

Centre de santé et de services sociaux  
des Îles



**Rapport annuel de gestion  
2008-2009**

Adopté par le conseil d'administration le 14 juillet 2009



## TABLE DES MATIÈRES

<b>MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>5</b>
<b>DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS .....</b>	<b>6</b>
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>7</b>
<i>NOTRE GRANDE MISSION .....</i>	<i>7</i>
<i>NOTRE VISION STRATÉGIQUE.....</i>	<i>7</i>
<i>NOS VALEURS.....</i>	<i>8</i>
<i>NOTRE FONDATION.....</i>	<i>8</i>
<i>ORGANIGRAMME.....</i>	<i>9</i>
<b>LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>10</b>
<b>DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES ET PROGRAMMES.....</b>	<b>12</b>
<i>LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX : SERVICES D'ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE.....</i>	<i>12</i>
<i>PROGRAMME DÉPENDANCE .....</i>	<i>12</i>
<i>PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE.....</i>	<i>12</i>
<i>LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX : SANTÉ PUBLIQUE .....</i>	<i>13</i>
<i>PROGRAMME PPAV.....</i>	<i>13</i>
<i>PROGRAMME DITED.....</i>	<i>13</i>
<b>DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS.....</b>	<b>15</b>
<i>CONSEILLÈRE EN SOINS INFIRMIERS ET AUX ACTIVITÉS ADMINISTRATIVES.....</i>	<i>15</i>
<i>PRÉVENTION DES INFECTIONS.....</i>	<i>15</i>
<i>GESTION DES RISQUES.....</i>	<i>16</i>
<i>PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE.....</i>	<i>16</i>
<i>BLOC OPÉRATOIRE, SERVICES AMBULATOIRES ET STÉRILISATION.....</i>	<i>17</i>
<i>PROGRAMME SANTÉ MENTALE .....</i>	<i>18</i>
<i>SERVICE DE 1<sup>È</sup> ET 2<sup>È</sup> LIGNES SANTÉ MENTALE (CLINIQUE EXTERNE DE PSYCHIATRIE).....</i>	<i>18</i>
<b>DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS, HOSPITALIERS ET PROGRAMMES .....</b>	<b>19</b>
<i>MÉDECINE FAMILIALE.....</i>	<i>19</i>
<i>RADIOLOGIE.....</i>	<i>19</i>
<i>PSYCHIATRIE.....</i>	<i>19</i>
<i>ANESTHÉSIE.....</i>	<i>19</i>
<i>CHIRURGIE.....</i>	<i>20</i>
<i>MÉDECINE INTERNE.....</i>	<i>20</i>
<i>PHARMACIE.....</i>	<i>20</i>
<i>PÉRINATALITÉ.....</i>	<i>20</i>
<i>CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES.....</i>	<i>21</i>
<i>RADIOLOGIE.....</i>	<i>21</i>
<i>ARCHIVES.....</i>	<i>21</i>
<i>LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE.....</i>	<i>21</i>
<i>ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX ET SPÉCIALISÉS.....</i>	<i>22</i>
<b>DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES.....</b>	<b>23</b>
<b>DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS .....</b>	<b>24</b>
<i>VOLET FINANCIER.....</i>	<i>24</i>
<i>VOLET INFORMATIQUE.....</i>	<i>25</i>
<i>VOLET BUANDERIE ET ALIMENTATION.....</i>	<i>25</i>
<i>VOLET HYGIÈNE ET SALUBRITÉ.....</i>	<i>25</i>
<i>VOLET SERVICES TECHNIQUES.....</i>	<i>25</i>
<b>ÉTATS FINANCIERS SOMMAIRES .....</b>	<b>26</b>
<i>BILAN AU 31 MARS 2009.....</i>	<i>26</i>
<i>ÉTAT DES RÉSULTATS.....</i>	<i>27</i>
<i>ATTESTATION DES VÉRIFICATEURS.....</i>	<i>28</i>
<b>ENTENTE DE GESTION 2008-2009.....</b>	<b>29</b>
<b>CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>31</b>
<b>CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE .....</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>42</b>
<i>CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS .....</i>	<i>42</i>
<i>CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS.....</i>	<i>45</i>
<i>COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES .....</i>	<i>46</i>
<i>MÉDECIN EXAMINATEUR.....</i>	<i>48</i>
<i>COMITÉ DE RÉVISION.....</i>	<i>49</i>
<i>COMITÉ DES RÉSIDENTS ET COMITÉ DES USAGERS.....</i>	<i>49</i>
<i>COMITÉ D'ÉTHIQUE.....</i>	<i>50</i>
<i>CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE.....</i>	<i>51</i>
<i>ACRONYMES.....</i>	<i>55</i>



## **MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTION GÉNÉRALE**

**AU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,  
AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE  
– ÎLES-DE-LA-MADELEINE,  
À LA CLIENTÈLE ET À LA POPULATION DESSERVIES PAR LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES  
ÎLES (CSSS DES ÎLES)**


C'est le 31 mars 2009 que se terminait l'année financière pour le CSSS des Îles. Cette année fut bien remplie et marquée par la visite des représentants d'Agrément Canada et le départ à la retraite du Directeur général. Entre août 2008 et avril 2009, messieurs Louis Blanchette et Jacques Lévesque ont assuré l'intérim. Nous les remercions de leur contribution au sein de notre organisation. Le choix du comité de sélection pour le poste de directrice générale s'est arrêté sur madame Marie Gibeault qui est entrée en poste en avril 2009.

Au cours de l'année, le conseil d'administration du CSSS des Îles fut saisi de plusieurs dossiers et certains ont connu, au cours de cet exercice, des aboutissements heureux. Nous traiterons dans la section « Les activités de l'établissement » du cheminement des dossiers prioritaires. Ils permettront aux lecteurs de constater leur évolution et le travail effectué.

En terminant, permettez-nous de remercier l'ensemble du personnel clinique et de soutien ainsi que l'équipe médicale pour son dévouement et sa rigueur dans la prestation des soins et des services à la clientèle et à l'ensemble de la population des Îles-de-la-Madeleine.

Nos remerciements à l'équipe de direction et aux cadres pour leur implication et leur contribution à l'atteinte des objectifs de qualité et de sécurité au sein de notre établissement.

Merci à tous nos partenaires et associés, au MSSS, à l'Agence de la santé et des services sociaux Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine. C'est tous ensemble que nous contribuons à offrir les meilleurs soins et services possibles à notre population.

Ensemble, on travaille  
pour ceux qu'on !

Gaston Bourque  
Président du conseil d'administration

Marie Gibeault  
Directrice générale

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

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2008-2009 du Centre de santé et de services sociaux des Îles :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

Marie Gibeault  
Directrice générale

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT



### NOTRE GRANDE MISSION

Pour le mieux-être et la santé de la population des Îles-de-la-Madeleine, **prévenir, guérir, soigner et soutenir** par des interventions, des soins et par la gamme la plus complète de services sociosanitaires et communautaires de **qualité, accessibles, sécuritaires, complémentaires, en continuité** et en lien avec les autres établissements et organismes présents sur le territoire, ainsi qu'avec les services spécialisés et ultra spécialisés régionaux et nationaux.

Le CSSS des Îles est issu de la fusion du CLSC des Îles et du Centre hospitalier de l'Archipel. Les lettres patentes du nouvel établissement furent émises le 30 avril 2004 en conformité avec la loi, à la suite de l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le CSSS des Îles détient quatre missions reconnues par la Loi sur les services de santé et de services sociaux soit :

- Un centre local de services communautaires
- Un centre hospitalier (centre hospitalier de soins généraux et spécialisés)
- Un centre d'hébergement et de soins de longue durée
- Un centre de réadaptation (centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement)

Le CSSS des Îles a la responsabilité d'offrir l'accès aux services et a pour mandat de dispenser des services en lien avec ses missions ainsi que de coordonner le réseau local de services intégrés pour la population du territoire des Îles-de-la-Madeleine. Il a également une responsabilité tout aussi importante en santé publique avec un objectif d'améliorer l'état de santé et de bien-être général de la population. De plus, il s'est doté de valeurs qui situent son personnel et les médecins comme l'actif le plus précieux au sein de son organisation.

### NOTRE VISION STRATÉGIQUE

- Un réseau de services sociosanitaires intégrés
- L'utilisateur au centre de nos préoccupations
- Une lecture stratégique des besoins de la population
- Une approche de partenariat
- Une gamme complète, variée et diversifiée de services permettant d'assurer un niveau optimal d'autosuffisance
- De la promotion de la santé jusqu'au traitement spécialisé
- Des services accessibles, de qualité, sécuritaires et complémentaires, sur la base d'un continuum de services, incluant des corridors de services fiables et viables
- Des orientations axées sur la responsabilisation de la personne face à sa santé et le maintien le plus longtemps possible des personnes dans leur milieu de vie, en référant en dernier recours à l'hébergement institutionnel
- Le réseau de services est une œuvre commune réalisée par des partenaires différents

## NOS VALEURS

- La primauté de l'utilisateur et de ses besoins
- Le concept de l'utilisateur utilisé selon une approche systémique et intégrant la famille et les aidants naturels
- Une gamme de services complète dans un réseau de services intégrés
- Des services de qualité, fiables, sécuritaires et en conformité avec des pratiques professionnelles selon les normes et les critères établis
- Une approche préventive bien intégrée dans l'ensemble des programmes et des services offerts sur la base d'un continuum de services
- Un accès efficace aux services spécialisés et surspécialisés par le biais de corridors de services bien établis
- Une saine gestion des crédits budgétaires dans une perspective d'équilibre budgétaire
- L'intégration des valeurs de responsabilisation individuelle et collective
- Un objectif de qualité de services optimale dans un contexte de ressources limitées
- Une reconnaissance de la très grande importance de la place du personnel et des médecins dans la prestation des services
- Dans un contexte de milieu insulaire et de l'obligation d'être à jour dans les pratiques professionnelles et les services :
  - Favoriser le développement de certains créneaux comme celui de la recherche;
  - Développer des moyens de formation et d'enseignement, en réponse aux besoins des ressources humaines.

### **Le CSSS des Îles en bref**

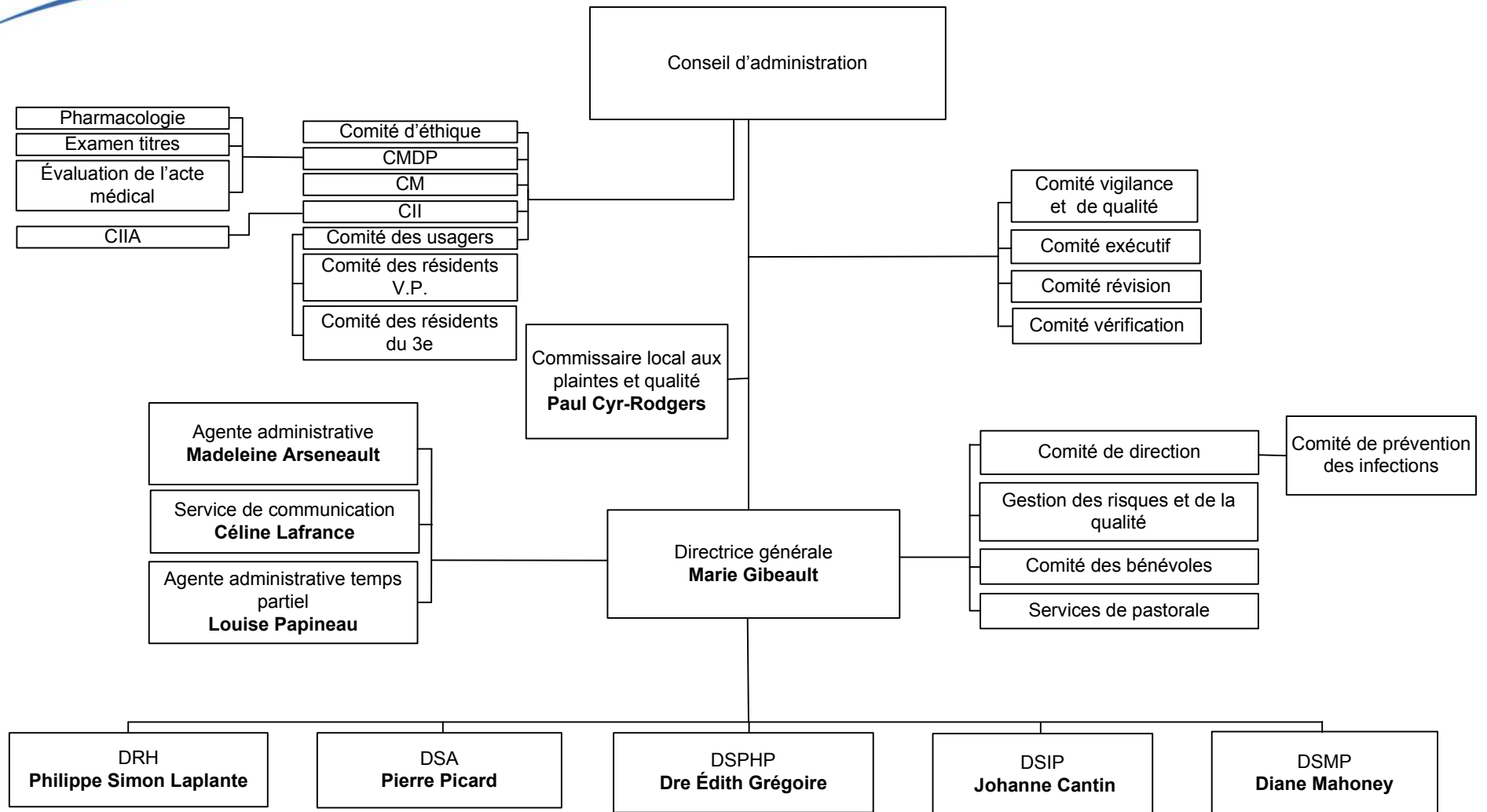
Budget d'exploitation de plus de 38 M\$  
Plus de 365 employés (et plus de 150 personnes sur la liste de rappel)  
22 médecins omnipraticiens  
11 médecins spécialistes aux Îles  
Une soixantaine de médecins spécialistes visiteurs  
7 installations de services différents  
30 lits de courte durée, dont 4 en psychiatrie  
64 lits de longue durée avec des lits de transition  
Population desservie : 13 091 personnes  
et plus de 40 000 visiteurs annuellement,  
particulièrement en période estivale  
Un peu plus de 80 accouchements annuellement  
Espérance de vie des Madeliniennes 82,3 ans (81,1 ans au Québec)  
Espérance de vie des Madelinots 77,4 ans (74,9 au Québec)

## NOTRE FONDATION

La Fondation Santé de l'Archipel, mise sur pied en 1989, a la mission de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé offerts sur le territoire des Îles-de-la-Madeleine, en dotant le Centre de santé et de services sociaux des Îles d'équipements médicaux et de soins infirmiers à la fine pointe du confort, de la sécurité et de la technologie.



