique d'une complémentarité accrue entre les deux pôles de Charlevoix.

Le plan clinique a été élaboré par la Direction générale du CSSS de Charlevoix, avec la contribution de nombreux gestionnaires et professionnels qui ont rapidement fourni les informations requises, notamment en ce qui concerne le fonctionnement et les objectifs relatifs aux services et programmes placés sous leur responsabilité.

Précisons que l'ensemble des services offerts, principalement ceux en santé physique (services hospitaliers) ont été réévalués et analysés par un comité d'experts internes dans une optique de complémentarité accrue entre les deux installations, tel que demandé par le Ministre.

Parallèlement aux travaux du groupe de travail sur la conception du plan clinique, un autre groupe a réalisé un travail important, en associant, à chaque service clinique, les services administratifs et auxiliaires que nous devrions localiser près des services cliniques dans les futures installations. Cette démarche a permis, notamment, d'amorcer une réflexion critique sur les efforts d'optimisation qui seront requis par le CSSS de Charlevoix dans le cadre de la planification du projet de construction des nouvelles installations à Baie-Saint-Paul et à La Malbaie. Ce document sera particulièrement utile lors de l'élaboration future des programmes fonctionnels et techniques (PFT).

Le plan clinique a été déposé au ministre de la Santé et des Services sociaux le 17 mai 2011.

Comité de travail sur le plan d'organisation des soins et des services du CSSS de Charlevoix



Experts cliniques du CSSS	Mme Manon Demers M. Patrick Duchesne Mme Line Lizotte
Experts médicaux	Dr Jacques Bouchard Dr Pierre Carrier Dr Jacques Cloutier Dr Jean-Luc Dupuis Dre Chantal Simard Dr Jacques Simard Dr Jacques Smith
Experts cliniques (Agence)	Mme Carole Bélanger Mme Marie Simard
Experts services administratifs et auxiliaires	M. Philippe Couture (ressources humaines) Mme Barbara Dallaire (finances) M. Gaston Dassylva (services auxiliaires) M. Michel Léveillé (services administratifs) M. Jean Maltais (services auxiliaires) M. Guy Thibodeau, directeur général Mme Cynthia Tremblay, chargée de projet
Facilitateurs	

P.S. Les membres ne sont pas dans l'ordre sur la photo de la page précédente

La gestion des communications et du changement dans le cadre du projet

Soucieuse d'assurer une transparence dans l'information et de partager cette information le plus rapidement possible avec son conseil d'administration, ses employés, son personnel médical, sa clientèle, ses partenaires régionaux et la population en général, l'organisation a instauré plusieurs mécanismes de communication internes et externes.

Principales réalisations

- Communiqués de presse visant à communiquer les décisions importantes en lien avec le dossier;
- Diffusion de notes internes en lien avec les décisions et l'état d'avancement du dossier;
- Diffusion de bulletins internes visant à informer le personnel du CSSS de Charlevoix sur l'état d'avancement du projet (parution de 5 éditions du bulletin « Santé Charlevoix : bâtir ensemble »);
- Mise en place d'un outil d'information interne (Forum Questions et réponses) visant à répondre aux différentes questions concernant les changements actuels et cela tout au long de la mise en place du nouveau projet;
- Organisation de plusieurs rencontres d'information avec le personnel;
- Disponibilité d'un site intranet dédié au projet;
- États de situation hebdomadaires du projet transmis aux gestionnaires et aux syndicats;
- Communications hebdomadaires aux gestionnaires visant à faire connaître les étapes en cours et à venir;
- Mise en place d'une ligne d'information en lien avec le projet pour la population (Ligne Info-Projet);
- Formation en gestion du changement pour les gestionnaires;
- Tenue de séances d'information portant sur les mesures d'urgence à appliquer en cas de séisme.

**RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES
ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**

RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES



La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLQS) est responsable du respect des droits des usagers, de la diffusion de l'information sur leurs droits et leurs obligations et sur le code d'éthique de l'établissement. Également, elle doit rendre compte de ses activités au conseil d'administration.

Pour l'exercice 2010-2011, tous les nouveaux employés ont été rencontrés afin de leur transmettre l'information sur les droits des usagers et sur le code d'éthique. De plus, la commissaire a présenté sous forme de kiosque une journée thématique dans chaque hôpital afin de faire la promotion de son rôle, de l'indépendance de sa fonction et du régime de traitement des plaintes auprès des visiteurs. La promotion du code d'éthique se fait sur une base continue dans toutes les installations du CSSS.

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la commissaire doit dresser un bilan sur les activités reliées à la démarche du traitement des plaintes et faire un rapport au conseil d'administration. Cette démarche vise l'amélioration de la satisfaction des usagers et favorise le respect de leurs droits.

Faits saillants

- Pour l'exercice 2010-2011, la commissaire locale et les médecins examinateurs ont traité 38 plaintes, alors qu'en 2009-2010, 49 plaintes ont été formulées. De plus, la commissaire a traité 21 demandes d'assistance, comparativement à 26 au cours de l'exercice précédent. Les demandes d'intervention ont augmenté passant de 10 demandes pour 2009-2010 à 15 pour l'année 2010-2011 et ont suscité l'ajout de 15 mesures correctives.
- 63 % des plaintes non médicales et 100 % des plaintes médicales sont relatives à la mission des soins généraux et spécialisés; c'est d'ailleurs dans cette mission que l'on trouve le plus grand nombre de plaintes.
- Cette année, 72 % des objets de plaintes non médicales ont permis d'identifier 37 mesures correctives. Pour les plaintes médicales, 28 % des objets de plaintes analysées par les médecins examinateurs ont permis d'identifier 2 mesures correctives.
- Dans l'ensemble, pour les plaintes non médicales, les principaux objets d'insatisfaction de la part des usagers sont, par ordre d'importance :
 - les aspects cliniques et professionnels des soins et services;
 - l'accessibilité;
 - les relations interpersonnelles.
- Pour les plaintes médicales, les objets d'insatisfaction sont, dans l'ordre :
 - les soins et services dispensés;
 - les relations interpersonnelles.
- C'est dans une proportion de 87 % pour la CLQS et de 25 % pour les médecins examinateurs que les plaintes ont été traitées dans les délais prescrits.

Moyens d'accès, pour la population, au rapport de la commissaire sur l'application de la procédure d'examen des plaintes

- Un exemplaire du rapport annuel 2010-2011 de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est consigné aux archives de l'établissement, à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul. Toute personne qui en fait la demande peut consulter le document.
- Une version « populationnelle » du rapport annuel de l'établissement, qui inclut ce rapport de la commissaire, est produite en plusieurs exemplaires et distribuée à la population dans les différentes installations du CSSS de Charlevoix.

L'AGRÉMENT ET LES RAPPORTS DE SUIVI

L'AGRÈMENT ET LES RAPPORTS DE SUIVI

La définition de l'agrément

L'agrément est la reconnaissance par une autorité externe compétente – organisme d'agrément – de l'engagement d'un établissement dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques et de processus organisationnels en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services, et ce, en fonction d'une démarche qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement. L'agrément a pour objectif central d'aider l'établissement à s'améliorer. Il vise également à mobiliser le personnel, les gestionnaires et les administrateurs autour d'un projet commun qui mise sur une démarche participative. En étant essentiellement centré sur l'amélioration continue de la qualité des services, l'agrément vise ultimement la recherche et le développement d'une culture d'excellence dans la gestion comme dans la prestation sécuritaire des soins et des services.

Agrément conditionnel d'août 2009

En août 2009, le CSSS de Charlevoix reçoit d'Agrément Canada un agrément avec conditions. En mai 2010, le comité d'approbation du type d'agrément a revu les preuves soumises par le CSSSC. À la suite de cette revue des évidences soumises, il constate qu'il demeure des exigences non respectées. La conformité à ces exigences est une condition au maintien du statut d'agrément. Les exigences non respectées sont les suivantes :

- Salles d'opération
- Médecine
- Les banques de sang et les services transfusionnels
- Soins ambulatoires

De plus, à titre de condition pour maintenir son statut d'agrément, le CSSSC doit encore fournir les preuves décrivant sa conformité aux critères suivants :

- Un organisme proactif et attentionné
- Prévention et gestion des infections
- Gestion des médicaments
- Services d'imagerie diagnostique
- Soins ambulatoires

Le CSSSC confirme qu'il a respecté ces exigences en fournissant les évidences démontrant sa conformité dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement du 31 août 2010.

En janvier 2011, le comité d'approbation du type d'agrément a revu les preuves soumises et nous informe que les conditions ont été respectées et que le plan d'amélioration du rendement a été mis à jour de manière à démontrer notre conformité aux exigences qui ont fait l'objet d'une évaluation.

Demande de report de la visite d'octobre 2011

Le 8 décembre 2010, le directeur général, M. Guy Thibodeau, adressait une correspondance à M. Gilles Lanteigne, V.P. exécutif d'Agrément Canada.

Extrait :

« À la suite de la réception des résultats d'études sur le rehaussement sismique effectué pour les installations hospitalières du Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix et à l'annonce de la démolition de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul du 4 septembre fait par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc, les directions du CSSS de Charlevoix et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ont entrepris des démarches afin de redéployer progressivement les services de santé sur le territoire de Charlevoix. Ces mesures sont mises en place afin d'assurer la sécurité de la population et du personnel du CSSS de Charlevoix et s'effectueront en maintenant au maximum les services dans Charlevoix. Les résultats de l'étude mentionnent que les bâtiments de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul ont été conçus à une époque où les normes parasismiques étaient inexistantes. De plus, la région de Charlevoix est assise sur une zone sismique parmi les plus actives au Canada. L'Hôpital de La Malbaie représentant également des problèmes de sécurité, mais étant réhabilitable, fera l'objet de travaux de réhabilitation, s'échelonnant sur six à huit mois.

La situation est sérieuse et nous jugeons qu'il est primordial de prendre toutes les mesures afin de relocaliser graduellement les usagers et les employés dans des endroits plus sécuritaires. En ce sens, afin de limiter les impacts sur la population et notre personnel.

De ce fait, la planification et le processus entourant une telle visite sont actuellement en veilleuse. Malgré notre bonne foi et selon le contexte, vous comprendrez qu'il est difficile d'en envisager la tenue. Les dates de visite ne peuvent être changées que dans des circonstances exceptionnelles conformément aux lignes directrices établies par Agrément Canada. Une démolition, de la relocalisation et un redéploiement de clientèles et de services sur tout le territoire de Charlevoix ne sont-ils pas là des circonstances exceptionnelles?

Nous éprouvons des difficultés, quant à l'annonce des dates de la visite, nous préférons vous en aviser afin qu'une solution soit envisagée. C'est donc en ce sens que nous communiquons formellement avec vous, afin de vérifier la possibilité de reporter la visite du 31 octobre au 3 novembre 2011.

Nous formulons donc cette demande de report et nous sollicitons votre compréhension afin que celle-ci soit accordée. Dans les circonstances actuelles, nous croyons qu'un report est souhaitable afin que le CSSS de Charlevoix continue de répondre de façon satisfaisante aux normes d'Agrément Canada tout en maintenant la motivation du personnel. »

Dans une correspondance en date du 25 janvier 2011, Mme Suzanne Larocque, présidente du comité d'approbation du type d'agrément, nous informait de sa décision relative à notre demande de report ; *« étant donné les circonstances auxquelles vous faites face, nous avons décidé d'annuler votre visite d'agrément cédulée pour octobre 2011 ».*

Nous sommes actuellement dans l'attente d'une décision du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc relativement à la relocalisation. Dès que cette décision sera connue, nous pourrions poursuivre nos discussions avec Agrément Canada pour déterminer la date de notre prochaine visite.

LES PROJETS CLINIQUES : CIBLES ET RÉALISATIONS

LES PROJETS CLINIQUES : CIBLES ET RÉALISATIONS

S'inscrivant dans une logique de révision des modes d'organisation de services, le projet clinique en santé mentale (adulte) ainsi que celui en dépendances (adulte) du territoire de Charlevoix visent l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services à la population. L'actualisation des cibles se poursuit grâce à la collaboration et l'implication soutenue des partenaires dédiés à ces problématiques.

Projet clinique – Santé mentale ADULTE

Cible 1 : Élaborer une trajectoire complète de services

- Révision complétée de l'offre de service de 1ère ligne;
- Révision de la trajectoire en violence;
- Révision de la trajectoire en post-vention;
- Révision du fonctionnement de la Table territoriale en santé mentale adulte.

Cible 2 : Améliorer le continuum de services en hébergement

- Membre de la coalition régionale pour des logements sociaux en santé mentale;
- Élaboration du plan d'action local en hébergement.

Cible 3: Améliorer les services aux hommes en difficulté

- Mise en place du comité local sur la santé et le bien-être des hommes.

Projet clinique – Dépendances ADULTE

Cible 1 :

- Mise en place d'une offre de service en Dépendances de 1ère ligne;
- Mise en place de mécanismes de liaison entre les sous-programmes du CSSS et le service de Dépendances de 1ère ligne;
- Actualisation de la trajectoire de service 1ère et 2ème ligne;
- Mise en place de la table clinique en dépendances.

Cible 2 : Améliorer le continuum de services en hébergement.

Projet clinique – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Le comité de travail du projet clinique DITED a repris ses activités en 2010-2011, et ce, après un arrêt de près d'une année et demi. Le comité a revu ses cibles qui sont maintenant de :

- S'assurer de l'accessibilité, de la continuité et de la pertinence des services offerts en DITED au niveau du réseau local. En lien avec cette cible, un travail est amorcé afin de préciser le cadre de départage entre la première et la deuxième ligne au niveau de l'offre de service du CSSSC;
- S'assurer d'un meilleur accès à une offre variée de ressources résidentielles;
- Poursuivre l'implantation et le développement du programme d'éducation sexuelle pour les jeunes ayant une DI ou un TED;
- Faire connaître les services du réseau local en DITED et faire la promotion des capacités des personnes ayant une DI ou un TED. En lien avec cette cible, les partenaires ont proposé un ensemble d'activités dans le cadre de la semaine la DI afin de mettre en valeur le potentiel et les réalisations de la clientèle.

