CSSS IUGS

la santé,
une passion à partager

Rapport annuel 2013-2014

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke

PRODUCTION

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Direction générale
375, rue Argyll
Sherbrooke (Québec) J1J 3H5

La reproduction par quelque procédé que ce soit et la traduction, même partielles, sont interdites sans l'autorisation de la Direction générale.

Le rapport annuel 2013-2014 a été adopté par le conseil d'administration à la séance du 10 juin 2014.

Ce rapport est disponible :
- à la Direction générale : 819 780-2220, poste 40208;
- sous la rubrique « Documentation et médias » du site Web : www.csss-iugs.ca.

Conformément aux obligations en matière de divulgation de l'information des ministères et organismes publics, le site Web du CSSS-IUGS inclut les documents suivants :
- Organigramme
- Nom et titre des membres de la direction
- Nom du responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels ainsi que les coordonnées pour le joindre
- Plan de classification des documents
- Inventaire des fichiers des renseignements personnels
- Études, rapports de recherche ou de statistiques dont la diffusion présente un intérêt pour le public
- Documents transmis dans le cadre d'une demande d'accès dont la diffusion présente un intérêt pour le public

La réalisation du rapport annuel 2013-2014 est le fruit du travail de nombreux collaborateurs provenant des différentes directions du CSSS – IUGS. Merci à toutes ces personnes pour leur contribution.

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

NOTES :

Ceci est la version administrative du rappel annuel de gestion du CSSS-IUGS.

Dans ce document, le masculin comme le féminin sont pris dans leur sens générique et désignent aussi bien les hommes que les femmes.

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES
RAPPORT D'ACTIVITÉ 2013-2014

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion, ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 du CSSS – IUGS :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Le directeur général,

Carol Fillion

À Sherbrooke, le : 10 juin 2014

Mot de la présidente et du directeur général

S'il est parfois difficile d'extraire des faits saillants parmi la foule de réalisations faites par une organisation aussi vaste que le CSSS-IUGS, il devenait évident, cette année que l'accent devait être mis sur la richesse des ressources humaines et leur engagement. Issus des actions quotidiennes et souvent exceptionnelles des quelque 2900 employés, des 100 médecins et médecins spécialistes, des quelque 90 gestionnaires, des 425 bénévoles et 1700 étudiants, plusieurs des faits saillants de cette année témoignent effectivement de la grandeur d'âme des personnes qui composent l'organisation; de leur savoir-être et de leur savoir-faire qui font la différence.

Ces quelques mots se veulent un peu comme un éditorial; un passage qui invite les lecteurs à porter leur attention sur les rubriques différentes des années précédentes. Une façon de mettre en lumière les faits saillants.

C'est pourquoi cette année, nous avons choisi de consacrer ces mots à la richesse et à l'engagement des ressources humaines du CSSS-IUGS.

L'année 2013-2014 a été riche en réalisations témoignant du profond engagement des membres de la communauté du CSSS-IUGS envers la santé et le mieux-être des populations, celle du territoire de Sherbrooke, ainsi que celles du territoire de l'Estrie. À commencer par l'altruisme exemplaire de nos différentes équipes déployé envers la population de Lac-Mégantic à la suite du sinistre du 6 juillet 2013. Qu'ils se soient rendus sur place, qu'ils soient demeurés à Sherbrooke pour accueillir des résidents provenant du CHSLD de l'endroit ou pour absorber le travail de leurs collègues occupés sur le terrain; intervenants sociaux, agentes administratives, personnels et professionnels de soins et administratifs, équipes de soutien, tous ont fait preuve d'un dévouement hors du commun.