# CSSS des Îles (en révision)



## LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

### Démarche d'agrément

Du 27 avril au 1<sup>er</sup> mai 2008, les représentants d'Agrément Canada ont fait une première visite à notre établissement. Beaucoup de points positifs sont ressortis de cette visite : personnel dévoué, dédié, débrouillard et équipe dynamique; excellente connaissance des besoins de la clientèle; accessibilité des services de 1<sup>re</sup> ligne – panoplie de services avec accès rapide; engagement du personnel à l'égard de la prévention des infections – l'équipe hygiène et salubrité impliquée de façon exemplaire; approche du milieu de vie – le flambeau a été pris rapidement et l'approche est implantée; services très centrés sur le client et appréciés; etc.

Bien sûr, nous devons également améliorer plusieurs éléments dont, entre autres, le Programme d'amélioration continue de la qualité; l'intégration de la gestion des risques; la révision des façons de faire (les pratiques) à la lumière des meilleures pratiques pour être à la fine pointe; le processus d'appréciation du rendement et besoins de formation; le plan de développement de la main-d'œuvre; le renforcement des activités de reconnaissance pour le personnel; l'importance que le conseil d'administration prenne acte des efforts qui sont investis en matière de sécurité et de qualité sur le plan global et autres.

À la suite de cette visite, le 16 mars 2009, nous avons reçu un Agrément avec condition. Beaucoup de travail a été entrepris par les équipes-qualité afin de rendre un maximum de normes et de pratiques organisationnelles requises (POR) conformes à une culture de qualité et sécurité des soins et services. Les équipes ont aussi établi des plans d'action, à la suite des recommandations, pour assurer une continuité dans le travail d'amélioration des soins et services.

### Statistiques des résultats d'Agrément

	CONFORMES AU 1 <sup>ER</sup> MAI 2008	NON-CONFORMES	RENDUES CONFORMES	TOTAL CONFORMES	À RENDRE CONFORMES
<b>POR</b>	13	12	10	23	2
<b>Normes</b>	1 479	526 (dont 246 à risque élevé)	136	1 615	390 (dont 110 à risque élevé)

### Plan d'amélioration des services en CHSLD

En 2008-2009, l'équipe de travail en CHSLD a continué son travail d'amélioration des services tant en ce qui concerne la réorganisation du travail, les mesures de contrôle (contentions), le projet milieu de vie, l'alimentation, l'aménagement physique que la décoration. Le conseil d'administration et la Direction générale tiennent à souligner l'engagement des employés qui n'ont pas hésité à faire du bénévolat auprès des résidents pour leur offrir diverses activités.

### Plan d'action local en santé publique

Les activités courantes consignées au plan d'action local en santé publique ont été mises en oeuvre dans leur ensemble par les organismes responsables. De nouvelles activités ont été déployées concernant, entre autres, la prévention des maladies nosocomiales, la prévention des chutes à domicile chez les aînés, une formation sur l'allaitement maternel pour le personnel et les organismes en périnatalité, la prévention des accidents en résidences privées. Le plan local sera revu en 2009-2010 à la lumière du nouveau plan régional en santé publique 2009-2012.

## **Plan local de lutte à une pandémie**

Le plan de lutte à une pandémie d'influenza a fait l'objet d'un suivi constant et de modifications, lorsque requis.

## **Mesures d'urgence**

Rappelons que les Mesures d'urgence de notre établissement regroupent toutes les activités relatives à des situations d'urgence. L'année 2008-2009 a été marquée par quatre activités de simulations sur table, en préparation d'un possible sinistre interne au CSSS des Îles, auxquelles participaient le personnel d'encadrement et plusieurs employés; de plus, nous avons participé à un exercice sur table pour l'aéroport des Îles en prévision d'un sinistre externe et en présence de plusieurs intervenants du milieu.

Une rencontre avec les responsables locaux de sécurité civile de la région 11, l'Agence et les coordonnateurs locaux des CSSS avait pour but d'évaluer le degré de développement de la mission santé dans les CSSS. Des liens continus sont maintenus avec l'Agence de notre région ainsi qu'avec la municipalité des Îles-de-la-Madeleine.

## DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES ET PROGRAMMES

### LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX : SERVICES D'ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

#### Les faits saillants — Enfance-Famille-Jeunesse

- Rédaction de la politique d'allaitement afin d'être certifié « Initiative/Amis des bébés »
- Mise en place et consolidation du comité d'orientation clinique en santé mentale jeunesse
- Réalisation dans les écoles d'activités sur la puberté (Rallye 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle, etc.)
- Activités de groupe dans les écoles primaires et secondaires : habiletés sociales, intimidation, motivation et toxicomanie
- Introduction de la vaccination VPH et Hépatite A-B en 4<sup>e</sup> année et au secondaire
- Poursuite des travaux *Écoles en santé* : 8 écoles sur 9 ont fait l'analyse
- Formation dans le but de débiter l'application de scellant dentaire à l'automne 2009
- Projet prévention physique à l'école St-Pierre (posture, sac à dos, etc.)

#### Les faits saillants — Jeunes en difficulté (JED)

- Mise en place de l'équipe d'intervention jeunesse et élaboration du cadre de fonctionnement
- Appropriation par l'équipe de l'offre de services JED
- Inventaire des services offerts en négligence sur le territoire du CSSS des Îles
- Intervention de groupe avec les parents et les enfants ayant un TDAH (Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité)
- Mise en place de rencontres multidisciplinaires en SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance)

#### Les faits saillants — Clientèle adulte

- Mise à jour de l'offre de services des urgences sociales 24/7 et bonification des ententes avec les partenaires
- Augmentation du taux de consultation de la clientèle masculine (150 en 2007-2008 et 188 en 2008-2009)

#### Les faits saillants — Nutrition

- Formation pour animer le programme *Choisir de maigrir*

#### Les faits saillants — Services de réadaptation

- Travaux de clarification des services d'ergothérapie à offrir en première et deuxième ligne
- Formation de l'orthophoniste à l'évaluation et aux soins reliés de la dysphagie

#### Les faits saillants - Service RNI (ressources non institutionnelles)

- Visite d'appréciation de suivi du MSSS sur la qualité des soins et des services en RNI DITED
- Mise sur pied d'une ressource d'hébergement non institutionnelle pour des personnes âgées en perte d'autonomie légère à sévère à Grosse Île dans le cadre d'un projet pilote

### PROGRAMME DÉPENDANCE

#### Les faits saillants

- Rédaction d'un plan d'action en prévention
- Réalisation d'une série de 11 émissions de radio à CFIM : *Infotox*
- Activités de prévention avant le bal de graduation pour les secondaires V
- Intervention de groupe à l'aide du programme *Une affaire de famille*

### PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE

#### Les faits saillants

- Mise en place d'un réseau de services intégrés

## LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX : SANTÉ PUBLIQUE

### Les faits saillants

- Implantation des réseaux de sentinelles pour jeunes et adultes
- Évaluation et mise à jour des activités du PAL (Plan d'action local)
- Élaboration d'un cadre de référence en organisation communautaire

### PROGRAMME PPALV

#### Les faits saillants – SAD

- Mise en place de rencontres multidisciplinaires et de PSI (plan de services individualisés)
- Consolidation d'une équipe CH en arrimage étroit avec le Guichet unique du SAD (soutien à domicile)
- Adoption et application des critères d'admissibilité au SAD
- Élaboration de procédures concernant les services de soutien à domicile et le prêt d'équipement
- Ententes de services avec les résidences privées et sociocommunautaires et les RNI
- Projet pilote – PIED (programme intégré d'équilibre dynamique)
- Implantation du système GÉBA (Grille d'évaluation des besoins en allocation) pour la gestion des allocations directes
- Implantation d'activités hebdomadaires du service du Centre de jour à Grande Entrée
- Mise sur pied d'un comité de prévention des chutes à domicile chez les aînés

#### Les faits saillants – CHSLD

- Visite d'appréciation de suivi du MSSS sur la qualité des soins et des services au CHSLD
- Regroupement de la clientèle par profil sur les unités et dans les sites
- Consolidation du milieu de vie

#### Volume des activités

	2007-2008	2008-2009
Nombre de lits au permis	72	66
Nombre d'admissions	35	58
Décès	22	37
Jours – présence en longue durée	27 061	27 152
Taux d'occupation	102.69%	112.71%
Ressources de type familial (jours rétribués)	6 023	4 740
Ressources intermédiaires (jours rétribués)	8 187	8 174

### PROGRAMME DITED

#### Les faits saillants

- Implantation du programme *Travail autonome* du Centre de Jour
- Révision des protocoles d'intervention de crise pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle, notamment l'isolement
- Formation de la superviseure clinique en troubles graves de comportement et sur l'utilisation des mesures de contrôle
- Révision de la procédure concernant la gestion des avoirs des usagers en RNI

#### Volume des activités

	2007-2008	2008-2009
Adaptation et soutien		
Nombre de bénéficiaires en DI	86	79
Nombre de bénéficiaires en TED	15	17
Ressources de type familial (jours rétribués)	4 448	4 526
Ressources intermédiaires (jours rétribués)	6 105	6 498
Nombre de présences au Centre d'activités de jour		
Nombre de présences Soutien stages en milieu de travail		

#### ORIENTATIONS 2009-2010

- Restructuration des services SIPPE et de périnatalité
- Développement d'une entente de service avec la Commission scolaire concernant les services offerts par le CSSS des Îles dans les écoles
- Élaboration d'un cadre de référence pour l'*Équipe d'intervention jeunesse*
- Pose de scellant dentaire dans les écoles primaires
- Mise sur pied d'un groupe de rétablissement et de deuil pour adulte
- Mise sur pied de groupes de deuil
- Mise en œuvre du plan d'action en prévention en dépendance chez les jeunes et les adultes
- Déployer le standard de pratique AEOR (Accueil – Évaluation – Orientation – Référence pour les services psychosociaux) pour le mécanisme d'accès DITED et élaborer un mécanisme d'accès avec le CRG (Centre de réadaptation Gaspésie)
- Hiérarchisation des services en DITED (première et deuxième ligne) en collaboration avec l'Agence
- Mise en place d'une équipe spécialisée en troubles graves du comportement
- Développer un service de répit pour la clientèle TED
- Implantation du système SIPAD (système d'information clientèle pour les CRDITED) et formation du personnel
- Soutien au développement et à l'implantation d'un programme de *Québec en forme* sur le territoire des Îles
- Mise en place d'un suivi systématique en soins infirmiers SAD pour la clientèle vulnérable
- Mise en place d'un système de repérage de la clientèle personnes âgées en perte d'autonomie avec l'outil *Prisma 7*
- Mise en place des procédures pour les allocations directes, le prêt d'équipement
- Mise en place du programme *Abus chez les aînés*
- Consolidation du comité soins palliatifs
- Diminution du nombre d'interventions par client en SAD
- Mise en place d'un comité milieu de vie au CHSLD
- Mise en place d'un comité d'analyse des contentions en CHSLD
- Dans le cadre du plan de redressement, révision de l'offre de service des différents programmes de la direction

Diane Mahoney, DSMP

## DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

### CONSEILLÈRE EN SOINS INFIRMIERS ET AUX ACTIVITÉS ADMINISTRATIVES

#### Les principales réalisations

- Encadrement clinique des soins à la clientèle, à la gestion des lits et de l'épisode de soins, à l'orientation et la formation du personnel et aux diverses activités entourant les soins de plaies
- Collaboration au fonctionnement du comité de gestion des risques
- Participation au comité de prévention des infections
- Gestion des rapports AH-223 (456 accidents-incidents) dont 229 chutes, 159 erreurs de médicaments, 68 divers, soit une hausse de 108 par rapport à 2006-2007. À noter que nous enregistrons maintenant les accidents-incidents des RTF-RI, CLSC (37).
- Gestion des lits et de l'épisode de soins : Rencontre 3 fois/semaine avec l'infirmière de liaison CH, CLSC et les chefs de service USC (Unité de soins critiques) et UCD (Unité de courte durée); coordination des admissions, de planification des départs en lien avec le CLSC pour la prestation des soins, ouverture des lits tampons lors du débordement à l'USC
- Rôle conseil auprès du personnel infirmier concernant les soins généraux et particulièrement les soins de plaies, de stomies et suivi de cette clientèle au CSSS ainsi qu'à l'externe
- Planification des formations suivantes
  - Glucomètre Abbott
  - Colloque en santé mentale
  - Allaitement
  - Contentions
  - Soins de plaies
  - Vaccination, PIQ
  - PTI (Plan thérapeutique infirmier)
  - S'approprier son nouveau rôle (UCD)
- Planification de la formation du personnel infirmier dans les différents secteurs de soins, stage en périnatalité à Québec, orientation au bloc opératoire
- Élaboration d'ordonnances collectives
- Participation au CII (Conseil des infirmières et infirmiers)
- Participation à la table régionale des DSI (direction des soins infirmiers) et de la commission infirmière régionale

#### PRÉVENTION DES INFECTIONS

Le service de prévention des infections du CSSS des Îles a réalisé, au cours de l'année 2008-2009, plusieurs actions afin de réduire certaines infections nosocomiales, de prévenir et contrôler les éclosions et pour sensibiliser davantage l'ensemble du personnel à la culture de la prévention des infections. Le comité de prévention des infections s'est réuni à six reprises.