Projet clinique – Déficience physique

Le projet clinique DP n'a pas tenu de rencontre cette année. Il doit reprendre ses travaux à l'automne prochain. Par contre, plusieurs partenaires ont travaillé sur la cible du projet clinique qui propose de revoir l'offre de service d'hébergement dans la communauté pour la clientèle vivant avec une déficience physique. En effet, un comité de travail s'est réuni à plus de quatre reprises afin de proposer des alternatives à l'hébergement en soin de longue durée. Un bilan de ces travaux sera déposé en 2011-2012.

Projet clinique – Jeunes en difficulté

Au cours de l'année 2010-2011, le comité projet clinique s'est réuni à quatre reprises. Ses actions se sont centrées principalement sur la revue des offres de service de même que sur la mise à jour du portait de notre clientèle. Plusieurs nouveaux partenaires, par l'entremise des tables de concertation en enfance jeunesse sur le territoire, se sont joints à la démarche, permettant ainsi de mieux cerner l'ensemble des services offerts aux jeunes et aux familles sur notre territoire. Certaines pistes ont été identifiées en vue de bonifier notre offre de service. Les travaux se poursuivront en 2011-2012 afin de préciser quelles seront les nouvelles cibles.

Pour ce qui est des cibles identifiées lors de la démarche antérieure, les actions se sont poursuivies.

Cible 1 : Révision de la trajectoire de services en pédopsychiatrie dans une perspective d'amélioration, d'accès et de continuité des services :

- Il s'agit davantage du suivi de l'implantation de la trajectoire par l'entremise des rencontres du comité projet clinique, mais aussi, par l'implication du CSSSC, à la démarche régionale d'arrimage avec les services de la pédopsychiatrie du CHUQ. L'intégration d'un pédopsychiatre-répondant à l'équipe de première ligne en santé mentale jeunesse, au cours de l'année, a permis de consolider nos services.

Cible 2 : Mise sur pied d'activités de soutien aux compétences parentales pour la clientèle de parents d'enfants de 6 à 12 ans et de 13 à 17 ans :

- Cette cible demeure toujours l'objet d'un travail de concertation par le biais d'un comité de travail. Différentes activités sont maintenant offertes aux parents par l'entremise des groupes communautaires et autres organismes. Le défi demeure le recrutement des parents.

Projet clinique – Lutte au cancer

Bilan du projet clinique

Le projet clinique lutte au cancer a vu le jour il y a maintenant plus de 6 ans. Ce projet a pour but d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de la promotion/prévention jusqu'à la fin de vie. Au cours de l'année 2010-2011, les membres de l'équipe ont procédé au diagnostic des services offerts dans l'ensemble du continuum, ce qui a permis d'élaborer un plan d'action pour 2010-2012.

L'implication de l'ensemble des intervenants œuvrant dans le programme de lutte au cancer a fait en sorte que l'atteinte des objectifs visés par le plan d'action fut possible.

L'activité majeure au cours de l'année 2010 fut la formation en interdisciplinarité des équipes cliniques en oncologie et en soins palliatifs. L'implication de l'ensemble des équipes à la réalisation de l'objectif de développement du travail en interdisciplinarité fut remarquée. Par contre, avec le changement continu d'intervenant dans les équipes, le travail de consolidation demeure une préoccupation de premier plan.

L'atteinte de la cible de 70% de participation au programme de dépistage du cancer du sein fut aussi une réalisation au cours de la dernière année.

Nous désirons souligner le travail remarquable de deux (2) médecins qui ont quitté le programme de lutte au cancer au cours de l'année 2010-2011. Il s'agit du Dr Geneviève Côté pour l'équipe clinique d'oncologie à Baie Saint-Paul ainsi que du Dr Rachelle Marotte pour l'équipe clinique d'oncologie et de soins palliatifs de La Malbaie.

Planification de la prochaine année

Un plan d'action pour les années 2010-2012 a été élaboré. Le défi majeur qui nous attend est la pénurie de personnel et le changement constant d'intervenants dans les équipes. Un travail de mobilisation auprès des troupes devient alors primordial, qui est un objectif en soi. Avec le projet de deux hôpitaux neufs, des défis importants de définition des besoins en lien avec le programme lutte au cancer et le plan québécois de dépistage du cancer du sein, les services en oncologie et soins palliatifs demeurent au centre de nos préoccupations et de notre travail.

Projet clinique – MPOC

- Deux rencontres pour la présentation des travaux du sous-comité de déploiement MPOC pour le CSSSC au cours de l'année.
- Formation de 3 jours offerte par le RAMQ pour 13 professionnels (infirmière clinicienne en GMF – inhalothérapeute – kinésiologue – pharmacien).
- Consolidation de l'équipe d'inhalothérapie pour l'Hôpital de La Malbaie.
- Poursuite du déploiement sur le territoire.

Projet clinique – PALV

Le comité du projet clinique PALV qui a débuté ses travaux en 2005 a identifié 4 cibles prioritaires afin d'améliorer les services aux personnes âgées.

La première cible qui est l'accès à des moyens de transport sur tout le territoire peut être considérée comme atteinte puisque les services de transport collectif locaux, le service Express bus reliant les villes de Baie-Saint-Paul et La Malbaie et l'entente de collaboration entre les deux services de transport adapté se sont développés et sont toujours fonctionnels. Soulignons également que nous avons dans la région de très bons services de transport-accompagnement offerts par différents organismes du milieu.

Une autre préoccupation du comité était l'offre de service en ergothérapie et physiothérapie à domicile. L'instabilité de ces ressources professionnelles amenait des bris de continuité de service. Avec l'implantation de la fonction d'auxiliaire familiale en ergothérapie et le programme de prévention des chutes piloté par la physiothérapie, la continuité des services est mieux assurée malgré sa précarité. Cette deuxième cible est ainsi considérée comme atteinte tout en demandant des efforts soutenus pour qu'elle se maintienne.

Comme troisième cible, le comité désirait améliorer le service de gériatrie active à l'Hôpital de La Malbaie. À l'aide de formation au personnel, de clarification des rôles des intervenants et de l'organisation d'un local spécifique à la réadaptation, on observe une amélioration du service. Cependant, les contraintes d'espace, les problèmes d'infection au C.-Difficile sur cette unité et le fait qu'il n'y ait pas d'équipe spécifique à la gériatrie sur l'unité seront toujours des limites au développement de la gériatrie active. Des réflexions sont en cours pour développer une unité de courte durée gériatrique (UCDG) territoriale, ce qui assurerait l'amélioration des services de gériatrie active pour les Charlevoisiens.

Finalement, la dernière cible qui était l'amélioration de l'encadrement des ressources non-institutionnelles (RNI) pour personnes âgées a été atteinte par la création d'un service d'hébergement dans la communauté rattaché à la direction DI-TED vu son expertise en la matière.

Les membres ne se sont pas rencontrés depuis plusieurs années vu que les cibles sont atteintes et se maintiennent. Cependant, advenant que des problèmes importants de service aux personnes âgées se présentent, il serait opportun de relancer le comité pour travailler rapidement sur des solutions.

Mentionnons que le projet « Santé Charlevoix - Bâtir ensemble » nous permettra de repenser nos services aux personnes âgées selon les normes et critères de 2011.

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SERVICES

Mesures de contrôle

Le CSSS de Charlevoix n'a toujours pas de registre formel intégré pour compiler l'ensemble des données relatives à l'application des mesures de contrôle pour les différentes clientèles de l'établissement. Nous travaillons activement à la mise en place d'un tel registre et nous avons procédé à la formation du personnel sur l'application des mesures de contrôle et nous continuons à le faire dans ces années de changement structurel du bassin de nos effectifs.

Traditionnellement pour la clientèle en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (DITED), nous cumulons et analysons les données depuis 2001. Nous présentons ici les principaux constats tirés de l'analyse des données de 2010-2011.

Le pourcentage de clients en DITED ayant une mesure de contrôle est en diminution. De 78,2%, qu'il était en 2009-10, il est maintenant à 76,2% tendant à revenir vers ceux des années antérieures à 2009-10 (75,1% en 2008-2009 et 74% en 2007-2008). Le pourcentage de personnes ayant une mesure dans le cadre d'une prévention de désorganisation ou d'une maîtrise d'un comportement est de 6,3% en 2010-11 ce qui confirme la tendance des dernières années (6,5% en 2009-2010, 8,8% en 2008-2009 et 10,3% en 2007-2008). Quant aux mesures de protection/positionnement, une légère progression à 17,5% alors qu'il était à, soit 16,1% l'année précédente confirmerait le vieillissement de la clientèle.

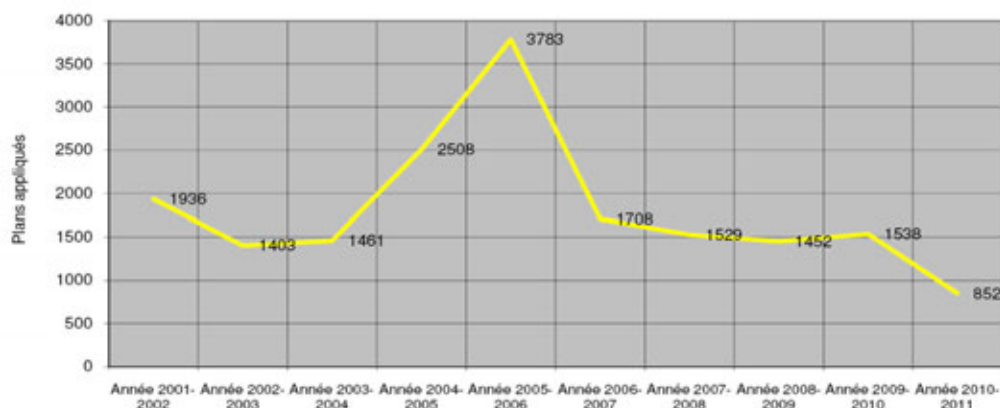
En ce qui concerne l'application des diverses mesures dans la durée, nous pensons que le tableau et les graphiques qui suivent pourraient traduire de façon plus précise l'évolution de la démarche depuis les 10 dernières années.

Données

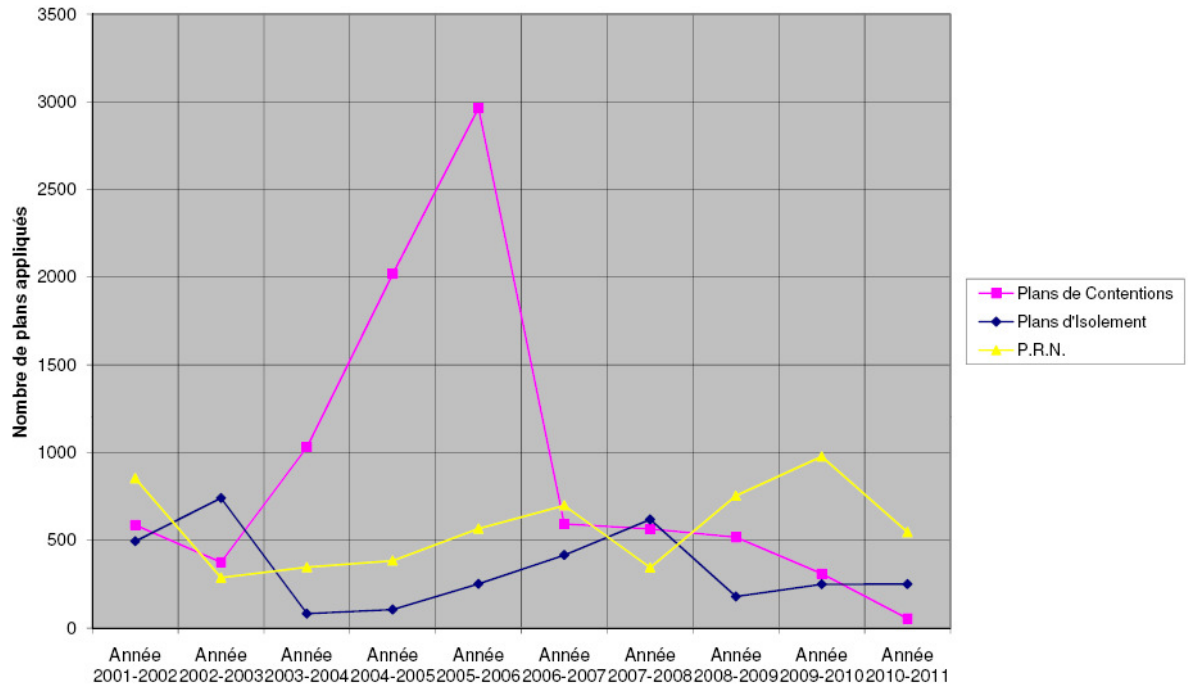
Total des plans appliqués	Nombre
Année 2001-2002	1936
Année 2002-2003	1403
Année 2003-2004	1461
Année 2004-2005	2508
Année 2005-2006	3783
Année 2006-2007	1708
Année 2007-2008	1529
Année 2008-2009	1452
Année 2009-2010	1538
Année 2010-2011	852