Ce n'est pas qu'en temps de crise que les membres de la communauté du CSSS-IUGS ont fait preuve d'un engagement et d'un professionnalisme hors du commun. Cette année par exemple, le CSSS-IUGS a vacciné plus de 20 000 personnes contre la grippe saisonnière, une augmentation de 56 % par rapport à l'année précédente. Quel succès! Aussi, les équipes de préposés aux bénéficiaires de toutes les unités de soins de longue durée ont adopté, avec l'aide des services informatiques, le nouveau système de cloches d'appel silencieuses acquis grâce à la contribution de la Fondation Vitae. Cette innovation, qui a demandé beaucoup d'adaptation aux préposés aux bénéficiaires, a d'ailleurs valu au CSSS-IUGS un prix Reconnaissance de la Chambre de commerce de Sherbrooke.

Il y a eu aussi le soutien au déménagement en moins de deux mois d'une cinquantaine de personnes souffrant de problème de santé mentale à la suite de la fermeture précipitée d'une ressource d'hébergement. Le déploiement d'outils permettant d'améliorer la fin de vie des résidents, en collaboration avec la Fondation Vitae, fait également partie des belles réalisations de l'an dernier, tout comme le soutien offert aux personnes touchées par l'épisode de verglas et les coupures de courant pendant la période des Fêtes. Tout cela, c'est sans compter le temps investi par les superviseurs de stages et les équipes pour accueillir 1730 étudiants de 46 disciplines différentes.

La liste est encore longue, vous le découvrirez à la lecture de ces pages. Nous souhaitons que, vous sentiez la grande fierté qui nous anime après avoir pris connaissance de l'ampleur des actions menées avec conviction, passion et professionnalisme par les membres de la communauté du CSSS-IUGS.

Bonne lecture! Bonne découverte de la communauté du CSSS-IUGS dont nous sommes si fiers!

Diane Gingras
Présidente du conseil d'administration

Carol Fillion
Directeur général

Le conseil d'administration du CSSS-IUGS

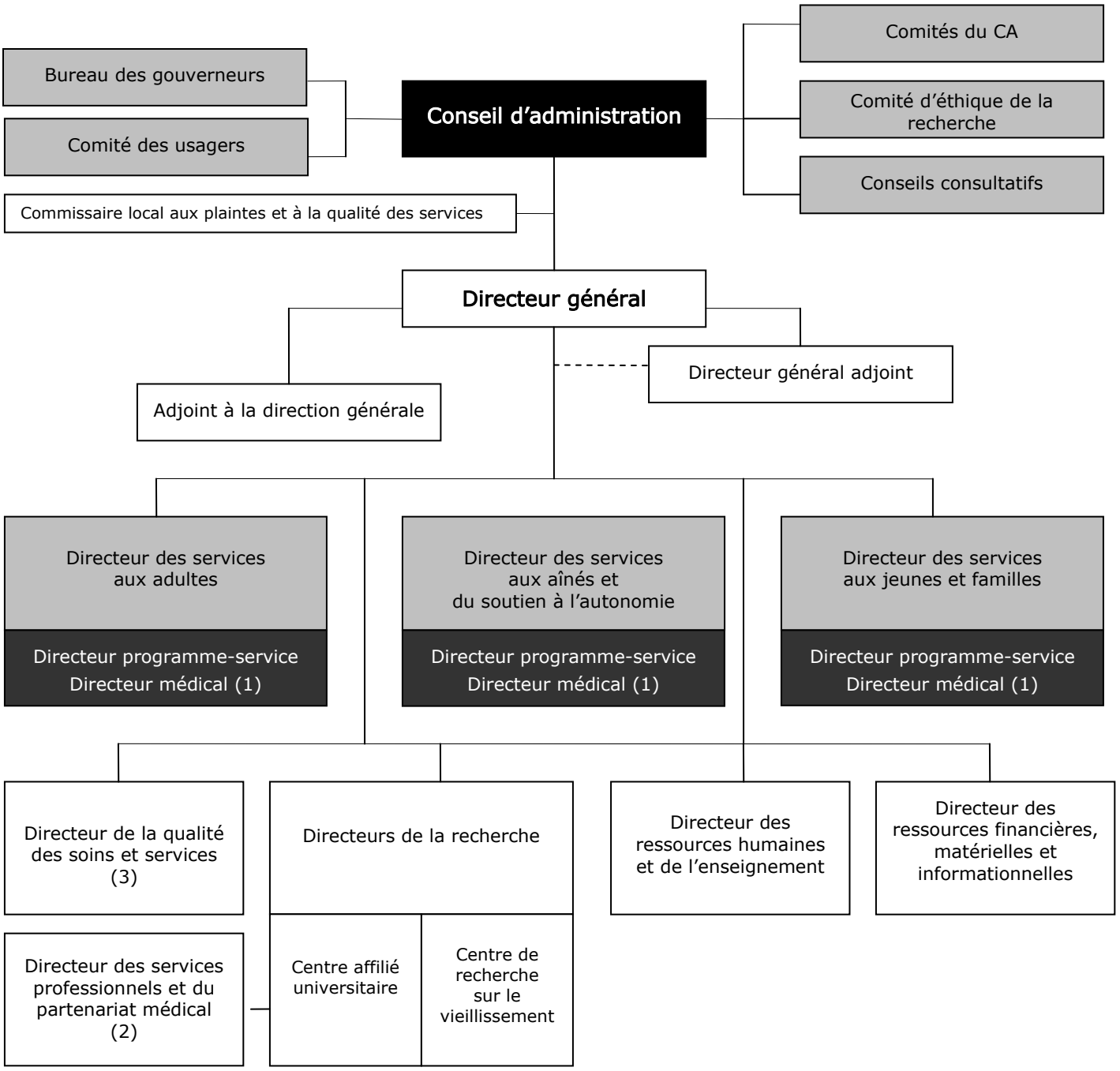
Représentatif de son établissement, de sa population, du réseau local de soins et de services et de son milieu socio-économique, le conseil d'administration du CSSS-IUGS est composé de 19 membres, au 31 mars 2014.