#### Les principales réalisations

- Adoption au C.A. du guide de procédures SARM/ERV
- Adoption au CMDP et au C.A. du protocole de décolonisation SARM
- Mise à jour de la politique G-125 (dépistage du SARM/ERV)
- Élaboration d'une politique pour la vaccination contre l'influenza saisonnière
- Élaboration d'une procédure en cas d'éclosion d'influenza
- Élaboration et diffusion au CA du tableau de bord (trimestriel)
- Rencontre avec le personnel en hygiène et salubrité pour actualiser les concepts *high touch* et *low touch* pour les désinfections quotidiennes et terminales
- Participation au comité de gestion des risques
- Participation à la formation en hygiène et salubrité (Sept heures)

#### Gestion d'éclosion :

SARM : juin 2008 : 4 cas

Gastro-entérite : janvier 2009 : 9 cas

Bilans d'éclosions envoyés à la DSP-G-ÎM

- Actualisation du programme de formation en prévention des infections : un total de 207 personnes formées
- Participation à la campagne de vaccination (saison grippale 2008-2009)
- Participation à la campagne de sensibilisation des infections nosocomiales : TRIPIN-GÎM
- Participation aux chroniques à CFIM (hygiène des mains, hygiène respiratoire, étiquette respiratoire, gastro-entérite)
- Chronique mensuelle dans le bulletin « La Source »
- Participation à la table régionale de prévention des infections nosocomiales

#### **Autres activités réalisées dans le cadre de l'Agrément**

- Rencontres avec l'équipe qualité
- Accueil des visiteurs de l'Agrément
- Élaboration d'un plan d'action opérationnel
- Identification des indicateurs de performance
- Élaboration d'un processus de surveillance des infections de sites chirurgicaux

#### **Nouveaux cas de SARM et C-difficile au CSSS des Îles (2008-2009)**

- SARM : 29 cas
- C-difficile : 9 cas

### *GESTION DES RISQUES*

#### **Principales réalisations**

- Neuf rencontres du comité de gestion des risques
- Mise en place des règlements de fonctionnement du comité de gestion des risques
- Mise à jour des politiques de gestion des risques
- Mise à jour du règlement no 27
- Élaboration du règlement no 28
- Création de nouvelles politiques de gestion des risques
- Réalisation d'une analyse prospective
- Réalisation d'une analyse d'un événement sentinelle
- Élaboration d'un plan d'action en gestion des risques
- Sensibilisation des gestionnaires, du personnel et des médecins à la gestion des risques
- Sensibilisation des responsables des RNI à la gestion des risques
- Mise en place du nouveau formulaire AH-223
- Compilation des données de gestion des risques dans le registre local
- Formation pour les gestionnaires en gestion des risques
- Formation sur le rôle et fonctionnement du comité de gestion des risques
- Implantation du système SSSS (Système d'information pour la sécurité des soins et des services)
- Élaboration d'une carte aide-mémoire concernant l'identification des usagers lors de l'administration des médicaments
- Participation à la réalisation des POR en vue de l'agrément

#### **Avis déposé à la direction générale**

Un avis a été déposé à la direction générale concernant les risques pour la clientèle hospitalisée en courte durée avec une problématique d'errance évasive.

### *PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE*

#### **Unité multicientèle**

##### **Les principales réalisations**

- Poursuite des activités liaison, suivi 3 jours par semaine des personnes âgées à l'unité de courte durée et à l'urgence



- Mise en place d'un processus d'évaluation du risque de chute
- Mise en place d'un projet de suivi des clientèles à hospitalisation répétitive
- Gestion des lits et de l'épisode de soins : Rencontre 3 fois/semaine avec conseillère en soins infirmiers, les infirmières de liaison CH et CLSC, les chefs de service USC et UCD; coordination des admissions, de planification des départs en lien avec le CLSC pour la prestation des soins, ouverture des lits tampons lors du débordement à l'USC
- Réalisation de stages dans le cadre du programme d'externat
- Mise en place d'un programme de formation continue en périnatalité
- Aménagement temporaire d'une salle d'allaitement dans le cadre de la semaine nationale de l'allaitement
- Atelier de peinture pour la clientèle hospitalisée en psychiatrie

### **Particularités**

Une pénurie de personnel a dû être comblée par des heures supplémentaires dans l'ensemble des services.

### **Unité de soins critiques (urgence et soins intensifs)**

#### **Principales réalisations**

- Consolidation des activités amorcées en 2007-2008
- Réaménagement des espaces de travail (ambulanciers, personnel)
- Réaménagement des espaces réservés au matériel
- Mise en place du protocole pour les victimes d'agression sexuelle et aménagement d'un espace pour cette clientèle
- Acquisition d'un nouvel appareil à ECG (électrocardiographie)
- Formations pour le personnel (agression sexuelle, prévention des infections)
- Consolidation de l'application des niveaux de critère de priorisation pour l'obtention d'un lit courte durée
- Participation aux processus d'agrément
- Implication dans la gestion des lits et de l'épisode de soins

#### **Particularités**

- Augmentation du nombre de visites (1 679 de plus)
- Augmentation du nombre d'observation à l'urgence (442 de plus)
- Diminution des + de 24 heures à l'urgence
- Diminution des + de 48 heures à l'urgence
- Diminution du nombre de jours passés sur civière à l'urgence

### ***BLOC OPÉRATOIRE, SERVICES AMBULATOIRES ET STÉRILISATION***

#### **Principales réalisations**

- Augmentation du nombre d'activités en hémato-oncologie et en médecine de jour
- Modification physique pour améliorer l'entreposage des fournitures stériles et équipements
- Relocalisation du stérilisateur FLASH
- Formation sur la chirurgie de la cataracte
- Mise à niveau de petits instruments
- Don de la fondation (machine à glace, dossier)
- Participation aux activités en lien avec la planification stratégique, l'agrément et le projet clinique
- Participation au comité régional de lutte contre le cancer
- Analyse du service de stérilisation
- Mise en place comité du bloc opératoire
- Augmentation des activités du SIMASS (Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés)

### Volume des activités

	2007-2008	2008-2009
Nombre de lits au permis	26	26
Nombre d'admissions en courte durée	931	956
Décès – courte durée	79	51
Jours – présence en courte durée	10 072	9 284
Accouchements	74	81
Durée moyenne d'hospitalisation	7	6.5
<b>Bloc opératoire</b>		
Heures – présence des patients	1 445	1 420
Nombre de patients	1 256	1 258
<b>Urgence</b>		
Nombre de visites	19 022	20 701
<b>Hémato-oncologie</b>		
Nombre de traitements	809	982

#### *PROGRAMME SANTÉ MENTALE*

##### **Principales réalisations**

- Ateliers de peinture (art thérapie) 1 fois par semaine
- Participation au comité de gestion
- Participation au projet clinique

L'année 2008-2009 a nécessité des ajouts importants au module de psychiatrie afin de faire face à une clientèle à risque d'hétéro-agressivité. Il y a eu plusieurs personnes en garde d'établissement.

### Volume des activités

	2007-2008	2008-2009
Nombre de lits au permis	4	4
Nombre d'admissions	38	36
Jours – présence	1 177	765
Durée moyenne d'hospitalisation – psychiatrie	22.16	16.71
Taux d'occupation	80.40%	53%
Ressources de type familial (jours rétribués)	2 488	2 483
Ressources intermédiaires (jours rétribués)	1 895	1 769

#### *SERVICE DE 1<sup>E</sup> ET 2<sup>E</sup> LIGNES SANTÉ MENTALE (CLINIQUE EXTERNE DE PSYCHIATRIE)*

##### **Principales réalisations**

- Travaux en vue de la réorganisation de l'offre de services au programme santé mentale
- Participation à l'élaboration du programme santé mentale
- Suivi d'intensité variable et intensif dans la communauté
- Poursuite du comité de gestion impliquant les services ambulatoires, hospitaliers et le département de psychiatrie
- Poursuite des activités du COC (comité d'orientation et de coordination, mécanisme d'accès au programme)
- Supervision clinique pour les thérapeutes
- Formations continues

#### *ORIENTATION 2009-2010*

Dans le cadre du plan de redressement, révision de l'offre de service des différents programmes et départements.

Johanne Cantin, DSI

## DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS, HOSPITALIERS ET PROGRAMMES

### DÉPARTEMENTS

#### *MÉDECINE FAMILIALE*

##### **Faits saillants**

- Démission du Dr Jean-François Noël comme chef de département; intérim assuré par Dre Édith Grégoire
- Implantation du guichet d'accès pour la clientèle orpheline

##### **Orientations 2009-2010**

- Implanter un GMF (groupe de médecine familiale)
- Réviser l'offre de services et l'arrimage avec les services offerts au CLSC
- Réviser la rémunération des omnipraticiens
- Nommer un chef de département
- Mettre en place une clinique d'anticoagulothérapie
- Recruter

#### *RADIOLOGIE*

##### **Faits saillants**

- Implantation du système SIR entraînant l'amélioration de la gestion des listes d'attente
- Mise en place d'un protocole d'hydratation pré-TDM (tomodensitométrie)
- Installation d'un négatoscope supplémentaire pour lecture de mammographies

##### **Orientations 2009-2010**

- Remplacer les lavements barytés par la colonoscopie virtuelle

#### *PSYCHIATRIE*

##### **Faits saillants**

- Réduction du nombre de jours d'hospitalisation ainsi que de la durée de séjour
- Dépôt du rapport de M. Jean-Luc Parenteau présentant des recommandations pour une réorganisation du programme de santé mentale centré sur le rétablissement

##### **Orientations 2009-2010**

- Mettre en place les recommandations pertinentes du rapport Parenteau

#### *ANESTHÉSIE*

##### **Faits saillants**

- Participation au comité du bloc opératoire
- Maintien des activités dans le cadre de la clinique de la douleur

##### **Orientations 2009-2010**

- Mettre en place des règlements au bloc opératoire
- Recommander l'achat d'un appareil d'échographie portable

## *CHIRURGIE*

### **Faits saillants**

- Maintien du volume d'activités habituel
- Participation au comité du bloc opératoire
- Respect du délai de 6 mois pour les chirurgies de cataractes

### **Orientations 2009-2010**

- Recruter un chirurgien pour remplacer le Dr Philippe Demers (départ prévu été 2010)
- Évaluer la possibilité de réaliser des arthroplasties simples de hanche aux Îles

## *MÉDECINE INTERNE*

### **Faits saillants**

- Augmentation du nombre de consultations entraînant une réduction des délais d'attente
- Soutien régulier d'internistes remplaçants ce qui a permis de réduire au minimum les ruptures de service
- Réduction du temps d'attente pour les épreuves d'effort et respect des délais pour les épreuves d'effort prioritaires
- Poursuite des activités du programme local de lutte contre le cancer
- Augmentation importante des services en oncologie : 1 643 visites contre 1 192 l'année précédente

## *PHARMACIE*

### **Faits saillants**

- Implantation laborieuse du logiciel de traitement des ordonnances Syphac
- Participation aux discussions autour du projet SARDM (Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments) régional
- Départ d'un des deux pharmaciens : recours aux pharmaciens dépanneurs
- Maintien des services pharmaceutiques de niveau I (secteur ordonnances et oncologie)

### **Orientations 2009-2010**

- Débuter l'implantation du projet SARDM
- Prévoir l'emballage intégral de l'inventaire
- Réviser l'ensemble des processus et l'organisation du travail
- Recruter

## *PÉRINATALITÉ*

### **Faits saillants**

- Stabilisation des effectifs en première ligne
- Acquisition d'un deuxième lit d'obstétrique
- Maintien du nombre d'accouchements (80)
- Couverture de services ininterrompue

### **Orientations 2009-2010**

- Maintenir la couverture ininterrompue des services
- Envisager le déploiement du programme de formation AMPRO

## SERVICES CLINIQUES

### CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES

#### Faits saillants

- Départ à la retraite de Mme Mireille Leblanc, remplacée par Mme Sylvie Arsenault
- Révision des processus
  - Attribution des rendez-vous
  - Élagage des listes d'attente
- Implantation de Midi-Visit permettant d'informatiser les listes d'attente

#### Orientations 2009-2010

- Développer une collaboration avec une clinique d'optométrie et consolider l'équipe d'ophtalmologistes
- Poursuivre l'élagage des demandes de consultation en attente
- Réviser l'offre de services et les processus

#### Volume des activités Consultations externes spécialisées

	2007-2008	2008-2009
Nombre de visites	11 993	11 794

### RADIOLOGIE

#### Faits saillants

- Réussite de la mise à jour de l'Agrément en mammographie
- Deux visites de trois semaines de la résonance magnétique

#### Orientations 2009-2010

- Acquérir un appareil de fluoroscopie mobile
- Préparer l'implantation du PACS (Picture Archive and Communication System)
- Prévoir le changement de la salle de graphie

#### Volume des activités

	2007-2008	2008-2009
Nombre d'examens	18 087	18 442
Nombre d'unités techniques	306 365	326 017

### ARCHIVES

#### Faits saillants

- Récupération du retard d'entrées des données de Med-echo à la suite de l'implantation difficile de CIM 10
- Implantation du logiciel Médipatient

#### Orientations 2009-2010

- Implanter l'IPM (Index patients maître)

### LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

#### Faits saillants

- Départ à la retraite du chef de service Mme Diane Cyr et remplacement par Mme Céline Vignola
- Mise en place d'un système de rendez-vous pour les prélèvements
- Aménagement de la salle de prélèvements en installant un poste de travail ergonomique
- Inhalothérapie
  - Pénurie de personnel obligeant le recours à une Agence
  - Ouverture de postes dans le cadre de la titularisation

- Agrément
  - Nouvelles procédures permettant de rendre conformes plusieurs normes
  - Production d'un manuel de qualité de concert avec les partenaires régionaux

**Orientations 2009-2010**

- Poursuivre le travail pour l'Agrément

**Volume des activités**

	<b>2007-2008</b>	<b>2008-2009</b>
Nombre de procédures pondérées	839 877	1 043 146
Nombre de procédures	347 321	371 892

*ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX ET SPÉCIALISÉS*

**Faits saillants**

- Mise en place du nouveau système d'acquisition conformément aux circulaires du MSSS
- Production d'un plan triennal d'acquisition
- Démarches pour l'acquisition des équipements de télémétrie et monitoring
- Acquisition d'un lit d'obstétrique, de lève-patients, d'un aspirateur intra-utérin

*ORIENTATION 2009-2010*

Dans le cadre du plan de redressement, révision de l'offre de service des différents programmes et départements.

**CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LSSSS**

**CMDP**

- Dr Robert Hanel a remplacé Dr Lester Duguay à titre de président de CMDP
- Changements à la présidence de plusieurs comités
- Mise sur pied d'un comité de discipline

**Comité d'évaluation de l'acte**

- Le comité a été inactif une grande partie de l'année en raison du départ de sa présidente, Dre Gros-Louis, qui a été remplacée par Dre Rosalie Moreau-Richard
- Quelques sujets ont été ciblés et transmis au médecin responsable de l'éducation médicale continue
- Recommandations quant à l'utilisation de certains médicaments

**Orientations 2009-2010**

- Réaliser quelques études par critères explicites

**Comité d'examen des titres**

- Activités habituelles, dont un avis de non-renouvellement de privilèges

**Comité de pharmacologie**

- Mme Isabelle Daigneault assure la présidence depuis le départ de M. Carl Desparois
- Adoption de protocoles
  - suivi des opiacés parentéraux
  - pré-hydratation pour les TDM
  - Chimiothérapie

Dre Édith Grégoire, DSPH

## DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

### Faits saillants

- Visite de l'agrément et mise à jour des normes dans le but de répondre aux critères de conformité des pratiques organisationnelles requises.
- Initiative et leadership à l'organisation d'un premier colloque en gestion des ressources humaines aux îles avec plusieurs partenaires du milieu.
- Implantation d'un nouveau logiciel RH/paie afin d'optimiser les ressources dédiées à la paie et aux ressources humaines. Mise à jour du logiciel de la liste de rappel et de saisie des feuilles de temps du personnel.
- Mise sur pied des comités paritaires concernant les orientations du personnel (4) et le développement des ressources humaines (4).
- Mise en œuvre du plan stratégique de développement des ressources humaines de l'établissement en lien avec le plan stratégique 2008-2011, plus particulièrement les sujets portant sur l'accueil et l'intégration, l'orientation et les évaluations.
- Consultation et mise à jour de politiques et règlements concernant les intempéries, les conflits d'intérêts et le code de déontologie des gestionnaires, des professionnels et médecins du CSSS des Îles.
- Élaboration du plan d'action à l'égard de la titularisation et mise en œuvre du plan en étroite collaboration avec les membres du comité de direction.
- Élaboration d'un plan d'action visant la gestion de la présence au travail et la diminution du ratio des heures en assurances-salaires et des heures travaillées.
- En ce qui a trait aux affectations, nous remarquons une croissance importante des remplacements au cours des dernières années.

### Nombre de remplacements au fil des ans

ANNÉES	NOMBRE DE REMPLACEMENTS
2001-2002	17 527
2002-2003	19 143
2003-2004	24 107
2004-2005	25 227
2005-2006	28 444
2006-2007	29 881
2007-2008	32 114
2008-2009	32 446

### ORIENTATION 2009-2010

La direction des ressources humaines a été identifiée comme étant un axe déterminant dans le plan de travail proposé dans le cadre du plan de redressement 2009-2010.

Philippe Simon Laplante, DRH

## DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

### RÉSULTATS FINANCIERS

ACTIVITÉS PRINCIPALES - REVENUS	2008-2009
Agence de la santé et des services sociaux ou MSSS	36 079 018\$
Usagers	1 842 730\$
Ventes de services	163 114\$
Recouvrement	484 285\$
Autres	37 245\$
<b>TOTAL</b>	<b>38 606 392\$</b>
ACTIVITÉS PRINCIPALES - CHARGES	
Salaires	18 999 744\$
Avantages sociaux	5 076 933\$
Charges sociales	2 653 287\$
Médicaments	1 397 118\$
Fournitures médicales et chirurgicales	819 803\$
Transport usagers	2 110 474\$
Chauffage	656 328\$
Autres	9 001 331\$
<b>TOTAL</b>	<b>40 715 018\$</b>
<b>Excédent des revenus sur les charges du fonds d'exploitation</b>	<b>(2 128 034\$)</b>

Selon l'entente de retour à l'équilibre budgétaire signée avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le MSSS pour l'exercice 2008-2009, le déficit autorisé pour le CSSS des Îles était de 646 737 \$.

#### VOLET FINANCIER

##### Faits saillants

L'année 2008-2009 fut marquée par la formation du personnel de la comptabilité à la suite de congés pour maternité et de traitements différés pour certains employés. La demande croissante de la part du MSSS, de l'Agence et de nos services nous a obligés à regarder la structure comptable pour répondre aux besoins sans cesse croissants. Le suivi du retour à l'équilibre et le dossier équité régionale sont des dossiers prioritaires pour la direction administrative.



## *VOLET INFORMATIQUE*

### **Faits saillants**

L'année 2008-2009 fut très chargée en ce qui a trait à l'implantation de nouveaux systèmes informatiques, en voici une liste.

- Mise en place du nouveau système de codification des dossiers au service des archives (Med-Écho).
- Implantation du nouveau logiciel de pharmacie.
- Changement de logiciel pour le CIM-10 à la suite des recommandations du MSSS ayant pour conséquence l'implantation de 2 logiciels en moins d'un an.
- Implantation du nouveau logiciel Paie-RH, mis en opération en avril 2009.

## *VOLET BUANDERIE ET ALIMENTATION*

### **Faits saillants**

L'année 2008-2009, pour le service alimentaire, a été marquée par le changement des menus et l'étude pour l'implantation de nouveaux repas en purée (ÉPIKURA – une innovation technologique en traitement nutritionnel de la dysphagie) pour les résidents en CHSLD qui ont de la difficulté à avaler.

Pour la buanderie, nous avons procédé à sa modernisation en système VRAC, ce qui nous a permis des économies de performance. Dans cette modernisation, nous avons investi 275 000 \$ en achat d'équipements.

## *VOLET HYGIÈNE ET SALUBRITÉ*

### **Faits saillants**

Pour ce qui est du secteur hygiène et salubrité, l'emphase a été mise sur la formation du personnel en matière de désinfection en prévision d'une pandémie. La formation se poursuivra au cours de l'année 2009-2010.

## *VOLET SERVICES TECHNIQUES*

### **Faits saillants**

L'année 2008-2009 fut marquée par le départ du chef des services techniques. Plusieurs projets furent tout de même réalisés, dont celui de la buanderie. Nous avons procédé à l'embauche d'un nouveau chef de service dont l'entrée en fonction est prévue pour la mi-juin 2009.

## *ORIENTATIONS 2009-2010*

- Révision de l'offre de services dans les différents secteurs d'activités
- Suivi étroit des résultats par service
- Mise en place de deux chambres à pression négative
- Transfert de la courte durée (2B) vers le 2A
- Réorganisation du service de la comptabilité
- Réorganisation des services techniques à la suite de départs à la retraite
- Mise en place de certains projets informatiques

Pierre Picard  
DSA

## ÉTATS FINANCIERS SOMMAIRES

BILAN AU 31 MARS 2009

### ACTIF

### PASSIF

#### Fonds d'exploitation

Débiteur – Agence et MSSS	143 846	Découvert de banque	305 054
Débiteurs autres – usagers et autres	277 177	Emprunts	6 180 000
Stocks	637 875	Créditeurs et frais courus	1 996 768
Frais payés d'avance	297 647	Salaires nets et déductions	1 339 408
Autres éléments d'actifs	28	Comité des usagers	15 859
Créances interfonds	142 514	Revenus reportés	386 813
Placements à long terme	297	Autres éléments – Intérêts	7 693
Autres éléments – Congé à trait. différé	69 989	Provision pour vacances, fériés, mobiles, etc.	3 205 882
Subv. à recevoir – réforme comptable	3 154 000	Solde de fonds	(8 714 104)
	<b>4 723 373</b>		<b>4 723 373</b>

#### Fonds d'immobilisations

Débiteurs – Agence et MSSS	360 268	Créditeurs et frais courus	531 205
Autres éléments – TPS & TVQ	47 131	Dettes interfonds	135 942
Créances interfonds		Revenus reportés	473 126
Terrain, édifice, mobilier et équipement	33 745 695	Dettes à long terme (moins d'un an)	2 016 360
Subv. à recevoir – réforme comptable	(8 521 101)	Dettes à long terme	22 441 990
		Solde de fonds	33 370
	<b>25 631 993</b>		<b>25 631 993</b>

## ÉTAT DES RÉSULTATS

2008-2009

2007-2008

### Revenus

Subventions – Agence et MSSS	36 079 018 \$	93,45%	34 549 906 \$	93,58%
Revenus provenant usagers – courte durée	1 029	0,00	169	0,00
Revenus provenant usagers – longue durée	955 548	2,48	945 379	2,56
Revenus provenant usagers – ress. intermédiaires	457 417	1,18	426 555	1,16
Revenus provenant usagers – ress. type familial	274 152	0,71	301 708	0,82
Revenus provenant usagers – héberg. temporaire	4 800	0,01	2 430	0,01
Non-résidents du Québec et autres	69 505	0,18	30 706	0,08
Revenus de la CSST	80 279	0,21	112 319	0,30
Ventes de services	163 114	0,42	162 572	0,44
Recouvrements	484 285	1,25	360 153	0,98
Revenus de placement	1 898	0,00	3 116	0,01
Autres	35 347	0,09	25 547	0,07
	<b>38 606 392 \$</b>	<b>100%</b>	<b>36 920 560 \$</b>	<b>100%</b>

### Charges

Salaires	18 999 744 \$	46,64%	18 383 027 \$	47,61%
Avantages sociaux et charges sociales	7 730 220	18,98	7 454 666	19,31
Fournitures médicales	819 803	2,01	757 988	1,96
Médicaments	1 397 115	3,43	1 281 259	3,32
Services diagnostiques	1 075 314	2,64	922 230	2,39
Transport des usagers	2 020 549	4,96	1 757 687	4,55
Buanderie, entretien et fonctionnement installations	1 989 320	4,88	1 927 532	4,99
Denrées alimentaires	436 141	1,07	424 199	1,10
Administration générale	972 139	2,39	777 767	2,01
Autres charges	5 294 081	13,00	4 927 387	12,76
	<b>40 734 426 \$</b>	<b>100%</b>	<b>38 613 742 \$</b>	<b>100%</b>

EXCÉDENT (DÉFICIT) DE L'EXERCICE

**(2 128 034) \$ (5,51%) (1 693 182) \$ (4,59)%**

## ATTESTATION DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du conseil d'administration du Centre de Santé et de Services sociaux des Îles

Les états financiers présentés au rapport annuel de gestion du Centre de Santé et de Services sociaux des Îles au 31 mars 2009 concordent avec les données correspondantes du rapport financier annuel préparé à cette date.

Nous avons vérifié le rapport financier annuel au 31 mars 2009. Nous avons émis une opinion avec les commentaires suivants :

- 1) L'établissement contrevient à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux puisque l'exercice terminé le 31 mars 2009 se termine par un excédent des charges sur les revenus.
- 2) L'établissement n'a pas été en mesure de calculer de façon précise les écarts de financement sur les correctifs salariaux relatifs à la Loi sur l'équité salariale (page 671) et sur l'application des conventions collectives. Nous estimons que des ajustements pourraient être nécessaires dans le prochain exercice concernant ces écarts de financement et que les montants en cause pourraient être importants.