Graphique

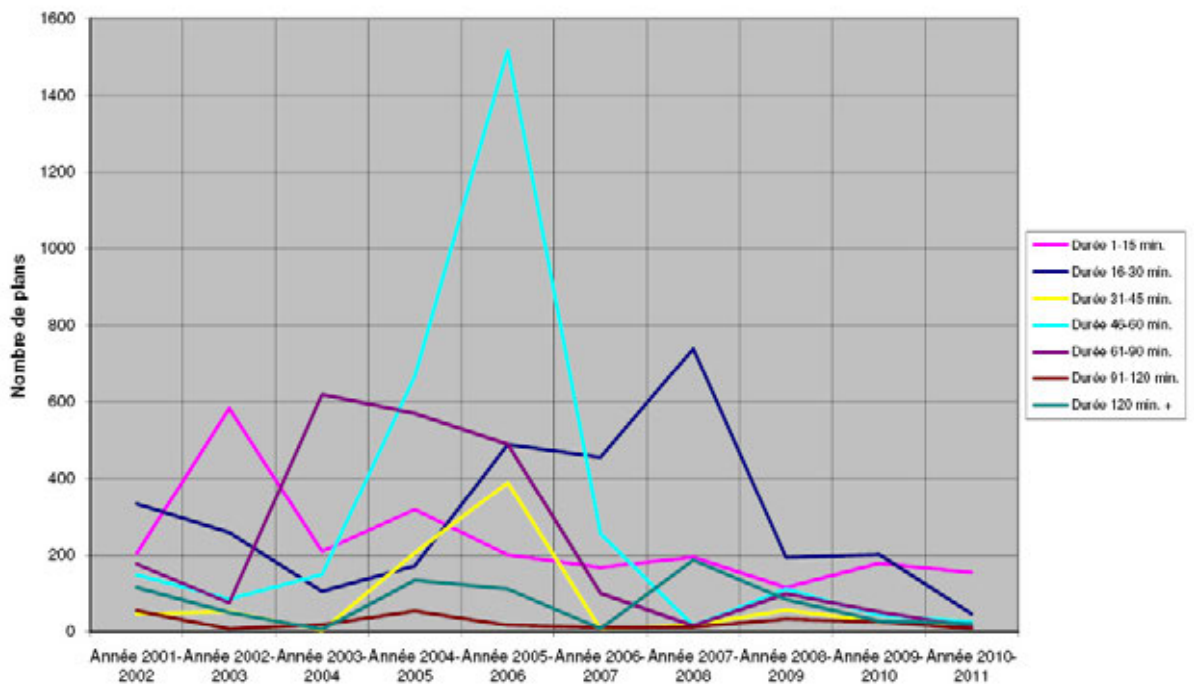
Total des plans appliqués / Années financières 2001 à 2009



Comparaison des divers plans appliqués / Années financières 2001 à 2011



Comparaison de la durée d'application / Années financières 2001 à 2009



Recommandation du coroner

Pour l'exercice financier 2010-2011, le CSSS de Charlevoix a bien eu un événement qui a été soumis au coroner. Le rapport a été reçu le 16 mars 2011 la seule recommandation du coroner est à l'intention du conseil des médecins et dentiste du CSSS de Charlevoix et du Collège des médecins à l'effet de revoir le dossier objet du rapport. Le dossier a été porté à l'attention du comité d'évaluation de la pratique médicale et dentaire le 25 mars et est actuellement en cours d'analyse. Il va sans dire que les recommandations ne sont pas encore émises au moment où le présent rapport va sous presse.

Promotion continue de la déclaration des incidents/accidents

Au cours de l'exercice 2010-2011, le CSSS de Charlevoix a poursuivi la promotion de la déclaration des événements par l'utilisation systématique du formulaire AH-223, lors de formations spécifiques destinées aux employés nouvellement arrivés, dans le cadre de leurs journées d'accueil. En tout, ce sont six séances de trois heures chacune qui ont été réalisées. Celles-ci ont permis que 68 personnes reçoivent un enseignement formel en la matière.

Nous avons également tenu des rencontres de formation d'une durée de 3 heures pour une des équipes de gestion de soins généraux et spécialisés et pour une équipe de secteur pour la longue durée. Ces formations portaient essentiellement sur la déclaration, l'analyse des événements dont l'appréciation de l'état de gravité, les rapports informatiques disponibles et sur mesure désirés par les cadres pour le suivi des événements qui les concernent. Les rapports requis sont actuellement disponibles pour eux sur demande. Ce programme de formation destiné aux gestionnaires et personnels clinico-administratifs devrait être complété l'année prochaine pour ceux qui n'ont pas reçu la formation.

Prévention et contrôle des infections

Membres du comité de prévention des infections

Robin Roy	Directeur DSSC par intérim
Pierre Carrier	Directeur DSP
Marie-Claude Roy	Microbiologiste CHA Enfant Jésus
Isabelle Tétrault	Microbiologiste CHA Enfant Jésus
Debbie Provencher	Coordonnatrice des services diagnostics
Lucie Bouchard	Pharmacienne
Vaughn Boies	Chef de service installations matérielles
Jean Maltais	Coordonnateur administratif DST
Johanne Saint-Pierre	Infirmière service santé
Patrick Duchesne	Chef de service en santé physique
Josée Dufour	Responsable, bloc opératoire et stérilisation
Kathleen Gagnon	Conseillère en prévention et contrôle des infections
François Carrier	Conseiller en prévention et contrôle des infections
Sébastien Gaudreault	Coordonnateur clinique
Nathanaëlle Thériault	Médecin conseil de la Direction de la Santé publique
Jasmin Villeneuve (membre invité)	Responsable du dossier prévention des infections nosocomiales

Réalisations du comité

- Activités continues de surveillance, de prévention et de contrôle des bactéries multirésistantes et des infections telles que la gastroentérite, l'influenza et le *Clostridium Difficile*;
- Participation au programme de surveillance de l'Institut National de Santé Publique du Québec : la surveillance des bactériémies nosocomiales pan hospitalières, surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD), surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus*;
- Rédaction, mise à jour et uniformisation des protocoles relatifs aux problématiques infectieuses;
- Participation aux rencontres du groupe de travail régional pour la mise à jour du guide de prévention des infections;
- Formation de base en prévention et contrôle des infections offerte aux nouveaux membres du CSSS de Charlevoix et dispenser annuellement la formation continue, selon les besoins exprimés par les différents secteurs;
- Réalisation d'outils d'évaluation des procédures selon les mesures à appliquer et audit hebdomadaires en alternance dans les milieux;
- Participation à la Campagne canadienne d'hygiène des mains. La conseillère en prévention a assisté à la formation donnée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Réalisation des premiers audits (observations et questionnaires) sur l'hygiène des mains à la grandeur du CSSS et Présentation des résultats;
- Participation au projet du Consortium en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux de première ligne (CETMISS-PL) et du projet d'évaluation des stratégies d'implantation des pratiques de base (hygiène des mains et port des gants) visant à prévenir la transmission des infections dans les CSSS;
- Participation aux comités et groupes de travail soutenant les activités fonctionnelles, thérapeutiques et de soins.

**LES RÉALISATIONS DES COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT
ET DES CONSEILS PROFESSIONNELS**

Comité de vigilance et de la qualité

Membres du comité

Denise Tremblay	Présidente et membre du conseil d'administration
Johanne Fortin	Membre du conseil d'administration
Michelle Morais	Membre du conseil d'administration
Guy Thibodeau	Directeur général
Diane Bouchard	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Principales activités

Au cours de l'année 2010-2011, les membres du comité ont tenu six rencontres régulières. Ces rencontres ont permis :

- D'assurer le suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services relativement au respect des droits des usagers, au traitement des plaintes qui ont été formulées ou encore aux interventions qui ont été effectuées.
Pour ce faire, la commissaire a présenté à chaque rencontre l'évolution de l'état de situation du traitement des plaintes en cours;
- D'analyser une dizaine de rapports transmis au conseil d'administration portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus.
Pour ce faire, le comité a rencontré les responsables des dossiers concernés et a complété la grille d'analyse des rapports pour en assurer le suivi.

Principales recommandations formulées par la commissaire

Pour l'année 2010-2011, aucune recommandation n'a été transmise au conseil d'administration. Le suivi des recommandations a été fait par le comité de vigilance.

Principales recommandations formulées par le comité de vigilance

- Une recommandation du comité de vigilance concernant l'augmentation des listes d'attente en centre d'hébergement de soins de longue durée a été adoptée par le conseil d'administration le 8 mai 2010;
- Les principaux dossiers qui retiennent notre attention sont : la liste d'attente en CHSLD, l'ophtalmologie et la traumatologie.

Comité de gestion des risques

Voici les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Note : certaines entrées de données restent à faire, soit environ une cinquantaine d'événements, reliés principalement à la médication, aux tests diagnostiques et aux traitements.

• Chutes :	766	• Matériel :	24
• Médication :	711	• Équipement :	6
• Tests diagnostiques :	57	• Agressions, abus, harcèlement :	49
• Traitements :	60	• Autres :	220
• Bâtiment :	1		
• Effets personnels :	1		
		Total :	1895

Voici le suivi des types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique et les principaux résultats de cette surveillance

Types d'infection	Principaux résultats		
	Échantillons prélevés	Porteurs à l'admission	Nouveaux cas
• C. difficile	• 747	• 18	• 28
• ERV	• 1727	• 0	• 0
• Influenza	• 144	• 3	• 9
• SARM	• 3019	• 42	• 9

Au cours de l'année 2010-2011, le comité de gestion des risques a fait différentes recommandations et a effectué certains suivis en rapport avec les priorités de l'établissement.

Recommandations

- Aucune recommandation faite au conseil d'administration pour 2010-2011.
- À la Direction générale :
 - D'imbriquer la préoccupation gestion des risques tant dans la conception que dans la réalisation des travaux qui découleront des orientations ministérielles et cliniques lors de la construction des deux hôpitaux;
 - Revoir la politique de formation afin d'avoir un mécanisme visant à s'assurer du suivi du maintien des compétences RCR des intervenants en RAC, RNI et SAD; Évaluer la possibilité d'avoir des défibrillateurs automatiques en RAC.
- Aux directions concernées :
 - Remplacement de toutes les ceintures de positionnement non conformes par des ceintures provenant du manufacturier;
 - Modification des appareillages pour une utilisation sécuritaire dans les CAJ;
 - Recommandation du service des incendies de l'ajout de gicleurs dans une RNI et évaluation des problématiques de sécurité en regard de la clientèle.

Suivis

Les suivis réalisés par le comité de gestion des risques ont porté sur trois recommandations faites les années antérieures :

- Suivi des mesures implantées à la suite du décès d'un usager pour éliminer les matières dangereuses à la portée des clientèles vulnérables notamment pour les personnes âgées;
- Suivi de l'implantation d'un système anti-fugue à l'Hôpital de La Malbaie (Code Jaune);
- Suivi de la recommandation concernant les moyens permettant de diminuer les erreurs de médicaments soit visite du nouveau département de pharmacie avec emballeuse ensacheuse automatisée.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Recommandation et suivi

Mesure pour faciliter le contrôle des éclosions d'infection nosocomiales.

- Solliciter la Direction générale afin qu'elle encadre sous forme réglementaire les heures de visites dans l'établissement.

Comité d'éthique clinique

Membres du comité

Représentants de l'interne

- le directeur général, membre d'office Guy Thibodeau
- le directeur des services professionnels, membre d'office Pierre Carrier
- la directrice des soins et des services à la clientèle, membre d'office Linda Rae (jusqu'en décembre)
- le directeur des soins et des services à la clientèle par intérim Robin Roy (depuis décembre)
- un représentant du CMDP Robert Trudeau
- une représentante du CII Nicole Leclerc
- une représentante du CM Marie-Claude Rioux
- une représentante du soutien à domicile Louise Boulianne

Représentants de l'externe

- un représentant de la population Donald Lavoie
- une représentante des usagers Diane Harvey
- un juriste André Cartier
- un bioéthicien, membre d'office Louis Simard, président du comité
- une agente de relations humaines Patricia Chiasson

Autre

- une représentante de la confession religieuse, désignée par l'évêché, ayant un contrat avec l'établissement Murielle Bluteau

Les membres substitués

- une représentante du DSSC par intérim Madeleine Rodrigue
- une représentante du CMDP Lucie Marcotte
- une représentante du CM Martine Boulianne
- une représentante du soutien à domicile Martine Tremblay

La DRC DITED supporte les activités du comité.

Faits saillants

- Ajout de nouveaux membres et substitués;
- Mise en place d'un comité travail afin de mieux connaître les pratiques sur le consentement aux soins dans les blocs opératoires et de les améliorer si requis;
- Amorçage d'une démarche afin d'élaborer une politique sur la vie affective et sexuelle des usagers vivant en hébergement;
- Élaboration de modalités pour permettre au personnel l'accès à un consultant en éthique;
- Tenue, en collaboration avec le comité des usagers, de deux conférences publiques afin de sensibiliser la population :
 - « L'Alzheimer d'hier à demain »
 - « J'ai le droit de savoir pour ma santé ».
- Questionnements sur l'uniformisation du code d'intensité thérapeutiques;
- Formations et discussions de cas éthiques au sein du comité;
- Participation à deux colloques, soit celui de l'Association des professionnels en éthique du Canada et celui de l'Association québécoise en éthique clinique.