1. **Diane Gingras**
   Désignée par l'Agence de la santé et des services sociaux, présidente
2. **Michel Vachon**
   Désigné par l'Agence de la santé et des services sociaux, vice-président
3. **Carol Fillion**
   Directeur général, secrétaire
4. **Andrée Boutin**
   Désignée par le conseil multidisciplinaire
5. **Patrice Breton**
   Membre coopté
6. **Elisabeth Brière**
   Élue par la population
7. **Jean-Pierre Charest**
   Désigné par le comité des usagers
8. **Chantale Charron**
   Membre cooptée
9. **Sylvie Chrétien**
   Désignée par le conseil des infirmières et infirmiers
10. **Pierre Cossette**
    Désigné par l'Université de Sherbrooke
11. **Pierre Hamel**
    Élu par le personnel non clinique
12. **Gabrielle Jung**
    Désignée par le comité des usagers
13. **Lucie Laflamme**
    Désignée par l'Université de Sherbrooke
14. **Jeannette LeBlanc**
    Membre cooptée
15. **Marie-Claude Lunardi**
    Membre cooptée
16. **Louis-André Neault**
    Membre coopté
17. **Jean Perrault**
    Membre coopté
18. **Pierre-Michel Roy**
    Désigné par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
19. **Johanne Royer**
    Désignée par le conseil des sages-femmes

Ont aussi siégé en cours d'année M. Louis Côté, jusqu'en septembre 2013, et M. Serge Audet, jusqu'en janvier 2014.

Organigramme du CSSS-IUGS

2013-2014



1) Pour ces programmes-services, la direction médicale sera assumée par la Direction des services professionnels et du partenariat médical
2) Cette direction assume les responsabilités qui sont dévolues par la loi à la Direction des services professionnels
3) Cette direction assume les responsabilités qui sont dévolues par la loi à la Direction des soins infirmiers