*Corbeil Boudreau & Associés inc.*

Comptables agréés

Cap-aux-Meules, le 18 juin 2009

## ENTENTE DE GESTION 2008-2009

DESCRIPTION ET RÉFÉRENCE		ENGAGEMENT 2008-2009	SUIVI PÉRIODIQUE	
1.1	Santé publique		Résultats 2007-2008	Résultats 2008-2009
1.1.11	Ratio recommandé d'infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales	oui	oui	oui
1.1F	Proportion d'enfants recevant 1re dose en CLSC vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais		62,2 %	66,36 %
1.1G	Proportion d'enfants recevant 1re dose en CLSC vaccin contre méningocoque de séro groupe C dans les délais		37,66 %	48,39 %
1.1J	Proportion d'enfants recevant 1re dose en CLSC vaccin contre le pneumocoque dans les délais		60 %	65,45 %
1.1L	Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé		50 %	87,5 %
<b>1.2</b>	<b>Services généraux (cliniques et aide)</b>			
1.2.2	Nombre usagers services psychosociaux généraux en CLSC	392	392	486
	Nombre d'interventions	1 954	1 954	2 091
1.2.3	Nombre moyen d'interventions	4,98	4,98	4,30
<b>1.3</b>	<b>Perte d'autonomie</b>			
1.3.1	Nombre personnes desservies SAD	372	372	318
	Nombre d'interventions	17 926	17 926	15 317
1.3.2	Nombre moyen d'interventions	48,19	48,19	48,17
	Hébergement			
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence en soins infirmiers et d'assistance en CHSLD	3,30 h/j/prés.	3,39	3,66
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence en services professionnels en CHSLD	0,19h/j/prés.	0,17	0,19
<b>1.4</b>	<b>Déficiences physiques</b>			
1.4.1	Nombre de personnes ayant une DP desservies en SAD	88	67	66
	Nombre d'interventions	3 783	2 885	3 091
1.4.2	Nombre moyen d'interventions	42,99 int/pers	43,06	46,83
	Soutien aux familles			
1.4.3	Nombre d'usagers ayant une DP dont la famille reçoit des services de soutien par une allocation directe	36	36	23
<b>1.5</b>	<b>Déficiences intellectuelles et TED</b>			
1.5.7	Nombre enfants <6 ans - ICI	2	2	2
1.5.14	Nombre enfants 6 ans et + recevant des services spécialisés	13	13	14
	Soutien à domicile DI et TED			
1.5.11	Nombre de personnes ayant une DI ou TED recevant des SAD	41	41	35
1.5.12	Nombre moyen d'intervention en DI ou TED	9,71	9,71	10,91
	Soutien aux familles			

	<b>DI et TED</b>			
1.5.13	Nombre de personnes ayant une DI ou TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, etc.) par allocation directe	31	31	30
<b>1.6</b>	<b>Jeunes en difficulté</b>			
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et famille)	210	210	206
	Nombre d'interventions	1 504	1 504	1 339
	Nombre moyen d'interventions	7,16	7,16	6,50
<b>1.8</b>	<b>Santé mentale</b>			
1.8.5	Nombre de places en soutien d'intensité variable pour adultes ayant reçu services	27	27	21
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour problèmes santé mentale	12 heures	19,5 heures	11,9 heures
1.8.8	% de séjour de 48 heures et + sur civière à l'urgence pour problèmes santé mentale	1%	11,2%	0,8%
1.8.9	Nombre de personnes souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services 1 <sup>re</sup> ligne	225	132	232
<b>1.9</b>	<b>Santé physique</b>			
	<b>Urgence</b>			
1.9.1	Durée moyenne de séjour – Global	12 heures	20,3 heures	12,4 heures
1.9.2	Durée moyenne de séjour 75 ans et +	13,5	30,5	16,1
1.9.3	% de + de 48 heures – Global	2 %	13,3 %	3,9 %
1.9.4	% de + de 48 heures 75 ans et +	4 %	23,8 %	6,5 %
	<b>Soins palliatifs à domicile</b>			
1.9.5	Nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile	54	54	35
	Nombre d'interventions	1 163	1 163	615
1.9.6	Nombre moyen d'interventions	21,54	21,54	17,57
	<b>Chirurgie</b>			
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte	88	66	97
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées, excluant la cataracte	388	384	417
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation, excluant le PTH et PTG	220	229	177
<b>3.1</b>	<b>Ressources humaines</b>			
3.1	Ratio des heures en assurance-salaire vs heures travaillées	6,16 %	7,22 %	7,05 %
3.2	% heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	5,62 %	5,01 %	4,11 %
3.3	% de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier	1,53 %	0 %	0 %

**CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT**  
(en date du 31 mars 2009)

**Les membres du conseil d'administration sont :**

Gaston Bourque	Président
Céline Chevarie	Vice-présidente
Jacques Lévesque	Secrétaire-Directeur général par intérim
Lorne Arsenault	
Lauraine Bourque	
Luc Chevarie	
Brigitte Chiasson	
Manon Cyr	
Robert Deraspe	
Stéphane Lapierre	
Yves Leblanc	
Alain Marcoux	
Rosalie Moreau-Richard	
Marc-Édouard Nadeau	
Jocelyne Renaud	
Aïda-Dina St-Laurent	
Deux postes vacants	

**Les conseils et comités du CSSS des Îles**

Comité d'éthique  
Comité d'évaluation de l'acte  
Comité d'examen des titres  
Comité de direction  
Comité de gestion des risques  
Comité de gestion des risques  
Comité de pharmacologie  
Comité de prévention des infections  
Comité de programmes  
Comité de révision  
Comité de soins infirmiers  
Comité de vérification  
Comité de vigilance et de la qualité  
Comité des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Archipel  
Comité du bloc opératoire  
Comité exécutif du conseil d'administration  
Comité réorganisation des services en santé mentale  
Conseil des infirmières et infirmiers  
Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires  
Conseil multidisciplinaire

## CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

- En référence au code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration, aucun cas ne fut traité par rapport à un manque audit code au cours de l'année 2008-2009.
- Ci-inclus une copie du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration.



# CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Conseil d'administration  
du Centre de santé et de services sociaux des Îles

Adopté par le C.A.unifié du CHA et du CLSC des Îles  
Le 26 juin 2002

Révisé par le C.A. du CSSS des Îles  
Le 27 juin 2006

## TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION .....	3
NOTRE GRANDE MISSION ET NOS MISSIONS LÉGALES DU CSSS DES ÎLES .....	4
PHILOSOPHIE DE GESTION.....	6
Les valeurs .....	6
Les actions .....	7
RÔLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	8
Devoirs et obligations .....	9
Devoirs spécifiques .....	9
Régimes de sanctions .....	12
Enquête et immunité .....	13
La publicité du code.....	13
Annexe A.....	14
Annexe B.....	15
Annexe C.....	16
Bibliographie .....	19

## INTRODUCTION

La question de l'éthique et de la déontologie est au cœur du contrat social entre les citoyens et l'administration publique. L'éthique et la déontologie prennent aujourd'hui le relais de la morale comme régulateur des comportements individuels et sociaux. Au fil des ans, l'Assemblée nationale a adopté des mesures relatives à l'éthique à l'endroit des députés, des juges, de la fonction publique et des ordres professionnels. Elle a même édicté dans le *Code civil* les règles devant régir les comportements éthiques pour les administrateurs du bien d'autrui comme pour ceux des personnes morales. Il n'est, par conséquent, pas surprenant que des dispositions semblables s'appliquent dorénavant aux entités qui relèvent de l'État, totalement ou en partie, aux personnes chargées d'administrer ces entités ainsi qu'aux administrateurs oeuvrant dans les secteurs de l'éducation et de la santé et des services sociaux.

Le présent code d'éthique et de déontologie définit les missions du Centre de santé et de services sociaux des Îles, sa philosophie de gestion, le rôle du conseil d'administration et détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans les différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

## NOTRE GRANDE MISSION ET NOS MISSIONS LÉGALES

### NOTRE GRANDE MISSION

Pour le mieux-être et la santé de la population des Îles-de-la-Madeleine,

#### **prévenir, guérir, soigner et soutenir**

Par des interventions, des soins et par la gamme la plus complète de services socio-sanitaires et communautaires

de **qualité, accessibles, complémentaires, en continuité** et en lien avec les autres établissements et organismes présents sur le territoire, ainsi qu'avec les services spécialisés et ultraspecialisés régionaux et nationaux.

### NOS MISSIONS LÉGALES (4)

#### **La mission de « centre local de services communautaires »**

« La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

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

La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique. »<sup>1</sup>

#### **La mission de « centre hospitalier »**

La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt

<sup>1</sup> Loi sur les services de santé et de services sociaux, article 80, page 117

possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »<sup>2</sup>

**La mission de « centre d'hébergement et de soins de longue durée »**

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.

La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour. »<sup>3</sup>

**La mission de « centre de réadaptation »**

« La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre ... s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. »<sup>4</sup>

**Note: Nonobstant le texte légal, nous rappelons aux lecteurs que la mission de centre de réadaptation rattachée au CSSS des Îles est uniquement pour la clientèle DI-TED**

<sup>2</sup> Loi sur les services de santé et de services sociaux, article 81, page 118

<sup>3</sup> Loi sur les services de santé et de services sociaux, article 83, page 119

<sup>4</sup> Loi sur les services de santé et de services sociaux, article 84, page 120

## PHILOSOPHIE DE GESTION

La philosophie de gestion est un des éléments moteurs qui permet d'assurer à la clientèle des services de qualité adaptés à ses besoins. De plus, elle contribue à augmenter la motivation et le sentiment d'appartenance de nos ressources humaines.

Ainsi, la philosophie de gestion est fondée sur une décentralisation et une responsabilisation de l'ensemble de notre personnel et de nos médecins.

La philosophie de gestion s'énonce en termes de *valeurs* et *actions* à l'égard des clientèles et des ressources humaines.

## LES VALEURS

### À l'égard des clientèles :

- ▲ La maladie physique ou mentale n'affecte en rien la dignité profonde de la personne humaine;
- ▲ L'utilisateur est au centre de nos préoccupations et guide l'ensemble de nos actions cliniques et administratives, d'enseignement et de recherche;
- ▲ Nous reconnaissons à l'utilisateur le droit à l'information, à la participation à son traitement et à la confidentialité.

### À l'égard de nos ressources humaines :

Les ressources humaines constituent la plus importante ressource consacrée à la réalisation de nos missions, de nos objectifs et de notre développement. Notre engagement à l'excellence s'appuie sur les efforts individuels et collectifs. Chacun des membres du personnel devient l'atout majeur de notre succès et de la haute qualité des soins et services offerts à nos usagers.

Les qualités et les compétences des ressources humaines ainsi que leur maturité et leur probité professionnelle contribuent non seulement au succès de notre établissement mais aussi à relever des défis de taille dans tous les secteurs d'activités où ils sont appelés à oeuvrer.

La communication marquée de compréhension et de soutien dans un milieu de travail planifié contribue à améliorer de façon significative la qualité de la vie au travail pour tous. Il s'agit là d'un processus à long terme établi dans un contexte où les rôles, les droits et les responsabilités s'articulent de façon rationnelle à la fois pour la direction et pour l'ensemble des ressources humaines.

L'esprit d'équipe ainsi que les relations de confiance et de collaboration que nous pourrions développer à l'avenir auront un impact sur la qualité des soins et des services que nous offrons à nos usagers.

## LES ACTIONS

### *À l'égard des clientèles:*

- ▲ Offrir un accueil personnalisé et chaleureux à l'utilisateur lors de son arrivée à l'une ou l'autre des installations du CSSS des Îles;
- ▲ Favoriser la considération et le respect de la personne de la part de nos ressources humaines;
- ▲ Faire la promotion des droits des usagers;
- ▲ Créer un climat propice au support de l'entourage immédiat;
- ▲ Dispenser des soins et services de qualité par une programmation adaptée à nos clientèles et des plans de soins ou de traitements personnalisés;
- ▲ Informer l'utilisateur des caractéristiques de son état, des traitements prodigués et favoriser son intérêt et son engagement dans son traitement.

### *À l'égard de nos ressources humaines:*

- ▲ Inciter nos employés à développer le maximum de leur potentiel pour une saine productivité et faire la promotion de l'excellence;
- ▲ Situer la motivation et la mobilisation de nos employés comme la pierre angulaire sur laquelle repose le succès de la poursuite de nos objectifs;
- ▲ Impliquer nos employés dans la prise de décision, ceci étant facilité par un style de gestion participatif avec large délégation de responsabilité;
- ▲ Favoriser la participation des médecins à la gestion médicoadministrative de notre établissement;
- ▲ Favoriser un réseau de communication intra et interdisciplinaires.

## RÔLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION <sup>5</sup>

« Le conseil d'administration gère les affaires de tout établissement qu'il administre et en exerce tous les pouvoirs... » (art. 170)

« Le conseil d'administration établit les priorités et les orientations de tout établissement qu'il administre et voit à leur respect.

Ces priorités portent sur les besoins de santé tant physique que psychique et les besoins sociaux à satisfaire, sur les clientèles à desservir et sur les services à offrir. Elles doivent tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, socioéconomiques des usagers ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition de l'établissement.

De plus, ces priorités doivent être conformes au plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé par la régie régionale... » (art. 171)

« Le conseil d'administration doit en outre pour tout établissement qu'il administre s'assurer:

- 1<sup>0</sup> de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés;
- 2<sup>0</sup> du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- 3<sup>0</sup> de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
- 4<sup>0</sup> de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines. » (article 172)

« Le conseil d'administration doit:

- 1<sup>0</sup> nommer le directeur général et les cadres supérieurs;
- 2<sup>0</sup> entériner la désignation faite par le directeur général du responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers visée à l'article 29;
- 3<sup>0</sup> nommer les médecins et les dentistes, leur attribuer un statut, leur accorder des privilèges et prévoir les obligations qui y sont rattachées;
- 4<sup>0</sup> nommer les pharmaciens et leur attribuer un statut, le cas échéant ...;

<sup>5</sup> Extraits de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, L.R.Q., c.S-4.2.

5<sup>0</sup> allouer les ressources financières à chacun des établissements qu'il administre et aux ressources intermédiaires qui sont rattachées à ces établissements. » (art. 173)

« Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements qu'ils administrent et de la population desservie. » (art. 174)

## DEVOIRS ET OBLIGATIONS DU MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

1. Il doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
2. Il doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en oeuvre des orientations générales de notre établissement.
3. Lorsqu'il est présent à une réunion du conseil, il doit voter, lorsque requis.
4. Il 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.
5. Il doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.
6. Il doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance.
7. Il doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil 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;
8. La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération.
9. Il doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

## DEVOIRS SPÉCIFIQUES

### 1. Les mesures de prévention du membre du conseil d'administration :

- Il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;
- Il doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
- Il doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques.

À cet effet, il transmet fidèlement les orientations générales de notre établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de notre établissement; rappelons que, comme administrateur de notre établissement, s'il se propose de publier un texte ou de se prêter à une entrevue sur des sujets reliés aux fonctions qu'il exerce ou aux activités de notre établissement, il doit, préalablement, obtenir l'autorisation du conseil, à l'exception du président et du directeur général, car ils sont les représentants de notre établissement;

- Il doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
- S'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de notre établissement;
  - Il doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;
  - Il 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.
- Il 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 notre établissement.
- Il doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec notre 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

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;
- 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, il doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;
- Doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;

- 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 :
  - 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;
- Ne peut 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;
- Doit refuser 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;
- Ne peut 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

- Le membre du conseil ne peut 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;
- Le membre du conseil ne peut 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;
- 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;
- Le membre du conseil 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

- Le membre du conseil 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 d'administration;
- Le membre du conseil 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 comité exécutif 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 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 comité exécutif du conseil d'administration;
6. Le président ou le comité exécutif, 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 concerné du conseil d'administration.