Comité des usagers

Membres du comité

Louise Gingras, présidente, représentante du comité de résidents des unités d'hébergement Ambroise-Fafard et Dina-Boivin

Joseph Lavoie, vice-président, représentant de la clientèle en déficience physique

Christine Simard, secrétaire-trésorière, représentante de la clientèle en déficience intellectuelle

Denise Tremblay, représentante du comité de résidents du Centre d'hébergement de Clermont et représentante du conseil d'administration du CSSS de Charlevoix

Michelle Morais, représentante de la clientèle CLSC et représentante du conseil d'administration du CSSS de Charlevoix

Louise Desgagnés, représentante de la clientèle CHSGS (santé mentale)

Jeannot Desgagnés, représentant de la clientèle CHSGS Nicole C. Foster, représentante du comité de résidents du Centre d'hébergement de Saint-Siméon

Louise Brisson, représentante du comité de résidents du Centre d'hébergement Bellerive

(À pourvoir : représentant du comité de résidents du Centre d'hébergement Pierre-Dupré)

Faits saillants

- Participation sur le comité de travail pour la tenue de la journée annuelle de ressourcement pour les proches aidants de Charlevoix;
- Organisation, en collaboration avec le comité d'éthique clinique, de la conférence du Dr Rémy Bouchard, neurologue, sur la maladie d'Alzheimer;
- Diffusion des résultats du sondage sur la satisfaction des usagers de tout le territoire, en collaboration avec la Direction générale;
- Assistance aux usagers du territoire sur des améliorations en ergothérapie, en hébergement de longue durée, en soins de courte durée, urgence, en déficience physique. Assistance à de nombreux dossiers de plainte;
- Soutien aux comités des résidents des CHSLD : participation aux activités, soutien dans leurs démarches d'amélioration, assemblées générales, secrétariat. Appui pour un dossier de plainte;
- Suivi des recommandations de la visite d'appréciation du ministère dans les unités Ambroise-Fafard et Dina-Boivin;
- Organisation d'une journée de formation spécialisée à l'intention des nouveaux membres des comités, le 18 juin 2010;
- Intervention, à la demande des comités des résidents, sur la question des vêtements perdus ou détériorés;
- Réalisation d'un sondage sur les soins d'hygiène à domicile en collaboration avec la Direction des soins et service clientèle;
- Organisation avec le comité d'éthique de la conférence de Me Jean-Pierre Ménard, avocat, sur les droits des usagers et le consentement légal;
- Participation au comité de pilotage Milieu de vie;
- Nombreuses interventions auprès de la clientèle du CSSSC sur les questions entourant le dossier parasismique dans Charlevoix;
- Intervention auprès de la Commissaire aux plaintes sur la question de l'usage des caméras de surveillance dans nos installations. Suivi en cours;
- Participation à la consultation sur le dossier de redéploiement des services dans Charlevoix. Rapport présenté au comité tripartite. Participation au comité de travail sur le projet d'hébergement en déficience physique;
- Participation au comité de travail sur la politique éventuelle touchant l'expression affective et sexuelle des usagers en milieu d'hébergement;
- Participation au comité de travail sur le projet clinique en déficience intellectuelle;
- Participation au comité de travail pour la réalisation de la semaine en D.I.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Comité exécutif du CMDP

Dr Jacques Bouchard, omnipraticien, président
Dr Pierre Carrier, directeur des services professionnels
Dre Julie Dorval, omnipraticienne
Dr Éric Gagné, omnipraticien
Dre Lucie Marcotte, omnipraticienne
Dr Éric Melançon, omnipraticien
Dr Normand Poupard, omnipraticien
Dre Chantal Simard, omnipraticienne
M. Guy Thibodeau, directeur général

Objectifs

- Assurer la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique;
- Au besoin, fournir des avis à la Direction générale et au conseil d'administration.

Faits saillants

- Le comité d'examen des titres et le comité exécutif du CMDP se sont réunis à six reprises;
- Dans le cadre de l'éducation médicale continue, 40 formations ont été données pour les membres du CMDP.;
- Ajout d'un omnipraticien et d'un pharmacien comme membre actif et quelques membres associés omnipraticiens et spécialistes;
- Approbation d'ordonnances collectives et de documents en provenance du comité de pharmacologie;
- Participation à l'élaboration du plan clinique pour Charlevoix;
- Participation à l'élaboration des ententes de services suivantes :
 - Télésanté en imagerie médicale entre le CSSSC et le CHUQ;
 - Télépathologie;
 - Pédopsychiatres répondants.

Aucun avis particulier n'a été transmis au conseil d'administration.

Comité d'évaluation médicale et dentaire de l'Hôpital de La Malbaie

Dre Nathalie Cayer, omnipraticienne
Dre Marie-Josée Gagnon, omnipraticienne
Dr Xavier Huppé, omnipraticien
Dr Nicolas Lupien, omnipraticien, président
Dre Danielle Ouellet, omnipraticienne

Faits saillants

- Le comité s'est réuni à trois reprises durant l'année;
- Au total, 159 dossiers ont été étudiés : 33 d'entre eux étaient reliés à des complications, 6 à des complications et 120 à des décès survenus à l'Hôpital de La Malbaie;
- Relativement à la tenue de dossiers, 82 % ont été jugés conformes; des avis ont été transmis aux médecins concernés afin d'améliorer la tenue de dossiers. Il s'agit d'une amélioration reliée à l'étude de décès;
- En ce qui a trait à la qualité de l'acte, 99 % des dossiers ont été jugés conformes;
- Le sous-comité en gériatrie a aussi étudié 12 dossiers de décès en CHSLD; 67 % des dossiers ont été jugés conformes quant à la tenue de dossiers : un rappel a été fait aux médecins afin d'améliorer la tenue des dossiers. Enfin, 85 % des dossiers ont été jugés conformes quant à la qualité de l'acte.

Comité d'évaluation médicale et dentaire de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul

Dr Gilles Boivin, omnipraticien
Dr Victor Bouchard, omnipraticien
Dre Jasmine Gilbert, omnipraticienne
Dr Sébastien Laflamme, omnipraticien, président par intérim
Mme Élise Magny, archiviste médicale
Dr Jean-François Simard, omnipraticien

Faits saillants

- Le comité s'est réuni à quatre reprises durant l'année;
- Analyse systématique des décès en soins palliatifs, par une archiviste, à l'aide d'une grille d'évaluation comportant des critères objectifs; il s'agit d'une amélioration reliée à l'étude de décès;
- En contre durée, 70 dossiers de décès ont été étudiés. Des recommandations ont été transmises au CMDP pour 9 dossiers et le suivi a été effectué par la suite;
- En longue durée, 43 dossiers de décès ont été étudiés dont 7 dossiers ont été référés au CMDP et des recommandations ont été faites par le comité;
- En ce qui concerne l'étude des dossiers de complications de l'année 2008-2009, elle a été finalisée et des recommandations ont été effectuées. Par ailleurs, 137 dossiers de complications et d'infections pour l'année 2009-2010 ont été étudiés et 5 dossiers devront être évalués par un chirurgien ultérieurement;
- Une étude des requêtes radiologiques (tomodensitométrie et échographie) est actuellement en cours.

Comité de pharmacologie

Mme Sylvie Beauchamp, chef du département de pharmacie
Mme Yolaine Dubois, pharmacienne, présidente du comité de pharmacologie
Dr André Bouchard, omnipraticien
M. Steeve Dufour, pharmacien
Dr Mario Labbé, omnipraticien
Dre Véronique Prié, omnipraticienne
Dre Bernadette Roy, omnipraticienne

Faits saillants

- Le comité de pharmacologie s'est réuni à deux reprises;
- Étude de plusieurs ordonnances collectives et individuelles concernant la médication. Avis transmis au comité exécutif du CMDP;
- Analyse des algorithmes pédiatriques utilisés au service d'urgence ainsi que le choc hémorragique chez l'enfant et chez l'adulte;
- Révision de la liste des médicaments d'antidotes;
- Plusieurs médicaments ont été rajoutés au formulaire du CSSS de Charlevoix;
- Mise à jour régulière des substitutions automatiques.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres du comité exécutif du CII

M. Guy Thibodeau, directeur général
Mme Linda Rae, directrice des soins et services à la clientèle jusqu'en décembre 2010
M. Robin Roy, directeur des soins et services à la clientèle par intérim à partir de janvier 2011
Mme Nadine Simard, secrétaire
Mme Nicole Leclerc, déléguée aux communications
M. Gratien Potvin, président CIIA
Mme Sylvie Harvey, vice-présidente CIIA
Mme Martine Tremblay, présidente intérimaire

Faits saillants

- Deux assemblées du CECII;
- Participation au colloque des CII-CIR portant sur les ordonnances collectives;
- Participation au bilan de l'inspection professionnelle de l'exercice collectif des infirmières du CSSS de Charlevoix;
- Avis d'élection reporté en avril 2011;
- Assemblée générale reportée en juin 2011;
- Consultation du directeur général à deux reprises concernant l'avenir de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul;
- Participation au comité de gestion des risques pour 4 rencontres.

Aucun avis particulier n'a été formulé cette année au conseil d'administration ni à la Direction générale.

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Membres du comité exécutif du CIIA

Gratien Potvin, président
Sylvie Harvey, vice-présidente
Maryse Savard, secrétaire
Touria Ouaankour, conseillère
Marie-Lyne Tremblay, conseillère
Natacha Gagné, communications

Faits saillants

- Présentation de nouvelles règles de soins concernant les infirmières auxiliaires;
- Collaboration au plan d'amélioration en suivi des recommandations de l'OIIAQ. Recommandations transmises à la directrice des soins et services à la clientèle;
- Analyse du sondage de satisfaction des infirmières auxiliaires de l'établissement. Réponse de la direction à certaines questions;
- Collaboration pour l'implantation de nouvelles méthodes de soins permises;
- Assemblée générale du conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires du CSSS de Charlevoix.

Aucun avis particulier n'a été formulé cette année au conseil d'administration ni à la Direction générale.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Membres du comité exécutif du CM

Valérie Deschênes, physiothérapeute
Carole Dufour, organisatrice communautaire, vice-présidente
Chantal Pothier, psychologue, secrétaire
Marie-Claude Rioux, travailleuse sociale, présidente
Suzanne Thomas, technicienne en électrophysiologie médicale
Nancy Tremblay, éducatrice
Béatrice Guay, chef de programme à l'enfance DITED, représentante du CM au conseil
Andrée Deschênes, directrice du regroupement de clientèles DITED
Guy Thibodeau, directeur général

Faits saillants

Le conseil multidisciplinaire du CSSS de Charlevoix regroupe plus de 270 membres, issus de 20 professions différentes.

- Départ de l'ancien président et représentant du CM au conseil d'administration du CSSS, M. Conrad Paradis, après plusieurs années d'implication au CM;
- Changement de garde à la tête de l'exécutif; départ de M. Alain Dessureault et de M. Bernard Tremblay après plusieurs années d'implication au CM;
- Création d'un groupe Lotus Notes afin de mieux communiquer avec les membres;
- Mise à jour du site internet : en élaboration actuellement;
- Continuité des comités de pairs : travail social (t.s. t.t.s. aiss), éducation spécialisée (t.é.s.) et physiothérapie (trp et physiothérapeute);
- Création d'un nouveau comité de pairs : psychologues;

- Participation à divers comités au sein du CSSS de Charlevoix et de la région 03 : comité d'éthique, comité de gestion des risques, Commission multidisciplinaire de la Capitale-Nationale, redéploiement des services, plan clinique, conseil d'administration du CSSS de Charlevoix, Association des conseils multi du Québec (colloque annuel);
- Consultation des membres concernant les hypothèses de redéploiement des services de santé au sein du CSSSC ainsi qu'un avis à la Direction générale sur la position de membres;
- Avis émis concernant l'appui du CM sur le maintien du statut de traumatologie du site de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul;

Aucun avis particulier n'a été formulé cette année au conseil d'administration.

LES RÉALISATIONS DES DIRECTIONS

Direction générale



Équipe de gestion

Guy Thibodeau
Michèle Robitaille
Micheline Tremblay
Dana Simard

Directeur général
Adjointe au directeur général
Adjointe administrative du directeur général
Adjointe administrative au conseil d'administration

Objectifs de la direction

- Assurer l'évolution de l'organisation en prenant le leadership de dossiers majeurs.
- Appuyer l'ensemble des directions dans leurs priorités respectives.
- Adopter les orientations stratégiques 2010-2015
- Réhabilitation de l'Hôpital de La Malbaie
- Projet Santé Charlevoix – Bâtir ensemble

Faits saillants

- Adoption des orientations stratégiques 2010-2015;
- Adoption de plans de contingence en cas de découverte médicale à l'urgence, en anesthésie, en chirurgie ainsi qu'en obstétrique;
- Adoption du plan d'action en santé publique 2010-2015;
- Élaboration d'un programme de prévention des infections;
- Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières 2010-13;
- Règlement relatif à la divulgation d'un accident à l'utilisateur;
- Règlement de délégation de signature de certains actes, documents ou écrits d'un établissement;
- Adoption d'un Règlement sur les conflits d'intérêt des cadres supérieurs et intermédiaires, du personnel et des professionnels de l'établissement;
- Politique sur le remboursement des frais de déplacement, de séjour et de représentation;
- Politique d'une saine alimentation;
- Appui à la demande de financement du groupe de médecine de Charlevoix-Est pour du support au niveau des services informatiques et de la téléphonie;
- Appui au Centre de la Petite-Enfance Pignon-sur-Rue pour une garderie sur des horaires atypiques;
- Appui à la Coalition pour le développement du logement social en santé mentale du Québec;
- Appui au projet de maison de soins palliatifs « L'Angélique »;
- Appui à une démarche de dérogation à la norme environnementale du préfini dans les RNI;
- Engagement du protocole de la cravate rose;
- Entente en microbiologie-Infectiologie entre le CSSS de Charlevoix, le CHA et le CSSS Québec-Nord;
- Entente de service en télépathologie entre le CSSS de Charlevoix, le CHA et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Hôpital Laval;
- Entente de service en télésanté et en imagerie médicale entre le CSSS de Charlevoix et le CHUQ;
- Entente de service concernant les pédopsychiatres répondants;
- Participation aux projets de recherche concernant l'évaluation de l'implantation des services offerts aux victimes d'agressions sexuelles et sur la prévention des infections CETMISS;
- Visite du Groupe conseil en traumatologie en novembre 2010
- Le MSSSS confirme le 9 mars 2011, suite aux recommandations du Groupe conseil en traumatologie de l'INESSS, de désigner officiellement l'Hôpital de La Malbaie comme centre de traumatologie de niveau primaire pour la région de Charlevoix.
- Des démarches ont été faites par la Direction générale pour connaître les motifs cliniques de la décision de ne pas désigner également l'Hôpital de Baie-Saint-Paul.

Projet Santé Charlevoix – Bâtir Ensemble

- Demande de confirmation au ministre de la Santé et des Services sociaux pour qu'il mette par écrit ses engagements pris lors de l'annonce du 4 septembre 2010;
- Démarche auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux afin qu'il précise le contenu de sa lettre suite à l'annonce du 17 janvier 2011;
- Formation d'un comité tripartite pour chapeauter le projet Santé Charlevoix-Bâtir ensemble
- Formation d'un comité consultatif pour l'élaboration de scénarios pour le redéploiement des services de santé et des services sociaux sur le territoire de Charlevoix
- Formation d'un comité de pilotage pour la relocalisation des activités de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul
- Formation d'un comité pour l'élaboration d'un plan clinique pour le redéploiement des services de santé et des services sociaux sur le territoire de Charlevoix
- Préparation des travaux en vue de la réhabilitation de l'Hôpital de La Malbaie

À titre de directeur général, je veux remercier l'ensemble des gens qui œuvrent au sein de l'organisation, médecins, professionnels, gestionnaires, employés, administrateurs et bénévoles, sans qui notre mission de répondre aux besoins de santé et services sociaux de la population de Charlevoix serait impossible. Je tiens également à remercier les partenaires du réseau de la santé et des autres secteurs, grâce auxquels nous réussissons, dans Charlevoix, à offrir une gamme de services complète et de qualité.