## 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 B du présent code.

## LA PUBLICITÉ DU CODE

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

## CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

### 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 des Îles, et je m'engage à m'y conformer.

---

Signature

---

Date

## ANNEXE B

## CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Serment et affirmation de discrétion  
de toute personne chargée de faire enquête

*(Si le président ou le vice-président demande une enquête, il est essentiel d'en assurer la confidentialité. C'est pourquoi, nous suggérons que toute personne chargée de faire enquête signe la déclaration qui suit)*

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

*(Dans le cas d'une prestation de serment, il faut ajouter:)*

Ainsi que Dieu me soit en aide.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## ANNEXE C

## LES DEVOIRS ET LES OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

*« Un pas hors du devoir  
peut nous mener bien loin. »*

*Pierre Corneille*

## PROPOSITION D'UNE PERSPECTIVE ÉTHIQUE DE L'ADMINISTRATEUR

D'après l'auteur Gagné (1982: 121 et ss)<sup>6</sup> qui a très largement inspiré les paragraphes suivants, le discours éthique propose trois thèmes pertinents à l'administrateur de fonds publics:

- L'éthique et la responsabilité administrative;
- L'éthique et les critères fondamentaux de décision;
- L'éthique et l'état d'esprit du gestionnaire public.

**L'éthique et la responsabilité administrative** se manifestent par le « respect des normes et règles administratives, la compétence, l'honnêteté et la loyauté ( responsabilité objective), l'ouverture et la sensibilisation aux besoins et désirs de la population, la flexibilité et l'imputabilité (responsabilité subjective) ».

- ▲ La **compétence** fait référence à l'utilisation de connaissance et de toute l'expertise requise pour faire une analyse la plus objective possible afin de proposer des solutions destinées à contribuer à l'amélioration du bien-être de la population.
- ▲ L'**honnêteté** est axée autour de deux thèmes majeurs: l'honnêteté individuelle et l'honnêteté organisationnelle. Ils interpellent la lutte contre les abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camoufflage de ses erreurs, tromper ou induire en erreur la population.
- ▲ L'**ouverture et la sensibilisation** aux besoins et désirs de la population impliquent l'ouverture et un certain niveau de sensibilité de l'administrateur sur les préférences et le degré de satisfaction exprimé par les usagers et la population.

- ▲ La **flexibilité** signifie lorsque confronté à des problèmes de choix et d'arbitrage dans le partage

<sup>6</sup> GAGNÉ, André, économiste et administrateur agréé; professeur de management public à l'Université du Québec à Rimouski



des coûts et des avantages, tenir compte de la diversité et opter pour un compromis satisfaisant dans l'intérêt général.

- ▲ La notion d'**imputabilité** fait appel à l'idée de reddition de comptes. Elle implique que les administrateurs doivent être comptables de leurs gestes et de leurs actes devant la population et ses représentants.

**L'éthique et les critères fondamentaux de décision:** Ce sont des valeurs qui encadrent l'usage du pouvoir. D'après Gagné, ces critères sont au nombre de trois: le respect des droits, l'équité et l'efficacité. Ils correspondent à un consensus développé dans des sociétés démocratiques autour d'un certain nombre de questions pertinentes pour l'allocation et l'utilisation des ressources à travers le processus de choix collectif et les appareils administratifs. Ces critères sont discutables et contestables. Ils comportent tous des avantages et des désavantages et ne sont pas nécessairement compatibles entre eux. Cependant, ils permettent d'alimenter les échanges entre les administrateurs, à l'occasion de la confection d'un *Code d'éthique et de déontologie*.

- ▲ Le **respect des droits** privilégie la prise en compte des droits fondamentaux des individus qui doivent être respectés dans toutes les décisions et les gestes posés.
- ▲ L'**équité** réfère à des décisions et actions guidées par le souci d'un comportement équitable, impartial et juste. Elles sont appuyées sur trois types de normes ou de standards: les règles distributives (traitement selon les similitudes ou les différences), les principes de l'administration des règles administratives (règles claires et connues, appliquées d'une manière constante et impartiale) et les règles de compensation (responsabilité pour dommages causés).
- ▲ L'**efficacité** propose de juger les décisions et les actions en fonction de leurs résultats.

**L'éthique et l'état d'esprit du gestionnaire public** invite l'administrateur à développer sa propre sensibilisation aux valeurs morales qui constituent des guides pour assurer le respect des valeurs humaines. De l'avis de l'auteur Gagné, **trois attitudes mentales** sont particulièrement pertinentes pour le développement d'un comportement éthique :

- ▲ La **sensibilisation au caractère ambigu de tout jugement moral** relatif aux orientations publiques (en principe, fonction de l'intérêt général);
- ▲ La **saisie et la compréhension des forces et facteurs** qui influencent la prise de décision (ouverture au milieu et au contexte) et, finalement;
- ▲ La **perception du paradoxe des procédures** car les règles et les normes peuvent parfois constituer une nuisance à l'application des principes de responsabilités et d'imputabilité.

À ces attitudes, **ajoutons les trois grandes qualités morales** de l'administrateur, d'après Gagné: l'**OPTIMISME** (capacité à assumer des risques et à prendre des décisions dans un environnement incertain), le **COURAGE** (capacité de décider même face à des causes impopulaires) et le **DÉSINTÉRESSEMENT** par rapport aux besoins personnels de reconnaissance, de statut, de pouvoir et d'influence. La satisfaction d'intérêts personnels ou particuliers n'est pas privilégiée.

En sus de la perspective éthique propre à tout administrateur, celui qui oeuvre au sein de réseau de la santé et des services sociaux poursuit des finalités et des lignes directrices particulières à ce domaine.

## ANNEXES

### CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

L'année 2008-2009 fut une année empreinte de beaucoup d'instabilité au sein du CSSS des Îles. Cette instabilité s'est fait ressentir à tous les niveaux : administratif, départemental et au niveau des différents comités obligatoires du CMDP. À la direction générale, il y a eu le départ de M. Germain Chevarie qui était en poste depuis plusieurs années, deux intérim ont occupé le poste pour quelques mois et, finalement, le début de la nouvelle direction générale sous M<sup>me</sup> Marie Gibeault. Départ récent aussi au poste de DSPH avec l'arrivée de la D<sup>re</sup> Édith Grégoire. Changement important au sein de l'exécutif avec un nouveau président et plusieurs nouveaux membres. Au niveau départemental, notons un nouveau chef de département qui fut démissionnaire et par la suite deux intérim, avec maintenant D<sup>re</sup> Lorraine Therrien-Saillant. Départ d'un des deux pharmaciens avec difficulté de recrutement et, finalement, le départ récent d'un des deux psychiatres. Par contre, il y a eu stabilisation des effectifs en chirurgie, en anesthésie et une bonne évolution au remplacement et à la couverture en gynéco-obstétrique. On note aussi un retour progressif d'un des deux internistes, soit le D<sup>r</sup> Michel Bérubé.

Pour ce qui est des comités, nous avons noté aussi beaucoup d'instabilité avec plusieurs présidents des comités obligatoires du CMDP qui ont été remplacés. À la pharmacie, le départ de M. Carl Desparois a amené la prise en charge du comité de pharmacologie par M<sup>me</sup> Isabelle Daigneault, la pharmacienne en place. À l'examen des titres, le D<sup>r</sup> Arseneault a conservé la présidence. Par contre, un des membres a été remplacé, soit la D<sup>re</sup> Édith Grégoire (de par sa position de DSP) et début dans ce comité de la Dre Julie-Anne Falardeau, radiologiste. Au comité de l'évaluation de l'acte, départ de la présidente, D<sup>re</sup> Lise Gros-Louis, et prise de la présidence par D<sup>re</sup> Rosalie Moreau. Changement de médecin examinateur avec la démission de la D<sup>re</sup> Marie-Josée Desjardins qui fut remplacée par D<sup>r</sup> Nicolas Tremblay. Changements au sein du comité de révision, avec les D<sup>rs</sup> Houle et Corriveau qui sont remplacés par les D<sup>res</sup> Boshouwers et Claudette Harvey.

Ainsi, concernant les personnes en place, beaucoup de changements, ce qui a eu des impacts pour l'activité et la capacité des différents comités à faire progresser différents dossiers. Malgré tout, il y eut au CMDP 4 rencontres, à l'exécutif 11 rencontres (7 ordinaires et 4 extraordinaires), à l'examen des titres 6 rencontres, 3 rencontres pour le comité de pharmacologie et 2 rencontres au comité de l'évaluation de l'acte médicale.

L'année a été parsemée de plusieurs dossiers forts actifs qui ont gardé l'exécutif du CMDP, ainsi que les différents membres du CMDP, occupés. Voici quelques dossiers qui ont été importants au courant de l'année.

- Mise sur pied d'un comité de discipline en juin 2008 au sujet d'un membre associé. Ce dossier fut très lourd et a demandé beaucoup d'investissement pour les membres de l'exécutif, ceux du comité de l'examen des titres, mais surtout pour les membres du comité de discipline. Nous devons souligner le travail très important fait par ces derniers que nous remercions grandement. Différents enjeux sont encore actifs dans ce dossier et nous espérons que le dénouement sera positif pour l'ensemble du CSSS des Îles.
- Le comité de pharmacologie ainsi que le comité exécutif ont mis en place différents protocoles essentiels, notamment des protocoles de chimiothérapie ainsi qu'un protocole d'hydratation pour les examens en tomodensitométrie et un protocole d'utilisation des opiacées. Plusieurs problématiques sont apparues lors de leur utilisation et devront être résolues au courant de la prochaine année.
- Plusieurs problématiques ont été rencontrées du côté des consultations spécialisées concernant les spécialistes visiteurs, notamment en orthopédie, ORL, ophtalmologie et dermatologie et urologie. Les listes d'attente excessives et le manque de priorisation ont amené des situations de retard, des insatisfactions auprès des consultants et des difficultés dans la gestion du département. Un comité a été mis sur pied avec les personnes en place qui ont tenté, malgré un

personnel insuffisant, de pallier à certaines de ces problématiques. Malheureusement, beaucoup de travail reste à faire. Il faut tout de même noter que les consultants semblent avoir apprécié certains changements en cours.

- Au bloc opératoire, un nouveau comité du bloc a été mis sur pied avec un mandat d'améliorer l'organisation. Dans ce sens, des règlements sont en cours de rédaction et certaines rencontres ont été faites et plusieurs sont à venir afin d'optimiser la situation tant pour les chirurgiens en place que pour les chirurgiens visiteurs. La possibilité éventuelle de procéder à des chirurgies orthopédiques de remplacement de hanche et genou est un dossier qui sera analysé à l'intérieur de ce comité et du CMDP.
- En radiologie, on note l'activité croissante de l'IRM mobile qui fut peu fréquente, mais fort appréciée. Des visites plus fréquentes auraient été souhaitées par l'ensemble du CMDP, mais malheureusement ceci n'a pas été possible. Il y a eu en radiologie l'installation du système informatique RADIMAGE qui a permis d'améliorer de façon significative la gestion des demandes d'examen, mais plusieurs problèmes demeurent et il y aura donc mise sur pied d'un comité de radiologie afin d'améliorer la gestion des examens, l'accès plus rapide aux interprétations et leur transmission aux différents médecins.
- Un service d'hémodialyse intrahospitalière a été rediscuté cette année au CMDP ainsi qu'avec le D<sup>r</sup> Claude Mercier de l'Agence régionale lors de sa visite aux Îles en avril 2009. Une lettre concernant cet éventuel service avait été écrite en mai 2008 à la DSPHP, D<sup>re</sup> Grégoire, afin de faire part à celle-ci des inquiétudes du CMDP en rapport avec ce nouveau service. L'hémodialyse est un service ultraspécialisé qui nécessite des équipements, des locaux ainsi qu'un soutien infirmier et médical tout à fait particulier. C'est un service qui aura probablement des impacts importants pour le CSSS des Îles tant au niveau des budgets et des locaux que de la main d'œuvre. Il est certain que le CMDP trouve louable d'offrir ce service à la population, mais ceci doit se faire en tenant compte des particularités inhérentes à ce service spécialisé. Plusieurs éléments ont été notés dans cette communication à la D<sup>re</sup> Grégoire et il serait important que la direction comprenne et tienne compte des inquiétudes du CMDP par rapport à ce dossier.
- L'année a été marquée par plusieurs problèmes en ce qui a trait à la sécurité des professionnels, notamment lors de la présence de patients potentiellement dangereux. Des rencontres ont été faites avec des membres de la direction à ce sujet. Malheureusement, peu d'avancement a été fait jusqu'à présent. Il y a eu quelques formations Oméga, mais peu des membres du personnel en place ont pu assister à cette formation. La présence d'un gardien de sécurité demeure partielle et des risques persistent pour les professionnels en place. Lors des discussions en CMDP avec le D<sup>r</sup> Hugues Poirier, chef du Département de psychiatrie, il était espéré que les réaménagements éventuels en santé mentale pourraient favoriser une optimisation dans ce dossier. Nous attendons donc avec intérêt les conclusions du rapport émis par l'expert externe, M. Parenteau, ainsi que les conséquences directes que ceci aura sur le système en place afin d'améliorer la sécurité de tous les travailleurs du CSSS des Îles.
- L'année a aussi été marquée par des problèmes de couverture en gynécologie-obstétrique ainsi que par des effectifs incomplets en médecine familiale pour le secteur de la périnatalité. Cette année a amené un comblement des postes en médecine de famille ainsi qu'une couverture complète de la garde, notamment grâce à la lettre d'entente 102 qui a été obtenue pour aider le remplacement du gynécologue en place. Lors de la rencontre du CMDP avec le D<sup>r</sup> Claude Mercier de l'Agence, il fut rassurant de constater que la dérogation concernant le troisième poste en chirurgie, qui demandait à ce que le nouveau chirurgien (3<sup>e</sup> poste en remplacement éventuel du D<sup>r</sup> Demers) soit apte à faire des césariennes, n'était qu'une mesure de sécurité d'extrême urgence. Le D<sup>r</sup> Mercier semblait tout à fait conscient de la nécessité d'avoir un gynécologue-obstétricien en place de façon continue. Le CMDP a tout de même cru bon de communiquer à l'Agence sa position par rapport à la nécessité d'une couverture complète en gynéco-obstétrique afin d'assurer la sécurité des parturientes. Une entente est envisagée avec l'hôpital de Chandler qui compte obtenir un troisième poste de gynéco-obstétrique avec un mandat de couverture de garde pour d'autres centres hospitaliers de la région. Le CMDP et la direction devront demeurer vigilants à ce que cette entente éventuelle ne nuise pas aux mécanismes déjà en place.