Direction des services professionnels



* Absen(e) de la photo

Équipe de gestion

Céline Dufour

Adjointe administrative

Line Lizotte

Chef de service accueil/admission/archives

Josée Dufour

Chef de service : bloc opératoire, inhalothérapie, stérilisation, consultations externes

Gaston Dassylva

Conseiller cadre

Debbie Provencher

Coordonnatrice des services diagnostiques

Rémi Lavoie

Chef de service d'imagerie médicale

Pierre Carrier

Directeur des services professionnels

Sylvie Beauchamp

Chef du département de pharmacie

Kate Tremblay *

Adjointe administrative

Objectifs de la direction

- Finaliser l'implantation du système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM);
- Entreprendre l'harmonisation des processus entre les deux sites hospitaliers;
- Planifier la mise en place d'un guichet unique;
- Participer activement à une saine gestion des risques.

Réalisations de la Direction des services professionnels

- Absence de ruptures de services en anesthésiologie, en chirurgie générale, à l'urgence et à l'hospitalisation;
- Élaboration de plans de contingence advenant l'absence de couverture en obstétrique, en chirurgie, en anesthésiologie et au service d'urgence;
- Renouvellement de l'accès au mécanisme de dépannage;
- Recrutement d'un nouveau médecin et d'un nouveau pharmacien;
- Travaux majeurs faits conjointement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, en lien avec les risques sismiques qui ont été identifiés;
- Mise en place du comité local sur la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST ;
- Signature de l'entente de service concernant les pédopsychiatres répondants entre le CHUQ et le CSSSS V-C, le CSSS de Portneuf, le CSSS de Charlevoix, le Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire;
- Participation des médecins, du personnel du bloc opératoire ainsi que des inhalothérapeutes à l'implantation du programme AMPRO en obstétrique dont le but est de maximiser la dispensation de services sécuritaires et qui implique tout le personnel tant médical qu'infirmier oeuvrant dans ce service.

Secteur : services diagnostiques

- Transfert complété vers le CHA de certaines procédures de laboratoire et de microbiologie;
- Signature d'une entente de service formelle en microbiologie-infectiologie entre le CHA et le CSSS de Charlevoix et le CSSS de Québec-Nord;
- Signature de l'entente de télésanté en imagerie médicale avec le CHUQ (pavillon Hôtel-Dieu de Québec);
- Numérisation de la mammographie;
- Acquisition d'un nouvel appareil d'hématologie à l'Hôpital de La Malbaie, remplacement des analyseurs d'urine tant à Baie-Saint-Paul qu'à La Malbaie;
- Gestion informatisée des listes d'attente en imagerie médicale.

Secteur : bloc opératoire

- Accroissement des activités en chirurgie d'un jour (chirurgies de l'œil pour les cataractes);
- Informatisation des blocs opératoires et gestion informatisée des listes d'attentes en chirurgie (GIC);
- Planification de la mise en place du service de télépathologie en lien avec le CHA et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et signature d'une entente interrégionale.

Secteur : accueil-archives-admission

- Numérisation des dossiers médicaux;
- Démarrage du projet de DMÉ (dossier médical électronique) pour la première ligne;
- Démarrage du projet de DCI (dossier clinique informatisé) ambulatoire et hospitalier;
- Gestion du projet de gestion des lits;
- Mise en place d'un outil statistique harmonisé conjointement avec les finance.

Secteur : pharmacie

- Déploiement du système de distribution unitaire des médicaments avec l'acquisition d'une emballeuse-ensacheuse et l'utilisation de chariots de distribution des médicaments;
- Distribution en sachets regroupés pour la longue durée;
- Projet-pilote de télépharmacie cautionné par l'OPQ ayant comme principal objectif de réduire les délais de distribution des médicaments. La vérification contenant-contenu avec code-barre répond à une norme d'Agrément visant à réduire les erreurs de distribution des médicaments;
- Bilan comparatif des médicaments à l'admission (norme de l'Agrément visant à réduire les erreurs de prescription à l'admission);
- Rénovation et mise aux normes de la pharmacie de Baie-Saint-Paul;
- Rapatriement de l'inventaire per os à La Malbaie;
- Implantation du logiciel eGAP;
- Implantation du logiciel Suivi-Posologie;
- Plusieurs formations ont été données au personnel infirmier et de la pharmacie concernant de nouvelles pratiques.

Direction des soins et services à la clientèle



* Absent de la photo

Équipe de gestion

Sébastien Gaudreault	Coordonnateur d'activités
Denise Laberge	Chef de programme Santé mentale
Nicole Lajoie	Conseillère en milieu de vie
Geneviève St-Pierre	Coordonnatrice d'activités
Manon Demers	Coordonnatrice clinico-administrative
Yolande Faulkner	Coordonnatrice de la réadaptation physique
Valérie Lavoie	Coordonnatrice d'activités et clinique
Martine Tremblay	Chef d'unité soins d'hébergement
Maryann Tremblay	Chef d'unité soins d'hébergement
Kathleen Gagnon	Conseillère en prévention des infections
Yves Barreau	Chef de programme Soutien à domicile
Maryse Mathieu	Coordonnatrice d'activités et clinique
Patrick Duchesne	Chef des services généraux
François Carrier	Conseiller en prévention des infections
Marlaine Morin	Adjointe administrative
Robin Roy	Directeur par intérim depuis janvier 2011
Marcelle Simard *	Agente administrative
Madeleine Rodrigue*	Coordonnatrice clinico-administrative
Nancy Girard *	Conseillère en milieu de vie
Jacques Deschênes *	Chef des services généraux
Mylène Briand *	Chef de programme Services enfants
Linda Rae *	Directrice jusqu'à décembre 2010
Alain Van Den Bosch *	Coordonnateur d'activités
Éric Villeneuve *	Coordonnateur d'activités
Marie-France Simard *	Coordonnatrice d'activités

Objectif de la direction

- Assurer la qualité et la continuité des soins et des services à la clientèle.

Réalisations de la direction

- Activités de surveillance, de prévention et de contrôle des infections, particulièrement pour l'infection à clostridium difficile à l'Hôpital de La Malbaie;
- Établissement de nouvelles règles de soins pour la prévention et le contrôle des infections;
- Implantation du programme de prévention des chutes pour la clientèle hospitalisée et hébergée;
- Mise en place de moyens pour l'application du règlement sur les mesures de contrôle;
- Implantation du nouveau fonctionnement pour la distribution des médicaments en soins de longue durée (SARDM);
- Révision des équipes pour un bon fonctionnement du code bleu (arrêt cardiaque);
- Révision du fonctionnement du code blanc (client violent);
- Implantation du système d'information e-GAP pour la réadaptation physique et la médecine de jour;
- Réorganisation du travail d'équipe au 4^{ème} de l'Hôpital de La Malbaie visant la diminution du morcellement du travail;
- Réorganisation du travail psychosocial au programme services enfants afin que les équipes soient polyvalentes et autonomes dans les deux pôles;
- Participation à la rédaction de la procédure régionale d'aide à domicile. Implantation de celle-ci en cours;
- Lancement de la charte de vie et de travail et du guide d'accueil et accompagnement à l'hébergement;
- Début du projet respect du sommeil dans les deux centres d'hébergement avec le support de l'ASSTSAS;
- Participation et présentation de nos réalisations en approche milieu de vie et approche relationnelle de soins aux journées d'étude de l'ASSTSAS;
- Réorganisation des équipes de travail afin d'améliorer la stabilité au Centre d'hébergement Bellerive;
- Développement et consolidation du guichet d'accès en réadaptation physique.

Direction du regroupement de clientèles DITED



* Absente

Équipe de gestion

Michel Léveillé	Adjoint à la direction
Béatrice Guay	Chef de programme Services enfance-jeunesse DITED et adultes TED, RAC Prader-Willi
Roger Brassard	Chef de programme Services spécialisés TGC
Isabelle Gaudin	Adjointe administrative
François Fontaine	Chef de programme (Est) Personnes adultes, personnes âgées et intégration au travail
Martine Boulianne	Chef de programme RNI - volet administratif
Andrée Deschênes	Directrice
Pierre Morin	Coordonnateur des services professionnels et au développement (par intérim)
Pascale Beaulieu	Chef de programme RNI - volet clinique
Stéphane Girard	Chef de programme Personnes multihandicapées
Sébastien Lepage	Chef de programme (Ouest) Personnes adultes, personnes âgées et intégration au travail (par intérim)
Isabelle Guay *	Coordonnatrice des services professionnels et au développement (en congé de maternité depuis juillet 2010)
Véronique Piuze *	Chef de programme (Ouest) Personnes adultes, personnes âgées et intégration au travail (en congé de maternité depuis novembre 2010)

Objectifs de la direction

La DRC DITED offre des services d'adaptation et de réadaptation à une clientèle qui présente une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Ces services sont donnés par le biais de différents programmes spécialisés (troubles graves du comportement, enfance-jeunesse, troubles envahissants du développement, personnes âgées, personnes multihandicapées et intégration au travail) qui couvrent l'ensemble des domaines des besoins de la personne. En outre, la DRC DITED assure la gestion des RNI pour toutes les clientèles desservies par le CSSS.

Réalisations de la direction en lien avec le Plan d'action 2010-2013

Objectif /cible 1 : Consolider le développement du SIPAD

- Au total 56 écrans sur une possibilité de 80 sont déployés (70 %);
- Les modèles de rapports sur les HPS et sur le niveau de réalisation des PI ont été proposés;
- Le formulaire sur la trajectoire lors d'hospitalisation est élaboré;
- Des formations et du soutien sont offerts régulièrement.

Objectif /cible 2 : Assurer le rehaussement des compétences cliniques des intervenants

- Révision du rôle de l'éducateur;
- Mise en place de journées professionnelles (trois journées professionnelles se sont tenues);
- Réalisation de formations spécialisées (environ 300 participants);
- Réalisation du Cahier de l'éducateur spécialisé.

Objectif /cible 3 : Actualiser la structure organisationnelle

- Mise en place de la nouvelle structure en lien avec les orientations de la FQCRDITED;
- Réorganisation du travail des agentes administratives.

Objectif /cible 4 : Poursuivre l'implantation des guides de pratiques et la spécialisation par programme

- Rédaction du guide « Accueil, évaluation, orientation » en collaboration avec la DSSC;
- Un premier document de travail est en rédaction sur le processus clinique;
- Mise en place d'un comité sur l'avenir des services aquatiques et le développement de l'approche sensorielle dans le cadre du guide de pratique pour les personnes polyhandicapées;
- Des travaux sont entrepris afin de mettre en place une équipe de soutien aux situations complexes en lien avec le guide *Troubles graves du comportement*.

Objectif /cible 5 : Assurer l'actualisation du parc résidentiel

- Révision du continuum de soins et services en RAC ;
- Démarches pour obtenir une dérogation concernant les nouvelles normes environnementales.

Objectif /cible 6 : Consolider et améliorer nos partenariats

- Rencontres de concertation avec nos partenaires des autres directions;
- Identification, en collaboration avec la DSSC, du partage des responsabilités des services de première et de deuxième ligne en DI et TED ;
- Relance du Projet clinique DITED avec les partenaires et mise à jour du plan d'action;
- Rencontres régulières avec les représentants des ressources non institutionnelles (RESSAQ-CSD);
- Liens consolidés avec les représentants du Curateur public.

Objectif /cible 7 : Favoriser le développement et le transfert des compétences dans la direction

- Programmation des huit midis-conférences;
- Préparation (en cours) d'un plan d'accueil pour les nouveaux intervenant.

Objectif /cible 8: Assurer une visibilité de la DITED dans l'établissement et au niveau provincial

- Présentations dans le cadre de colloques (CQA, SQETGC) ;
- Activités dans le cadre de la semaine de la DI (avec le RISC, l'association ALTI et le comité des usagers).

Autres réalisations de la direction

- Finalisation de la désinstitutionnalisation avec l'ouverture de la RAC Racine ;
- Ouverture de la RAC Prader-Willi qui a une vocation suprarégionale;
- Optimisation de différents processus (transports des usagers, utilisation des voitures de services);
- Obtention de la mention d'honneur du réseau de la santé et des services sociaux, dans la catégorie Personnalisation des soins et des services, pour la Résidence à assistance continue spécialisée de Saint-Placide;
- Préparation d'une soirée reconnaissance pour les RNI.