- L'année 2008-2009 est la première année suivant la visite d'Agrément. Le CMDP a été témoin d'une amélioration progressive de nombreux éléments qui avaient été notés insatisfaisants lors de l'agrément. Il s'avère donc très utile pour le CSSS des Îles d'avoir une évaluation externe des différents processus et de s'assurer que le système soit à la hauteur des standards nationaux. Nous encourageons la direction à continuer en ce sens afin d'optimiser la qualité des soins ainsi que la sécurité de la population qui est desservie par notre CSSS.
- Le Département de médecine familiale a fait l'objet de plusieurs problématiques et beaucoup d'efforts ont été faits afin de résoudre certains de ces problèmes. La nature des problèmes s'est modifiée de façon importante entre 2007-2008 et 2008-2009. Alors que l'année 2007-2008 avait été marquée par des problèmes de couverture à l'urgence et des problèmes de gestion de lits à l'hospitalisation, l'année 2008-2009, quant à elle, a été marquée par le départ de plusieurs omnipraticiens qui assuraient un suivi externe à une partie de la population. Ainsi, plusieurs patients se sont retrouvés sans médecins traitants. Beaucoup d'énergie a été déployée afin d'aider les médecins en place à tenter d'élargir la prise en charge de la clientèle. Le programme régional de guichet d'accès a amené la nomination de deux médecins coordonnateurs ainsi que l'organisation de cliniques pour des patients sans médecin. La clinique d'anticoagulothérapie est en voie d'organisation ainsi qu'un logiciel de gestion des prescriptions pour aider les médecins. Finalement, beaucoup de discussions ont eu lieu afin d'améliorer certaines iniquités salariales et autres au sein du département. Malheureusement, toutes ces instabilités ont amené la démission du chef du département et la direction du département a dû être prise en charge au départ par la D<sup>re</sup> Édith Grégoire, DSP, et maintenant par la D<sup>re</sup> Lorraine Therrien-Saillant.
- La nécessité d'un comité de traumatologie a fait partie de plusieurs discussions. Malheureusement, nous n'avons pas réussi à activer ce comité de façon efficace. Le manque d'effectifs et l'instabilité au sein du département ont empêché une réactivation efficace de ce comité. Par contre, l'importance de ce dossier ne peut être sous-évaluée et nous encourageons les médecins en place ainsi que les nouveaux à remettre sur pied un comité qui permettra de standardiser les pratiques dans ce domaine et ainsi offrir un soutien plus important aux médecins en place qui doivent gérer des situations cliniques critiques.
- En ce qui concerne les équipements, nous saluons l'achat par le CSSS des Îles d'un deuxième lit d'obstétrique. Plusieurs équipements figurent sur la liste prioritaire, mais l'année 2008-2009 a été marquée par plusieurs démarches en vue d'un remplacement éventuel du système de monitoring cardiaque à l'urgence, aux soins intensifs ainsi que la télémétrie. Nous espérons que le nouveau système sera en place pour septembre 2009. Le système actuel étant désuet, il est à espérer qu'une défaillance fatale ne survienne pas d'ici là.
- Finalement, un dernier dossier qui demeure encore embryonnaire, mais qui a été discuté au CMDP et à l'exécutif, est le déménagement éventuel du 2B vers le 2A. Des plans préliminaires ont été vus et examinés. Quelques questionnements ont été amenés par des membres du CMDP. Il s'agit d'un dossier important avec beaucoup d'implication pour les gens en place. Il sera important que les membres du CMDP soient actifs dans ce dossier afin de limiter les insatisfactions qui pourraient surgir de ces changements.

En conclusion, l'année a été semée de beaucoup d'instabilité. Dans la plupart des dossiers, des avancements ont été faits, mais nous espérons que l'année prochaine nous permettra de résoudre certains des problèmes actuels. Nous resterons fidèles à notre mission première qui est celle d'offrir des soins de qualité à toute la population couverte par le CSSS des Îles.

Le président du CMDP de l'Archipel,

Robert Hanel, MD, FRCSC  
Interniste

## **CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS**

Une préoccupation au sein du CECII était l'amélioration des notes d'observations au dossier des usagers. Nous avons profité de l'accès aux méthodes de soins infirmiers pour faire connaître aux infirmières et infirmières auxiliaires une banque d'information utile pour rédiger des notes, selon le cas. Plusieurs rencontres de 30 à 45 minutes ont été offertes à tous les quarts de travail.

Toujours dans l'atteinte d'une meilleure pratique, le CECII a travaillé à l'organisation et à la promotion du MIDI-CLINIQUE. Chaque premier mardi du mois, il y aura un sujet présenté aux infirmières et aux infirmières auxiliaires. Il y a deux présentations pendant l'heure du midi afin de permettre au personnel d'y assister. Dans l'ensemble, la participation est intéressante.

Le CECII a adopté

- le règlement sur la divulgation
- le règlement 28 concernant les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques et diverses politiques en gestion des risques et mesure de contrôle
- le protocole infirmier sur les notes au dossier en CHSLD

Le CECII a également révisé les règlements du CII. Ils seront proposés à l'assemblée générale d'octobre 2009 pour adoption.

La journée de l'infirmière a été soulignée le 16 mai lors d'un souper chantant. Soirée très agréable aux dires de chacun.

Cette année, le CECII a fonctionné avec 2 postes vacants. Nous avons fait des démarches pour combler ces postes, mais nos efforts n'ont donné aucune réponse favorable. Nous espérons que les postes seront comblés l'an prochain.

J'aimerais remercier chaleureusement tous les membres du CECII pour tout le travail accompli cette année. Nos réalisations nous motivent à continuer de faire en sorte que notre profession en soit une de qualité et qu'elle soit reconnue par nos pairs.

Hélène Caron  
Présidente du CECII

## COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable, envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers, de leur satisfaction et du traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, il exerce exclusivement les fonctions prévues à la Loi, notamment celle de promouvoir le régime d'examen des plaintes. Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire local doit également intervenir de sa propre initiative, lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

Le présent rapport présente le bilan des plaintes pour l'exercice terminé le 31 mars 2009. On y retrouve également le rapport du médecin examinateur et celui du comité de révision, conformément à l'article 76.11 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*.

Paul Cyr-Rodgers

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, CSSS des Îles

### BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES REÇUES

		Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	Total	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice
<b>Mission CHSGS</b>	Commissaire local	4	9	13	13	0
	Médecin examinateur	1	3	4	2	2
<b>Mission CLSC</b>	Commissaire local	0	6	6	6	0
	Médecin examinateur	0	0	0	0	0
<b>Mission CHSLD</b>	Commissaire local	0	2	2	2	0
	Médecin examinateur	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>2</b>

À la fin de l'exercice financier 2008-2009, 20 nouvelles plaintes ont été déposées. De ce nombre, 19 plaintes ont été conclues au cours de l'exercice. Soulignons qu'il y avait 5 plaintes de l'année précédente qui n'étaient pas réglées, dont 4 plaintes en processus d'analyse au Protecteur du citoyen. Les 4 dossiers au Protecteur du citoyen ont été réglés en cours d'année, mais il reste une plainte médicale qui demeure non conclue.

Le commissaire local a procédé à l'analyse de 17 plaintes, alors que 3 plaintes ont été acheminées au médecin examinateur. Les plaintes ont visé la mission CHSGS dans une proportion de près de 60 %, alors que la mission CLSC représente 30 % et la mission CHSLD environ 10 %.

Deux interventions ont été menées par le commissaire local et pour lesquelles des démarches ont été entreprises, afin de répondre aux interrogations des usagers et de corriger la situation.

## Bilan des plaintes rejetées sur examen sommaire, refusées, abandonnées

LE TABLEAU SUIVANT INDIQUE QU'IL Y A EU UNE PLAINTÉ REJETÉE.

		Rejetée sur examen sommaire	Abandonnée	Traitement refusé / interrompu
<b>Mission CHSGS</b>	Commissaire local	0	0	0
	Médecin examinateur	1	0	0
<b>Mission CLSC</b>	Commissaire local	0	0	0
	Médecin examinateur	0	0	0
<b>Mission CHSLD</b>	Commissaire local	0	0	0
	Médecin examinateur	0	0	0
TOTAL		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## Bilan des plaintes complétées (conclues au 31 mars 2009)

		Sans mesures identifiées	Avec mesures identifiées
<b>Mission CHSGS</b>	Commissaire local	0	9
	Médecin examinateur	1	1
<b>Mission CLSC</b>	Commissaire local	0	6
	Médecin examinateur	0	0
<b>Mission CHSLD</b>	Commissaire local	1	1
	Médecin examinateur	0	0
TOTAL		<b>2</b>	<b>17</b>

Soulignons que 2 plaintes examinées n'ont pas suscité la mise en place de mesures particulières. Par contre, 17 plaintes se sont soldées par des recommandations ou des mesures à mettre en place.

Dans tous les cas de traitement des plaintes, les usagers qui sont insatisfaits de la réponse obtenue par le commissaire local peuvent adresser leur plainte au Protecteur du citoyen en deuxième recours ou encore à un comité de révision pour les plaintes à l'endroit d'un médecin. À ce sujet, il y a eu :

- ↳ 2 usagers qui ont eu recours au Protecteur du citoyen. Les motifs des plaintes étaient les services en podologie.

À noter que les usagers ont la possibilité de porter plainte par écrit ou encore de façon verbale. Au cours de la dernière année, la quasi-totalité des usagers a formulé leur plainte par écrit.

### Délais d'examen des plaintes

L'année dernière, 50 % des plaintes avaient été analysées à l'intérieur du délai prescrit par la Loi, soit 45 jours. Cette année, c'est à peine 40 % des plaintes qui ont été traitées dans le délai de 45 jours.

### **Objet des plaintes**

Les plaintes formulées peuvent porter sur différents objets. Les principaux sujets sont :

- la confidentialité;
- le retard dans les rendez-vous dans certaines spécialités;
- la procédure ambiguë dans certains services.

Parmi les plaintes déposées qui concernent la confidentialité, même s'il s'agit d'un dossier complexe, le CSSS des Îles se doit de prendre différentes actions au cours de la prochaine année pour améliorer cette situation.

### **Conclusion**

Cette année, la tâche du commissaire local a été plus laborieuse en ce qui a trait au suivi des recommandations. Le comité de vigilance et de la qualité des services n'a pu se réunir qu'une seule fois au cours de l'année, soit en juillet 2008. Toutefois, l'année qui s'amorce s'annonce plus encourageante avec la venue d'une permanence à la Direction générale.

Le travail de commissaire local s'amplifie et un plan de travail sera établi pour fixer les objectifs de l'année.

Paul Cyr-Rodgers  
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services  
CSSS des Îles

### **MÉDECIN EXAMINATEUR**

Le médecin examinateur en poste, D<sup>re</sup> Marie-Josée Desjardins, a remis sa démission à l'automne 2008, tandis que le nouveau médecin examinateur, D<sup>r</sup> Nicolas Tremblay, n'a amorcé ses activités qu'en mars 2009.

Trois plaintes ont été transmises au médecin examinateur pendant l'année. L'une d'entre elles a conduit à la mise en place d'un comité de discipline.

L'étude des deux autres plaintes n'a pas été complétée en raison de l'absence du médecin examinateur pendant plusieurs mois. Celles-ci seront prises en charge par le nouveau médecin examinateur.

D<sup>re</sup> Marie-Josée Desjardins



## COMITÉ DE RÉVISION

Au cours de l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> avril 2008 et se terminant le 31 mars 2009, le comité de révision du CSSS des Îles n'a tenu aucune réunion, de même qu'aucune plainte n'a été portée à son attention.

Compte tenu du départ du Dr Raymond Houle, à titre de membre du comité de révision, le conseil d'administration du CSSS des Îles, lors de sa réunion du 26 février 2009, a accueilli la recommandation du CMDP de l'Archipel à l'effet de nommer Dre Marie-Louise Boshouwers, membre du comité de révision du CSSS des Îles, en remplacement du D<sup>r</sup> Houle.

Le comité de révision du CSSS des Îles est formé de

- M<sup>me</sup> Jocelyne Renaud, présidente
- D<sup>re</sup> Louissette Corriveau, membre
- D<sup>re</sup> Marie-Louise Boshouwers, membre

Les médecins examinateurs

- D<sup>r</sup> Nicolas Tremblay, médecin examinateur
- D<sup>re</sup> Christine Paquet, médecin examinateur substitut (omnipraticiens)
- D<sup>r</sup> Stephen Arnold, médecin examinateur substitut (clientèle anglophone)
- D<sup>r</sup> Philippe Demers, médecin examinateur substitut (spécialistes)

Jocelyne Renaud

Présidente – secrétaire du comité de révision, CSSS des Îles

## COMITÉ DES RÉSIDENTS ET COMITÉ DES USAGERS

Les Comités des résidents du CHSLD et de l'USLD (3<sup>e</sup> étage) ont été fusionnés en juillet 2008. Des règles de fonctionnement et un plan d'action ont été élaborés et présentés à la réunion annuelle de juin 2009. Quant au Comité des usagers, il demeure à restructurer.