Direction des ressources humaines



* Absente de la photo

Équipe de gestion

Guy Tremblay	Chef de service - Relations de travail, Services santé et Avantages sociaux
Claude Rainville	Chef de service - Relations de travail, Services santé et Avantages sociaux
Philippe Couture	Chef de service - Activités de remplacement, Formation, Dotation, Embauche
Josée Rioux	Chef de service - Prévention SST, Santé au travail et Projets spéciaux
Donald Caron	Chef de service - Gestion des équipes volantes
Murielle Bluteau	Service de pastorale
Bernard Thivierge	Service du bénévolat
Pierre Lachance	Directeur
Cynthia Tremblay*	Coordonnatrice administrative
Cathy Verreault*	Adjointe administrative

Objectifs de la direction

- Création d'un service de gestion des ressources humaines bénévoles;
- Intégration du service de pastorale et du service de gestion des ressources humaines bénévoles à la Direction des ressources humaines avec l'élaboration d'un plan d'action visant la cohérence des services offerts par les ressources humaines bénévoles dans les différentes installations et l'identification des besoins en ressources bénévoles pour combler les besoins actuels et évolutifs de la clientèle hébergée ou hospitalisée pour une courte période;

- Élaboration et adoption d'un plan d'action pour la mise en place d'un nouveau service de communication qui répondra aux besoins internes et externes de l'organisation que cela soit en positionnement public, en mobilisation du personnel, sur les enjeux de la main-d'œuvre ainsi qu'en diffusion et en communication des informations et en cohérence avec le projet de redéploiement;
- Participation du service de gestion de la prévention au travail à un comité aviseur pour la mise en place d'un projet pilote visant l'implantation d'un système de management en SST dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et dont les travaux se terminaient en janvier 2011. Par la suite, adhésion à une communauté apprenante pour une période de trois ans, composée de 15 établissements de santé afin d'adapter et d'implanter les différents éléments du SMSST avec l'aide de l'AQESSS;
- Poursuite du processus d'identification et d'évaluation des risques en santé et sécurité au travail dans différents secteurs d'activités;
- Mise en œuvre d'un projet d'implantation de garderie dans l'objectif de donner accès à court terme, à un service de garde aux employés du CSSS de Charlevoix principalement pour répondre aux besoins de garde pour le personnel sur des horaires atypiques;
- Participation à des comités de travail régionaux dans le cadre du projet d'optimisation des ressources et d'amélioration continue en ressources humaines dans le but de favoriser une utilisation efficace et efficiente de la main-d'œuvre, tout titre d'emploi confondu, que l'on retrouve dans une direction des ressources humaines;
- Démarche d'élaboration d'un programme de mise à niveau et de développement des compétences pour le personnel d'encadrement et adoption par le comité exécutif de l'AGESSS;
- Participation ou contribution à différents comités de pilotage dans le cadre du projet de relocalisation et de redéploiement;
- Finalisation du dossier de l'équité salariale comprenant tout le calcul et les versements relatif à l'équité salariale;
- Élaboration d'une trousse en gestion de projet pour outiller les gestionnaires;
- Rédaction d'un rapport d'analyse d'effectifs dans le cadre de l'application du programme d'accès à l'égalité à l'emploi;
- Réalisation d'une passerelle DEP-DEC pour les infirmières auxiliaires qui voudraient poursuivre leurs études en soins infirmiers pour l'obtention d'un diplôme d'études collégiales, en partenariat avec la Commission scolaire de Charlevoix, le Centre d'études collégiales en Charlevoix et le Centre local d'emploi;
- En collaboration avec la Direction des ressources financières et informationnelles, finaliser le déploiement d'un système informatique de gestion intégré des activités de ressources humaines et paie, générant entre autres, une feuille de temps électronique pour l'ensemble des employés;
- Stabiliser les expertises et amélioration de la qualité de vie au travail en offrant des horaires prédéfinis au personnel exprimant de la disponibilité sur la liste de rappel (employé de bureau et professionnel de la santé);
- Actualisation de la nouvelle structure de la Direction des regroupements de clientèles DITED
- Réalisation d'une cohorte en entretien général d'immeuble en partenariat avec la Commission scolaire de Charlevoix;
- Dans un contexte d'attraction du personnel, participation active en milieu scolaire afin de sensibiliser la relève au défi que peut leur offrir le secteur de la santé et des services sociaux;
- Réalisation de plus de 180 embauches pour l'année 2010-2011.

Direction des services techniques



* Absent(e) de la photo

Équipe de gestion

Louis-Paul Gauvin	Directeur et coordonnateur local en sécurité civile sociosanitaire
Noémie Boulianne	Chef du service alimentaire
Vaughn Boies	Chef du service d'entretien et fonctionnement des installations
Jean Maltais	Chef du service hygiène et salubrité
Louise Préfontaine	Chef du secteur Ouest hygiène et salubrité
Isabel Gauthier	Adjointe administrative
Gilles Robin	Chef du secteur Ouest alimentation
Jean-François Maltais	Chef du secteur Est hygiène et salubrité
Richard Tremblay *	Chef du service sécurité et télécommunications
Francine Fortin*	Coordonnatrice de projet
Julie Tremblay*	Chef du service alimentaire

Objectifs de la direction

Pour l'année 2010-2011, outre les opérations quotidiennes, la direction des services techniques a été particulièrement sollicitée dans le dossier parasismique des deux hôpitaux du CSSS de Charlevoix. Le rôle de la direction était plus particulièrement au niveau de la réalisation des différentes études, préparation de plans et devis pour l'Hôpital de La Malbaie, participation à différents comités dans le projet Santé Charlevoix-Bâtir ensemble (tripartite et pilotage).

Réalisations de la direction

- Réalisation des études parasismiques des deux hôpitaux (étude dynamique des sols, étude de risques - hôpital de Baie-Saint-Paul, étude de caractérisation du roc – hôpital de La Malbaie);
- Mise en place de la politique alimentaire au CSSS de Charlevoix;
- Rehaussement de nombreux équipements médicaux et non médicaux dans le cadre des plans triennaux (PEM et PCNM 2010-2013);
- Réalisation de nombreux projets de rénovation dans le cadre du plan triennal (PCFI 2010-2013).

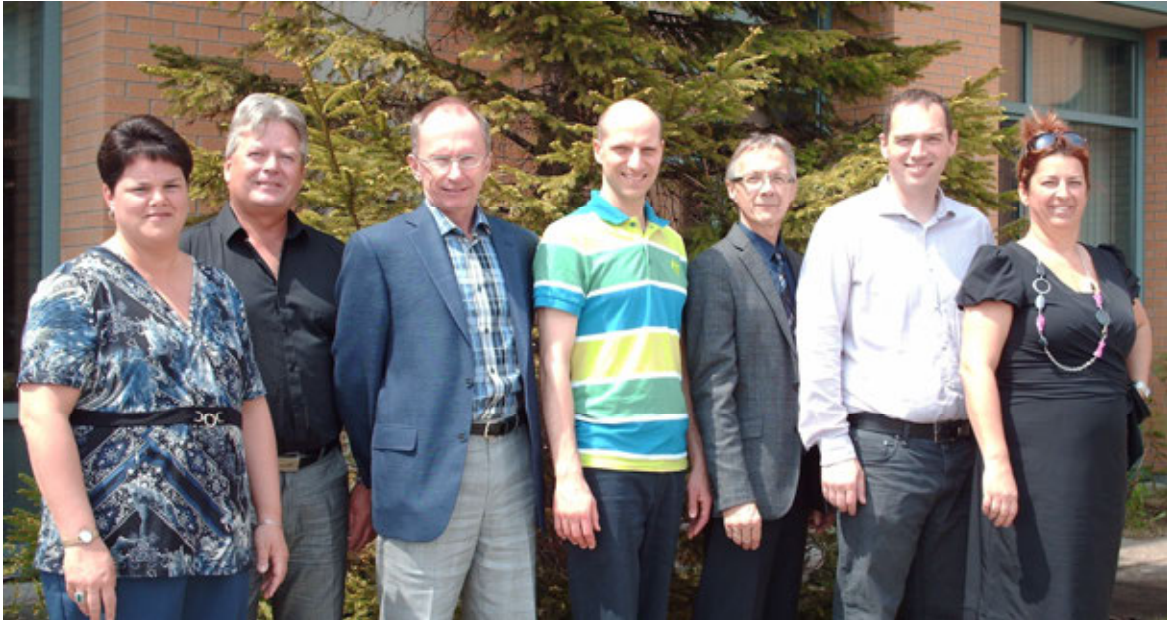
Hôpital de La Malbaie

- Réalisation des plans et devis pour la réhabilitation parasismique de l'hôpital de La Malbaie (incluant le remplacement des fenêtres des blocs A et B).

Hôpital de Baie-Saint-Paul

- Mise aux normes de la pharmacie et construction de deux chambres d'isolement respiratoire;
- Démolition de quatre galeries extérieures de l'aile A

Direction des ressources financières et informationnelles



Équipe de gestion

Chantale Lévesque

Gaston Dassylva

Marc Audet

Simon Dufresne

Antonin Racine

Jean-François Pérusse

Barbara Dallaire

Adjointe administrative

Conseiller cadre

Directeur

Coordonnateur du secteur du budget, statistiques et analyse

Chef du service des approvisionnements par intérim

Chef du service des ressources informationnelles

Coordonnatrice du secteur des opérations financières

Objectifs de la direction

- Améliorer nos services de support en approvisionnement, en gestion financière et en gestion des technologies de l'information;
- Documenter et optimiser nos processus portant sur la gestion des approvisionnements et la gestion des ressources financières;
- Optimiser notre infrastructure technologique et poursuivre la réalisation des activités prévues à notre plan directeur de la sécurité des actifs informationnels.

Réalisations de la direction

- Achèvement d'un projet visant l'optimisation de la logistique des transports de marchandise et de la messagerie au CSSSC;
- Réalisation et publication de deux appels d'offres pour l'implantation de places d'hébergement pour des ressources non-institutionnelles;
- Réalisation et publication de l'appel d'offres pour la réhabilitation parasismique de l'Hôpital de La Malbaie;
- Décentralisation de l'approvisionnement des produits divers de laboratoire;
- Élaboration du Règlement sur la délégation de signature de certains actes, documents ou écrits d'un établissement;
- Actualisation de la Politique de remboursement des frais de déplacement, de séjour et de représentation;
- Documentation des processus reliés à la gestion des comptes à recevoir et au traitement de la paie;
- Révision de la conformité aux exigences fiscales de nos opérations financières;
- Production de différentes analyses à caractère financier en support à des projets d'optimisation ou de transformation soumis par les directions du CSSSC;
- Intensification des activités de suivis budgétaires par un support accru fourni aux gestionnaires;
- Révision de la conformité aux normes et pratiques de gestion de nos unités de mesure;
- Mise en place d'une infrastructure technologique virtuelle permettant entre autres de réduire les coûts de maintien des infrastructures technologiques;
- Migration du réseau informatique RTSS vers le RITM;
- Remplacement d'équipements informatiques et rehaussement de notre infrastructure technologique afin de consolider la sécurité de nos actifs informationnels;
- Contribution au projet de redéploiement des services de santé sur le territoire de Charlevoix « Santé Charlevoix – Bâtir ensemble »
- Contribution significative au déploiement de nouveaux systèmes d'information (Magistra, eGAP, GIC, RSIPA, numérisation des ordonnances médicales, numérisation des dossiers administratifs et des archives médicales);
- Participation aux comités de travail régionaux portant sur les projets d'optimisation (services financiers, rémunération, approvisionnement et technologies de l'information);
- Participation à différentes tables régionales portant sur les approvisionnements, les ressources financières et les technologies de l'information.

LES ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Ressources humaines			
Assurance-salaire			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
3.1.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées	5,17	5,10	4,84
Commentaire : Cible atteinte.			
Heures supplémentaires du personnel infirmier			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
3.5.1 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	6,78%	6,47%	5,96 %
3.5.2 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	n/a	3.24 %	3,41 %
Commentaire pour l'indicateur 3.5.1 : Cible atteinte.			
Commentaire pour l'indicateur 3.5.2 :			
Le non atteint de la cible s'explique par notre difficulté de recrutement de personnes qualifiées dues à une rareté de main-d'œuvre. C'est le cas par exemple pour les pharmaciens, les technologistes médicaux, les infirmières, etc.			
Main-d'œuvre indépendante			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
3.6.1 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières.	0,0%	0,0%	0,0 %
3.6.2 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires.	n/a	0,0 %	0,0 %
3.6.3 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposées aux bénéficiaires.	n/a	0,0%	0,0 %
Commentaire pour les indicateurs 3.6.1 à 3.6.3 : Cibles atteintes.			

Santé publique			
SIPPE			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.1.12 Proportion de femmes nouvellement inscrites au SIPPE au cours de l'année	96 %	78 %	100 %
Commentaire : Cible atteinte.			
École en santé			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé	100 %	50 %	94 %
Commentaire : Cible atteinte.			

Santé publique			
Vaccin en CSSS			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{ère} dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	50,18 %	75 %	64,77 %
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{ère} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	35,63 %	75 %	47,27 %
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{ère} dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	50,92 %	75 %	65,37 %
<p>Commentaires pour les indicateurs 1.1.14, 1.1.15 et 1.1.16 :</p> <p>Pour rencontrer ces indicateurs, il faut que les enfants soient vaccinés dans un délai maximum d'une semaine au moment idéal prescrit : à 2 mois, 4 mois, 6 mois, 12 mois et 18 mois.</p> <p>Nos cliniques de vaccinations étaient à toutes les semaines à La Malbaie et aux 2 semaines à Baie-St-Paul. Nous avons établi dans le passé ces fréquences selon le nombre d'enfants à vacciner. Ainsi pour la clientèle de l'ouest, il se créait régulièrement un délai de 2 semaines.</p> <p>Nous avons changé l'horaire à Baie-St-Paul à l'automne 2010 pour éviter le non respect des délais puis avons cessé les cliniques à l'Île-aux-Coudres aux mois pour que la clientèle aille à La Malbaie ou à Baie-St-Paul avec une disponibilité à chaque semaine.</p> <p>Nous croyons avec ces changements pouvoir atteindre les cibles à la prochaine année. Naturellement, il restera toujours la clientèle qui néglige leur rendez-vous qui ne nous permettra pas d'atteindre totalement les cibles. Des moyens de contrôle pour cette clientèle sont déjà établis.</p>			

Santé publique**Prévention et contrôle des infections nosocomiales**

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales	2,00	2,00	2,00
1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel-Présence ou non du comité	100 %	100 %	100 %
1.1.18 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré et de contrôle des infections nosocomiales-Présence ou non d'un programme adopté par le conseil d'administration	75 %	100 %	100 %

Commentaire pour les indicateurs 1.1.11 à 1.1.18 : Cibles atteintes.

Services généraux, activités cliniques et d'aide

Services infirmiers et psychosociaux généraux

Indicateurs	Résultats <i>2009-2010</i>	Cibles 2010-2011	Résultats <i>2010-2011</i>
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS	696	273	508
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS	3,50	3,86	2,88

Commentaire pour l'indicateur 1.2.2 : Cible atteinte.

Commentaire pour l'indicateur 1.2.3 :

Nous avons révisé la trajectoire de services psychosociaux ainsi que la contribution de l'AEO dans le programme de santé mentale. Pour assurer l'accès et une réponse immédiate à la demande d'un client, nous avons privilégié que l'AEO se limite à une moyenne de 3 interventions par personne et que les services de 1ère ligne assurent la relève.

Perte d'autonomie liée au vieillissement**Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS.	1 595	1 595	1 469
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	26,82	19,20	27,77

Commentaire pour l'indicateur 1.3.1 :

Le non atteint de la cible s'explique par une clientèle plus lourde et l'absence d'une intervenante sociale pour les périodes 9, 10 et 11. La situation devrait normalement se corriger en 2011-2012.

Commentaire pour l'indicateur 1.3.2 : Cible atteinte.**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et soins d'assistance dans les CHSLD.	3,650	3,131	3,228
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,205	0,167	0,217

Commentaire pour les indicateurs 1.3.3 et 1.3.4 : Cibles atteintes.

Perte d'autonomie liée au vieillissement			
Fin de soins actifs			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
4.1.1 Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée	n/a	6,00	3,59
4.1.2 Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	n/a	6,00	0,00
4.1.3 Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	n/a	6,00	0,00
4.1.4 Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	n/a	6,00	0,00
4.1.5 Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	n/a	6,00	5,09
4.1.6 Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	n/a	6,00	0,01
4.1.7 Nombre moyen de patients en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	n/a	6,00	0,01
Commentaire pour les indicateurs 4.1.1 à 4.1.7 : Cibles atteintes.			
Taux de déclaration			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
4.1.8 Taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS des 75 ans et plus	n/a	5,00 %	5,7 %
Commentaire : Nouvel indicateur pour 2010-2011. Nous ne sommes pas en mesure de fournir les explications nécessaires sur le non atteint de la cible.			

Déficiences physiques			
Services de soutien à domicile en CSSS			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS.	245	265	247
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP).	57,33	19,00	57,55
<p>Commentaire pour l'indicateur 1.4.1 :</p> <p>Le non atteint de la cible s'explique par une pénurie de main-d'œuvre en ergothérapie et en orthophonie amenant des problématiques en termes de personnes rejointes.</p> <p>Commentaire pour l'indicateur 1.4.2 : Cible atteinte.</p>			
Soutien aux familles par allocations directes			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.	28	35	26
<p>Commentaire :</p> <p>Le résultat correspond à celui connu à la période 7. Il n'y a pas de demande en attente. À la suite des réévaluations annuelles, moins d'usagers ont eu besoin de soutien par des allocations directes. De l'information a été diffusée à la population visée quant à la disponibilité de ces services.</p>			
Plan d'accès			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.45.4.1 Respect délais d'accès en CSSS pour les demandes de tous niveaux de priorité et tous âges en DP	n/a	90	n/d
<p>Commentaire :</p> <p>L'information sur le respect du délai d'accès au 31 mars 2011 n'est pas disponible. Toutefois, nous n'avons aucun usager en attente de services. Tous nos usagers ont reçu un ou plusieurs services sans aucun délai d'attente.</p>			

Déficiência intellectuelle et trouble envahissant de développement

Services de soutien à domicile en CSSS

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.5.11 Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS.	138	145	105
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI) ou (TED).	15,28	8,80	21,4

Commentaire pour l'indicateur 1.5.11 :

Variation du nombre d'usagers à desservir. Inscription de nouveaux clients, mais il y a eu fermeture d'autres dossiers étant donné le suivi plus pertinent. Aucun client en attente de services. Pas d'action précise de prévue, car il est peu probable qu'il y ait fermeture de dossiers après la révision récente de tous les dossiers.

Commentaire pour l'indicateur 1.5.12 : Cible atteinte

Soutien aux familles par allocation directe

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une DI ou TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	50	44	52

Commentaires : Le résultat correspond à celui connu à la période 7. Cible atteinte.

Déficiência intellectuelle et trouble envahissant de développement

Plan d'accès

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.45.5.1 Respect délais d'accès en CSSS pour les demandes de tous niveaux de priorité et tous âges en DI-TED	n/a	90	67
1.45.5.5 Respect délais d'accès en CRDI pour les demandes de tous niveaux de priorité et tous âges en DI-TED	n/a	90	63

Commentaire pour l'indicateur 1.45.5.1 :

Certaines demandes en ergothérapie et en orthophonie ont été répondues avec certains délais en raison de la non disponibilité des ressources ou de la surcharge de travail de ces professionnels. Il faut mentionner que nous faisons face à une pénurie de ces spécialistes.

Commentaires pour l'indicateur 1.45.5.5 :

Après vérification des données, nous constatons que sur les 7 demandes à traiter, 5 demandes ont été traitées dans le délai prescrit.

L'arrivée de nouveaux acteurs peut contribuer à expliquer ce dépassement. On réfère au remplacement de la coordonnatrice des services professionnels et à l'arrivée de la professionnelle AEO. Finalement, l'implantation des HPS qui a nécessité beaucoup d'énergie peut aussi contribuer à expliquer les deux retards.

Jeunes en difficulté

Services de première ligne en CSSS

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.6.1 Nombre d'utilisateurs (jeunes et leur famille) rejoins en CSSS	766	650	744
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par utilisateur (jeunes et leur famille) en CSSS	8,88	9,01	8,25

Commentaire pour l'indicateur 1.6.1 : Cible atteinte.

Commentaire pour l'indicateur 1.6.2 :

Cette année nous avons réorganisé les services psychosociaux « jeunes en difficulté » en consolidant le service d'évaluation et d'intervention brève, expérimenté au cours des dernières années. Cette nouvelle façon de faire semble avoir pour effet d'assurer plus rapidement une prise en charge des jeunes et des familles (prévenant ainsi la détérioration des situations) et au besoin l'orientation plus rapide vers les services appropriés dont les services de santé mentale jeunesse etc. Ceci peut avoir eu un impact sur le nombre moyen d'intervention.

Un autre élément ayant pu avoir un impact sur l'intensité de l'intervention fut le recrutement difficile des professionnels en service social. Ainsi, plusieurs congés de maladie court terme n'ont pu être remplacés.

Santé mentale			
Services de première ligne en CSSS			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable communauté adultes (18 ans et +) mesuré par nombre moyen d'adultes ayant reçu des services.	51	57	56
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{ère} ligne en santé mentale en CSSS.	506	568	586
<p>Commentaires pour l'indicateur 1.8.5 :</p> <p>Nous avons rehaussé de 6 personnes le nombre de clients SIV. Le nombre de 56 personnes inscrites au SIV correspond à la demande actuelle de la clientèle.</p> <p>Nous pouvons croire que notre offre de service correspond à la demande actuelle sur le territoire puisque nous n'avons aucune liste d'attente.</p> <p>Commentaire pour l'indicateur 1.8.9 : Cible atteinte.</p>			
État de la liste d'attente services 2e ou 3e ligne (attente >60 jours)			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours.	0	0	0
<p>Commentaire : Cible atteinte.</p>			
Services des urgences			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.	15,06	11,00	8,44
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.	6,43%	10,80%	1,98 %
<p>Commentaire pour les indicateurs 1.8.7 et 1.8.8 : Cibles atteintes.</p>			

Santé physique			
Services des urgences			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.9.1 Séjour moyen sur civière.			
Hôpital La Malbaie	16,91	11,00	21,11
Hôpital Baie-Saint-Paul	9,39	11,00	8,93
Total	13,48	11,00	15,52
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus.			
Hôpital La Malbaie	21,26	11,00	27,97
Hôpital Baie-Saint-Paul	10,68	11,00	10,41
Total	16,54	11,00	20,54
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière.			
Hôpital La Malbaie	6,45%	3,48%	11,08 %
Hôpital Baie-Saint-Paul	0,04%	0,00%	0,05 %
Total	3,53%	2,02%	6,02 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.			
Hôpital La Malbaie	10,31%	5,40%	17,98 %
Hôpital Baie-Saint-Paul	0,17%	0,00%	0,00 %
Total	5,79%	3,10%	10,37 %
<p>Commentaires pour les indicateurs 1.9.1 à 1.9.4 : Depuis un an, nous avons regardé différentes hypothèses pour expliquer ces résultats pour l'hôpital de La Malbaie. L'une d'entre-elle est la gestion des admissions et des départs. Plusieurs patients demeurent hospitalisés alors qu'une concertation adéquate entre les professionnels peut favoriser un retour à domicile mieux organisé et plus rapide. Des discussions entre la Direction des Soins et Services à la clientèle et la Direction des services professionnels ont permis au comité de durée du séjour d'avancer des pistes de solutions. La principale piste fut de modifier les tâches de l'Assistante du supérieur immédiat (ASI) de jour.</p> <p>En effet, en collaboration avec le chef de service, l'ASI a dorénavant un rôle presque exclusivement clinique en avant-midi. Elle doit effectuer un suivi rigoureux de chaque patient hospitalisé ou présent à l'urgence et d'interpeler, au besoin, les différents professionnels. Une seule question pour l'ASI : « Qu'est-ce que le patient a besoin pour son retour à domicile ? ». Pour y répondre, elle travaille en étroite collaboration avec l'infirmière de liaison et la travailleuse sociale en suivant un canal de communication adopté par le comité de durée du séjour.</p> <p>La modification des tâches de l'ASI a débuté à la période 13. Depuis, nous avons eu seulement 3 patients avec une présence supérieure à 24 heures à l'Urgence. Deux d'entre eux étaient en attente d'un transfert vers Québec. La gestion des lits est grandement facilitée.</p>			

Santé physique			
Service de soins palliatifs en CSSS			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	119	152	135
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	21,45	16,00	17,48
<p>Commentaire pour l'indicateur 1.9.5 :</p> <p>Aucun client en attente. Toutes les demandes sont traitées par une équipe intégrée CH-CLSC qui nous permet de joindre toute la clientèle.</p> <p>Commentaire pour l'indicateur 1.9.6 : Cible atteinte.</p>			
Volume de chirurgies			
Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	245	282	570
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	673	673	771
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées	288	250	259
<p>Commentaire pour les indicateurs 1.9.13 à 1.9.15 : Cibles atteintes.</p>			

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration de
Centre de santé et services sociaux de Charlevoix

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-5939
www.rcgt.com

Rapport sur les états financiers

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent le bilan du fonds d'exploitation au 31 mars 2011 et l'état des résultats du fonds d'exploitation (activités principales et accessoires) pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et services sociaux de Charlevoix pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2011 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Centre de santé et services sociaux de Charlevoix, pour l'exercice terminé le 31 mars 2011, constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) publiée

par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de Centre de santé et services sociaux de Charlevoix pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2011. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors-cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé pour les exercices 2011 et 2010, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Notre opinion avec réserves est aussi fondée sur le fait que les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation plutôt que comme une location-acquisition conformément à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du *Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés*, « Immobilisations corporelles louées ». L'impact de la non-comptabilisation au fonds d'immobilisations sur l'actif, le passif, le solde de fonds et les résultats pour les exercices 2011 et 2010 n'a pu être déterminé au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre de santé et services sociaux de Charlevoix au 31 mars 2011 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.

Québec

Le 21 juin 2011

¹ Comptable agréé auditeur permis n° 7461

LES ÉTATS FINANCIERS

LES RÉSULTATS FINANCIERS

Fonds d'exploitation – État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2011

Activités principales	Exercice courant 2010-2011	Exercice précédent 2009-2010
Revenus		
Agence et MSSS	79 869 472	78 056 463
Usagers	7 237 023	7 237 270
Ventes de services	627 987	440 505
Recouvrements	368 452	359 864
Autres revenus	79 435	69 397
Total	88 182 369	86 163 499
Charges		
Salaires	42 222 292	42 199 963
Avantages sociaux	11 887 239	11 145 463
Charges sociales	6 417 554	6 151 103
Médicaments	2 389 114	1 970 201
Produits sanguins	783 809	835 357
Fournitures médicales et chirurgicales	1 910 539	1 658 336
Denrées alimentaires	945 854	969 343
Créances douteuses	38 993	14 180
Entretien et réparations	633 841	755 521
Autres charges	20 553 281	20 282 292
Total	87 782 516	85 981 759
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités principales	399 853	181 740
Contributions de l'avoir-propre et interfonds :		
Contributions affectées au fonds d'immobilisation	(288 004)	(164 193)
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités principales après les contributions de l'avoir propre et interfonds:	111 849	17 547

Activités accessoires	Exercice courant	Exercice précédent
Revenus		
Agence et MSSS	399 993	(5 632)
Autres	0	315 483
Revenus commerciaux	281 874	250 456
Revenus d'autres sources et revenus non-répartis	5 632	(5 632)
Total	687 499	554 675
Charges		
Salaires	254 540	202 252
Avantages sociaux	48 092	33 410
Charges sociales	41 975	35 687
Autres charges	284 773	226 085
Total	629 380	497 434
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires	58 119	57 241
Contributions de l'avoir-propre et interfonds (au net):		
Fonds d'immobilisations	(46 860)	(46 860)
Fonds de stationnement	(5 627)	(10 381)
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires après les contributions de l'avoir-propre:	5 632	0
Total du fonds d'exploitation (Activités principales et activités accessoires)		
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) du fonds d'exploitation	457 972	238 981
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) du fonds d'exploitation après les contributions de l'avoir-propre et interfonds:	117 481	17 547

Fonds d'exploitation - Bilan

Exercice terminé le 31 mars 2011

	Exercice courant 2010-2011	Exercice précédent 2009-2010
Actif		
À court terme		
Encaisse	1 885 012	2 593 551
Débiteurs-Agence et MSSS	2 702 190	534 533
Autres débiteurs	2 060 288	2 267 937
Charges payées d'avance	306 314	338 695
Stocks	1 627 808	1 638 550
Total de l'actif à court terme	8 581 612	7 373 266
À long terme		
Subvention à recevoir – Réforme comptable	6 794 197	6 728 821
Autres éléments d'actif	85 663	86 167
Total de l'actif	15 461 472	14 188 254
Passif		
À court terme		
Autres créditeurs	14 938 125	15 124 438
Dettes interfonds	83 786	97 777
Revenus reportés (activités principales)	112 793	158 461
Revenus reportés (activités accessoires)	52 675	87 127
Total du passif à court terme	15 187 379	15 467 803
À long terme		
Autres éléments du passif	148 457	121 125
Total du passif	15 335 836	15 588 928
Solde de fonds	125 636	(1 400 674)
Total du passif et du solde de fonds	15 461 472	14 188 254

**APPLICATION DU CHAPITRE I
DU PROJET DE LOI N° 100 (2010, CHAPITRE**

Application du chapitre I du projet de loi n° 100 (2010, chapitre 20)

Réduction de 25 % des dépenses de publicité, de formation et de déplacement

Le CSSS de Charlevoix avait une cible de réduction des dépenses administratives (publicité, frais de formation et de déplacement) de 436 743 \$. Par rapport à l'exercice 2009-2010, les dépenses de publicité, de recrutement de personnel et de frais de déplacement des secteurs administratifs ont été réduites respectivement de 6 694 \$ (47,3%), 12 411 \$ (27,4 %) et 13 309 \$ (17,4%). En ce qui a trait aux dépenses de congrès, les coûts n'ont pu être réduits compte tenu du niveau minimal des charges. Pour les dépenses de formation, celles-ci étaient déjà à un seuil minimal étant donné que le CSSS de Charlevoix se doit de respecter les obligations conventionnées et de consacrer minimalement 1 % de sa masse salariale à la formation. Afin d'atteindre la cible de réduction attendue et de maintenir l'équilibre budgétaire, le CSSS de Charlevoix a mis en place des mesures compensatoires, notamment la réduction des honoraires professionnels des services administratifs pour un montant de 277 399 \$ (37,7 %).