## COMITÉ D'ÉTHIQUE

Le comité a tenu quatre réunions. La cadence des réunions fut plus difficile à maintenir puisque le comité a dû tenir des réunions de travail pour organiser des activités externes. En début d'année 2009, la première réunion n'a pu se tenir que le 23 avril, vu les agendas très chargés des membres. À noter que l'analyse de cas soumis n'a jamais été retardée.

### Activités du comité

Lors de cette période, deux demandes ont été formulées au comité, l'une dont le demandeur était un intervenant du Centre hospitalier et l'autre du CRDITED. Il est à noter que le CRDITED a connu notre existence à la suite d'un texte publié dans *La source*, à l'automne 2008. Pour l'analyse de ces deux demandes, deux rencontres de travail ont été nécessaires. Pour celle provenant du Centre hospitalier, deux rencontres en comité restreint ont permis de finaliser l'opinion écrite. Pour sa part, l'analyse de la demande du CRDITED a nécessité une rencontre pour des précisions, lors d'un dîner avec les intervenants, le 30 octobre 2008. Le 28 novembre 2008, le comité s'est réuni pour la rédaction de l'opinion. De plus, deux membres du comité ont rencontré tout le personnel du CRDITED, le 9 décembre 2008, pour discuter du rôle du comité et de l'éthique dans leur profession.

À la suite d'une invitation, trois membres ont rencontré les étudiants du cours de préposés aux bénéficiaires pour expliquer le rôle du comité et de l'éthique dans le cadre de leur futur emploi. Le comité a aussi rencontré, le 15 avril et le 12 novembre 2008, les étudiants du CÉGEP pour faire une discussion en matière d'éthique sur un cas fictif que le comité avait préalablement préparé.

Lors du passage aux îles des membres représentant l'Agrément, la présidente Manon Dubé a rencontré l'un d'eux pour expliquer le rôle et les activités du comité. Manon Dubé a également rencontré M. Paul Rodgers, le commissaire aux plaintes, afin de discuter des rôles respectifs des entités qu'ils représentent.

Les règlements généraux ont été adoptés par le CA du CSSS des îles. Le comité relève dorénavant du conseil d'administration.

Au moment de la rédaction de ce rapport, le comité procède à l'analyse d'un cas qui lui a été soumis lors de sa dernière réunion du 23 avril 2009.

### Membres actuels

Jeanne Poirier, centre d'action bénévole	Hugues Poirier, psychiatre
Philippe Simon Laplante, DRH CSSS des Îles	Père René Jomphe, prêtre
David Thériault, professeur CÉGEP	Marguerite Cyr, travailleuse sociale en santé mentale
Lucie Patton, ASI CHSLD	Manon Dubé, DRH municipalité des Îles

Le comité est actuellement en recrutement pour pourvoir au remplacement de Mme Estelle Lapierre qui, dû à ses nouvelles fonctions, a moins de disponibilités pour les activités du comité.

### Actions à venir en 2009-2010

- Continuer l'analyse des cas soumis.
- Trouver le neuvième membre.
- Rencontrer le conseil d'administration à l'automne 2009.
- Développer des outils pour mieux se faire connaître au sein du CSSS des îles et de la population en général.
- Prévoir la possibilité d'organiser de nouveau une activité de ressourcement et de formation pour le comité éthique.

Manon Dubé  
Présidente du comité éthique

## CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

### Composition du conseil multidisciplinaire

#### **Ses membres**

Le conseil multidisciplinaire des Îles regroupe 110 membres impliqués dans plus de 25 champs d'expertise de niveau professionnel et technique.

#### **Comité exécutif**

Le comité exécutif de l'année 2008-2009 était composé des membres suivants :

Membres élus :

- Mylène Frappier, psychoéducatrice (CLSC), présidente
- André St-Onge, organisateur communautaire (CLSC), vice-président
- Julie Décoste, psychologue (Hôpital)
- Isabelle Géhami, ergothérapeute (Hôpital)
- Odette Bénard, éducatrice (CRDITED)
- Andrée-Anne Corbeil, agente de relations humaines (CLSC) (démission en décembre 2008)

Membres d'office :

- Diane Mahoney, DSMP
- Marie Gibeault, directrice générale

#### **Les objectifs de l'année**

Pour sa deuxième année de fonctionnement, le Conseil s'était déterminé un enjeu principal soit d'encourager et de soutenir le développement professionnel de ses membres. Par le biais du travail des comités de pairs, plus particulièrement le comité maintien des compétences et en collaboration avec le syndicat des techniciens et professionnels, plusieurs actions concrètes ont été réalisées (voir plan d'action 2008-2009 en annexe) notamment :

- Sondage sur les intérêts des membres pour les formations
- Clarification des modalités d'utilisation de la visioconférence
- Midi-causeries thématiques
- Clarification partielle des budgets alloués aux formations ainsi que des mécanismes de gestion de ces argents.

### Activités du Conseil

#### **Réunions du comité exécutif**

L'exécutif s'est réuni à 5 reprises au cours de l'année. Les sujets discutés étaient :

- Assemblée générale annuelle du 29 mai 2008
- Suivi des activités des divers comités de pairs
- Adoption des règlements no 27 et 28
- Démission d'Andrée-Anne Corbeil de l'exécutif
- Politique sécurité informationnelle

#### **Comités de pairs**

Trois comités de pairs ont été mis en place en début d'année. Voici le bilan de leurs activités :

##### **a. Comité de pairs sur les avis cliniques**

Cette année, ce comité est resté inactif puisqu'aucun avis ou consultation n'a été soumis au Conseil.

##### **b. Comité de travail sur le maintien des compétences**

(voir rapport bilan dans les pages suivantes)

##### **c. Comité de travail sur la communication entre les membres**

(voir rapport bilan dans les pages suivantes)

### **Participation à la commission multidisciplinaire régionale**

Un membre de l'exécutif participe à la commission multidisciplinaire régionale, soit Mylène Frappier, psychoéducatrice. Cette année une seule rencontre a eu lieu. Les dossiers abordés par l'Agence furent le plan de main d'œuvre en ergothérapie, l'équipe d'intervention jeunesse, le plan d'action pour les aînés et le cadre de référence aux proches aidants.

### **Membres désignés au Conseil d'administration**

Actuellement, Yves Leblanc, technicien en radiologie, et Manon Cyr, éducatrice en travail social, sont les membres désignés au Conseil d'administration.

### **Conclusion**

Cette année, le Conseil s'est déployé avec dynamisme et conviction. Dans leurs actions, les membres se sont impliqués de façon enthousiaste et solidaire. Les échanges entre les divers professionnels de diverses installations se multiplient ce qui crée une dynamique fort intéressante et constructive. Cette lancée positive de notre Conseil nous permet d'être de plus en plus confiants face à nos actions futures. Bravo et merci à chacun des membres pour son apport personnel cette année!

Mylène Frappier, présidente

Pour le comité exécutif du Conseil Multidisciplinaire du CSSS des Îles.

## **COMITÉ MAINTIEN DES COMPÉTENCES**

### **Composition du comité**

Sylvie Arseneau, diététiste  
Odette Bénard, éducatrice spécialisée  
Isabelle Géhami, ergothérapeute  
Sonia Marin, technicienne en laboratoire  
Denise Leblanc, éducatrice spécialisée  
Marie-Élaine Painchaud, inhalothérapeute

### **Nombre de réunions tenues**

Le comité maintien des compétences s'est réuni à 6 reprises, incluant la rencontre conjointe avec le comité des communications.

### **Composition souhaitée du comité pour l'année à venir**

Nous désirons maintenir la composition actuelle soit 4 membres et 2 membres d'office. Dans la mesure du possible, les membres devront provenir de départements, de professions et d'établissements différents.

### **Mandat**

Le comité maintien des compétences du conseil multidisciplinaire se veut une ressource pour favoriser et encourager le développement professionnel des membres, les informer sur ce qui existe comme outil de formation et de consultation et favoriser les échanges entre les membres.

### **Le bilan de nos activités**

- Un sondage fut élaboré en collaboration avec le syndicat et distribué à nos membres. Trente membres y ont répondu. Une compilation des réponses est disponible.
- Un tableau des exigences professionnelles des ordres respectifs de nos membres a été élaboré à la suite du sondage.
- Un tableau des semaines thématiques en lien avec la santé et nos professions fut produit afin d'encourager l'élaboration d'activités d'information par nos membres.
- Deux midi-causeries ont eu lieu :
  - Présentation du vidéo *Le moi inc*, le 5 février 2009. 21 membres étaient présents.

- Présentation intitulée *Comment dire non sans offusquer*, le 26 mars 2009, par le docteur Nicolas Tremblay. 27 membres étaient présents.
- Contacts avec la direction des ressources humaines pour établir les mandats de la DRH, du syndicat et du conseil multidisciplinaire en lien avec le développement professionnel.
- Démarche pour connaître le fonctionnement des visioconférences.

#### **Objectifs du comité maintien des compétences pour l'année 2009-2010**

- Travailler en collaboration avec la direction des ressources humaines et le syndicat afin de préciser et d'éclaircir le mandat des entités impliquées dans le développement professionnel.
- Offrir notre collaboration afin de trouver une façon de centraliser les demandes et les offres de formation pour en permettre une meilleure diffusion.
- Compléter le tableau des exigences des ordres professionnels et le remettre à la direction des ressources humaines.
- Encourager et informer nos membres à contacter le comité de communication pour publiciser les offres de visioconférences, les formations offertes aux Îles et les formations reçues par nos membres.
- Poursuivre l'organisation de midi-causeries afin, entre autres, de favoriser la connaissance des autres professionnels et de leur pratique.
- Offrir notre aide dans l'organisation de semaines ou journées thématiques en lien avec nos professions.
- Compléter la liste des besoins en formation (information provenant du sondage) et remettre ce document à la direction et au syndicat.

#### **Mode de fonctionnement pour l'année à venir**

- Nous souhaitons faire une rencontre conjointe avec le comité des communications à la suite de l'assemblée générale annuelle afin d'arrimer nos actions.
- Nous sommes disponibles pour participer aux rencontres du plan stratégique de la direction des ressources humaines.
- Nous prévoyons de 4 à 6 rencontres de notre comité dans la prochaine année.

## **COMITÉ COMMUNICATION**

#### **Composition du comité**

Marielle Cyr, technicienne en réadaptation physique  
 Roxanne Cyr, éducatrice spécialisée  
 Sophie Langford, technicienne en réadaptation physique  
 Huguette Leblanc, agente de relations humaines  
 André St-Onge, travailleur communautaire  
 Jeannine Thériault, technicienne

#### **Nombre de réunions tenues**

Le comité ComMunication s'est réuni à 4 reprises, incluant la rencontre conjointe avec le comité Maintien des compétences.

#### **Composition souhaitée du comité pour l'année à venir**

Nous désirons maintenir la composition actuelle du comité. Dans la mesure du possible, les membres devront provenir de départements, de profession et d'établissement différent.

## **Mandat**

Le comité ComMunication se veut une ressource pour informer les professionnels membres des débats et actions du Conseil multidisciplinaire. Le comité veut également favoriser les liens entre les membres en faisant connaître les contextes de travail des différentes équipes de professionnels qui composent le conseil.

## **Le bilan de nos activités**

- Un inventaire des moyens disponibles pour joindre chacun des membres.
- Une liste des membres sous format numérique (fichier Excel) où l'information peut facilement être mise à jour.
- Une stratégie de diffusion de l'information aux membres qui fait appel à une arborescence de collaborateurs.
- La publication de 2 bulletins aux membres *ComMuniqué*, en soutien à l'exécutif et aux activités organisées par le comité Maintien de compétences.

## **Objectifs pour la prochaine année du comité ComMunication**

- Informer nos membres sur les activités du Conseil
  - Évaluer l'efficacité du mode de diffusion mis en place
  - Compléter le tableau des coordonnées des membres et le maintenir à jour
  - Explorer les moyens informatiques de diffusion pour rallier efficacité et économie de papier
  - Émettre des bulletins d'information aux membres selon les activités du Conseil
- Favoriser la connaissance des autres professionnels du Conseil et de leur pratique
  - Bâtir un canevas pour présenter un type de professionnels aux autres membres du Conseil
  - Présenter le portrait du quotidien des professionnels d'un département
- Susciter un processus d'échange professionnel entre les membres sous forme de midi-causerie et autres
  - Selon les initiatives et besoins des autres comités de pairs, transmettre l'information aux membres.

## **Mode de fonctionnement pour l'année à venir**

- Participation à une rencontre conjointe avec le comité maintien des compétences à la suite de l'assemblée générale annuelle afin d'arrimer nos actions.
- Nous sommes disponibles pour diffuser l'information reçue de l'exécutif et des autres comités de pairs.
- Nous comptons faire de 4 à 6 rencontres dans la prochaine année pour compléter l'implantation des moyens de diffusion et mettre en place le médium d'information pour faire connaître le quotidien des divers types de professionnels du Conseil.

## ACRONYMES

AEOR	Accueil-évaluation-orientation-référence (pour les services psychosociaux)
ASI	Assistante en soins infirmiers
DITED	Déficience intellectuelle trouble envahissant du développement
ECG	Électrocardiographie
GÉBA	Grille d'évaluation des besoins en allocation (pour l'aide à la personne)
GMF	Groupe de médecine familiale
IPM	Index patients maître
JED	Jeunes en difficulté
PACS	Picture Archive and Communication System
PAL	Plan d'action local
PSI	Plan de services individualisés
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RNI	Ressource non institutionnelle
SAD	Soin à domicile
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments
SIMASS	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés
SIPAD	Système d'information clientèle pour les CRDITED
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISSS	Système d'information pour la sécurité des soins et des services
TDAH	Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité
TDM	Tomodensitométrie
UCD	Unité de courte durée
USC	Unité soins critiques