Réduction du personnel administratif

La cible de réduction fixée à l'égard de la réduction du personnel administratif était de 54 174 \$; en considérant un taux horaire moyen de 31 \$ l'heure, cela correspondait à une réduction de 1 748 heures travaillées. En 2009-2010, 103 229 heures ont été travaillées par le personnel administratif pour un montant de 3 216 349 \$ en salaires. En 2010-2011, en excluant les heures travaillées et les salaires additionnels attribuables au dossier parasismique, 100 842 heures ont été travaillées pour un montant de 3 093 883 \$ en salaires. Les réductions ont donc été de 2 387 heures travaillées et de 122 486 \$ en salaires, ce qui dépasse la cible de réduction attendue.

STATISTIQUES OPÉRATIONNELLES

Statistiques opérationnelles

	2009-2010	2010-2011
Activités hospitalières		
Lits dressés	77	79
Jours présence CH	21 776	22 827
Taux d'occupation courte durée	80,27%	80,00%
Bloc obstétrical (accouchements)	221	* 185
Durée moyenne de séjour en soins généraux et spécialisés	9,75	** 11,00
Unité de psychiatrie (jours présence)	1 420	1 412
Durée moyenne de séjour soins psychiatriques	22,19	*** 17,00
Pharmacie hospitalisés (jours présence)	22 784	22 827
Consultations à l'urgence (visites)	37 436	38 070
Consultations externes spécialisées (visites)	20 038	20 161
Endoscopie (examens)	1 010	1 093
Bloc opératoire (usagers)	3 161	**** 3489
Chirurgie d'un jour (usagers)	1 334	***** 1 658
Hôpital de jour en santé mentale (usagers)	109	104
Centre de prélèvements (procédures)	68 171	73 486
Examens de laboratoire (procédures pondérées)	600 050	588 464
Physiologie respiratoire (unité techn. prov.)	87 030	*****98050
Électrophysiologie (unité tech. prov.)	191 444	193 167
Mammographie (unité tech. prov.)	78 560	71 640
Tomodensitométrie (unité tech. prov.)	104 706	110 307

* 2009-2010 a été une année record en cette matière. Il s'agit donc d'un retour à un niveau plus standard.

** Augmentation en lien avec la pénurie de lit en longue durée. Les usagers demeuraient donc plus longtemps en courte durée.

*** Cela dépend de la nature des cas.

**** Augmentation en lien avec un meilleur suivi des listes d'attente, une amélioration des processus et l'incertitude reliée à la relocalisation de l'hôpital de Baie-St-Paul.

***** Augmentation en lien avec la hausse des chirurgies en ophtalmologie. L'offre de service a été augmentée.

***** Augmentation en lien avec une meilleure utilisation des inhalothérapeutes et à l'utilisation d'achat de service.

	2009-2010	2010-2011
Activités en réadaptation physique		
Audiologie (HPS)	521	496
Orthophonie (HPS)	719	737
Physiothérapie (HPS)	8 268	8 983
Ergothérapie (HPS)	2 254	* 3 130

* Augmentation temporaire des effectifs afin de réduire les listes d'attente.

	2009-2010	2010-2011
Activités en centre d'hébergement		
Lits dressés	225	226
Jours présence hébergement	81 985	81 141
Centres de jours perte autonomie (présences)	4 983	5 474
Taux d'occupation hébergement	103,99%	100,00%
Pharmacie hébergés (jours présence)	81 985	81 141

	2009-2010	2010-2011
Activités santé communautaire (CLSC)		
Services de santé courants (visite)	11 977	* 13 385
Aide à domicile (usagers)	465	459
Services psychosociaux (usagers)	693	** 338
Services psychosociaux SAD (usagers)	847	781
Services scolaires (usagers)	1 101	*** 887

* Augmentation en lien avec une révision de la ventilation des activités entre ce secteur et celui de la médecine de jour.

** Diminution en lien avec une modification de la répartition des usagers entre les services psychosociaux et les services sociaux.

*** Diminution en lien avec le moment de la deuxième vaccination scolaire. Comme elle s'est réalisée en mai 2011, soit après la fin de l'exercice, le nombre d'usagers a diminué.

	2009-2010	2010-2011
Activités clientèle DITED		
Internat (jours présence)	6 595	* 930
Centre d'activités de jour (jours présence)	53 883	49 138
Ateliers de travail (présences)	16 307	15 066
Support stages en milieu de travail (présences)	17 007	16 994

* Diminution en lien avec la réalisation de la désinstitutionalisation.

RAPPORT DES FONDATIONS

RAPPORT DES FONDATIONS

Fondation Hôpital de Baie-Saint-Paul

Pour l'exercice 2011-2012, l'objectif de la Fondation est de mettre à la disposition du CSSSC un montant de 100 000 \$. Cet argent sera entièrement consacré à l'achat de nouveaux équipements.

La direction de la Fondation entend consolider ses activités afin de poursuivre sa mission en soutenant l'amélioration des soins de santé à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul.

En ce sens, dès l'automne 2011, la Fondation entend mettre sur pied un programme de Fonds de dotation afin d'assurer la pérennité de l'organisation et d'envisager des revenus à long terme.

Faits saillants

- Le conseil d'administration s'est réuni à six reprises en cours d'année;
- Quant à lui, le comité organisateur du 10^e tournoi de golf annuel s'est rencontré cinq fois sous la présidence d'honneur des Petites Franciscaines de Marie. Cette importante activité a permis d'amasser un montant de 62 553 \$ grâce à la participation d'une quarantaine de bénévoles dévoués à la cause de la Fondation;
- La campagne annuelle des ami(e)s de la Fondation, qui s'est déroulée au printemps 2010, a permis de recueillir la somme de 20 702 \$ destinée à l'achat d'instruments d'ophtalmologie;
- Pendant l'année financière 2010-2011, la Fondation a financé l'achat d'équipement pour l'Hôpital, et ce, pour un montant de 155 610 \$, soit : un microscope, une perceuse transosseuse, un système de monitoring et de télémétrie, un système antifugue, un matelas réducteur de pression, trois chaises de bain penchées et une balance pour résidents en fauteuil roulant;
- Grâce au Fonds santé enfant-ado et à son volet DI-TED, la Fondation a financé pour 7 435 \$ d'équipement aidant les organismes et le CSSS qui travaillent à la santé des jeunes. À ce chapitre, la Fondation soutient les bénévoles et encadre l'organisation de plusieurs activités de financement destiné aux enfants DI-TED;
- La Fondation a également reconduit et bonifié le « Fonds d'aide matériel aux personnes en situation précaire », administré par le Centre communautaire Pro-Santé qui dispose maintenant d'un budget annuel de 9 000 \$.

Fondation du Centre hospitalier Saint-Joseph de La Malbaie

Voilà maintenant 25 ans que la Fondation poursuit son œuvre au nom de la santé pour la communauté. Au fil des ans, elle a su asseoir sa crédibilité et gagner la confiance de ceux et celles qui sont indispensables à l'accomplissement de sa mission : ses donateurs, ses partenaires.

Cette belle histoire d'engagement et de générosité a permis à la Fondation d'appuyer l'Hôpital de La Malbaie dans la réalisation de nombreux projets essentiels à l'amélioration des soins de santé, à travers les divers services offerts par l'Hôpital.

Faits saillants

- Le 25^{ème} tournoi de golf de la Fondation, qui s'est tenu le 11 juin 2010, a connu un succès sans précédent en récoltant la somme de 185 000 \$;
- La Campagne annuelle de la Fondation 2010, a dépassé l'objectif qu'elle s'était fixé en atteignant plus de 48 000 \$;
- La Campagne « Mieux Consommé » mise sur pied par Hydro Québec, a permis à la Fondation d'obtenir une somme de 74, 730 \$;
- En plus de doter l'Hôpital de La Malbaie d'équipements médicaux, la Fondation investit également dans la sécurité des usagers de l'hôpital, par le biais de l'acquisition du système anti-fugue, qui a été installé au quatrième étage. Le montant de ce système s'élève à 15 000 \$.

Fondation Carmel-Roy

La Fondation Carmel-Roy est dédiée au maintien et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes hébergées ainsi que celles fréquentant le centre de jour le Rive-Age, clientèle de Charlevoix-Est.

Faits saillants

- La Fondation a réitéré ses activités de financement habituelles : brunch à Saint-Siméon, tournoi de petites quilles, sollicitation des commerçants et de la population et dons in memoriam;
- L'exercice financier a débuté avec un montant d'avoires de 17 500,00 \$ et s'est terminé avec un montant de 27 750,00 \$, soit un surplus de 10 250,00 \$;
- La Fondation n'a pas fait de don supplémentaire, mais a contribué aux différents comités de bénévoles en octroyant un montant pour l'organisation des fêtes (Noël, Pâques, Fête des Mères, Fête des Pères, Halloween et Saint-Valentin);
- La Fondation a aussi remis plus de 6 000 \$ pour l'achat des cadeaux de Noël aux résidents et aux clients du centre de jour.

Nous remercions toutes les personnes qui ont appuyé la Fondation pendant l'année ainsi que les membres du conseil d'administration pour leur implication. Un merci spécial aux bénévoles du brunch de Saint-Siméon et à Mme Fernande Lévesque pour le tournoi de petites quilles.

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

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

Le CSSS de Charlevoix a adopté un code établissant les devoirs et obligations des membres du conseil d'administration en matière d'éthique et de déontologie. Ce règlement a été revu et adopté par le conseil, lors de sa séance régulière du 11 juin 2009.

L'exercice 2010-2011, aucun manquement n'a été constaté au code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration concernant les devoirs et obligations des administrateurs.

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

JUIN 2009

Dispositions générales

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

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
2. Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en oeuvre des orientations générales de l'établissement;
3. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;
4. Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis;
5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;
6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;
7. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;
8. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
9. La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération;
10. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions, lorsque ceux-ci sont à huis clos.

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 des 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 ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;
2. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;
3. Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;
4. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

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 prévue 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 la formule contenue à l'annexe 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:
 - a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchuées de charge.

Document accepté à l'assemblée du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix, le 11 juin 2009.

Original lu et signé par Mme Diane Truchon-Mailloux, présidente et M. Guy Thibodeau, directeur général et secrétaire du conseil d'administration du CSSS de Charlevoix



SECRÉTAIRE

ANNEXE A

ENGAGEMENT PERSONNEL

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

« Je déclare sous serment que je remplirai mes fonctions avec honnêteté, impartialité et justice. De plus, je déclare sous serment que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement confidentiel dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions. »

Signature

Date

ANNEXE B

**SERMENT OU AFFIRMATION DE DISCRÉTION
DE TOUTE PERSONNE CHARGÉE DE FAIRE ENQUÊTE**

Je, (membre du conseil d'administration), déclare sous serment que je remplirai mes fonctions avec honnêteté, impartialité et justice. De plus, je déclare sous serment que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement confidentiel dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

Signature

Date

(Nom d'un témoin), permis #

Date

ANNEXE I
RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

	2010-2011	2009-2010
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		
Personnel cadre (en date du 31 mars) :		
Temps complet, nombre de personnes	52	53
Temps partiel :		
Nombre de personnes	7	5
Équivalents temps complet	5	3
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	1	0
Personnel régulier (en date du 31 mars) :		
Temps complet, nombre de personnes	601	603
Temps partiel :		
Nombre de personnes	241	232
Équivalents temps complet	133	131
Personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	1	4
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	650 945	520 642
Équivalents temps complet	344	274

LISTE DES ACRONYMES

ACLS	Advanced Cardiac Life Support
ASI	Assistante du supérieur immédiat
C. difficile	<i>Clostridium difficile</i>
CAJ	Centre d'activités de jour
CECI	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CH	Centre d'hébergement
CHA	Centres hospitaliers affiliés
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre hospitalier de soins longue durée
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec (Hôpital Saint-François-d'Assise, Hôtel Dieu de Québec, Centre hospitalier de l'Université Laval)
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CJQ	Centre jeunesse de Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPE	Centre de la petite enfance
CRDIQ	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
CRUV	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CSC	Commission scolaire de Charlevoix
DRCDITED	Direction du regroupement de clientèles en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
GIC	Gestion informatisée de la chirurgie
GMF	Groupe de médecine familiale
HPS	Heure de prestation de service
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCEM	Plan de conservation des équipements médicaux
PCENM	Plan de conservation des équipements non médicaux
PCFI	Plan de conservation des fonctionnalités immobilières
PEM	Plan d'effectifs médicaux
POR	Pratique organisationnelle requise
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RAC	Résidence avec assistance continue
RESSAQ-CSD	Regroupement des ressources résidentielles adultes du Québec-affilié avec la Centrale des syndicats démocratiques
RIS	Ressource intermédiaire spécialisée
RLS	Réseau local de service
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
SIGAGO	Système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
TED	Trouble envahissant du développement
UCDG	Unité de courte durée gériatrique