_____ Liens d'autorité hiérarchique

- - - - - - Liens d'autorité fonctionnelle

LA TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
La déclaration de fiabilité des données – Rapport d'activités 2013-2014	1
Le mot de la présidente du conseil d'administration et du directeur général	3
Le conseil d'administration	5
L'organigramme du CSSS-IUGS	7
La mission, les valeurs, l'ambition et les enjeux prioritaires de l'établissement	11
Les mesures de retour à l'équilibre budgétaire	12
Les défis relevés	12
Les caractéristiques de la population – Les principales données de santé	16
La description des services offerts (liste des programmes et services)	18
LES MANDATS LOCAUX	
La Direction générale	19
La Direction des services aux jeunes et famille (DSJF)	23
La Direction des services aux adultes (DSA)	25
La Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie (DSASA)	28
La Direction des services professionnels et du partenariat médical (DSPPM)	31
La Direction de la qualité des soins et des services (DQSS)	33
La Direction des ressources humaines et de l'enseignement (DRHE)	36
La Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles (DRFMI)	39
LES MANDATS RÉGIONAUX	
La Maison de naissance de l'Estrie et les Services de sages-femmes	41
La Clinique du voyageur international de l'Estrie	42
La centrale régionale Info-Santé	42
Le service régional Urgence-Détresse	43
L'hébergement spécialisé en centre d'hébergement	43
Le programme de courte durée gériatrique	43
Le programme de gérontopsychiatrie	44
Le programme des cliniques ambulatoires gériatriques	44
Le programme de réadaptation fonctionnelle intensive	45
Le programme national d'assistance ventilatoire à domicile	46
Le service de paie, rémunération et avantages sociaux	46
LES MANDATS SUPRARÉGIONAUX	
L'Observatoire québécois des réseaux locaux de services	47
La prévention du suicide au Québec et chez les Premières Nations	47
La formation des conseillers en abandon du tabagisme	47
La prévention des infections transmises sexuellement et par le sang en Estrie (ITSS)	47
Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	47
Plan Alzheimer Estrie	47
La Table sur le vieillissement du RUIS de Sherbrooke	48
LES DIRECTIONS DE LA RECHERCHE	
Le Centre affilié universitaire (CAU)	49
Le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV)	50
Les comités et les conseils	53
Le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)	69
Le Bureau des gouverneurs	71
La Fondation Vitae	72
LES ANNEXES	
I. Entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014	77
II. Déclaration de fiabilités des données - États financiers au 31 mars 2014 - Rapport de l'auditeur indépendant –	79
III. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	99
IV. Annexe 7 à la circulaire 2013-001 (03.01.61.03) ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	113

LA MISSION, LES VALEURS, L'AMBITION ET LES ENJEUX PRIORITAIRES DU CSSS-IUGS

Le CSSS-IUGS œuvre à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes au moyen de services accessibles, intégrés, de qualité et offerts en continuité. Il met aussi en place des actions préventives et communautaires offertes avec les partenaires de son territoire. La recherche, l'enseignement ainsi que le partage de nouveaux savoirs font partie intégrante de sa mission. De plus, le CSSS-IUGS contribue spécifiquement à la réponse aux besoins des aînés par des soins et des services généraux et spécialisés.

VALEURS

Quatre valeurs sont privilégiées dans la communauté du CSSS-IUGS. Elles teintent les décisions et les actions entreprises :

- le respect : en tout temps au cœur de nos gestes ;
- la collaboration : ensemble, pour aller plus loin ;
- l'excellence : la volonté de mieux faire, d'innover ;
- la transparence : une communication responsable, sincère et constante.

AMBITION

Vouloir toujours mieux pour les Sherbrookois, les Estriens et les Québécois : c'est l'ambition qui anime le CSSS-IUGS, tant en matière de facilité d'accès à des soins et à des services de qualité, adaptés aux besoins des personnes, qu'en ce qui concerne le milieu de travail et d'études qu'il représente pour ses employés, médecins, chercheurs, étudiants et bénévoles. Le CSSS-IUGS aspire à faire évoluer sa communauté dans un environnement stimulant qui favorise la santé et l'engagement. Il se préoccupe d'assurer une communication efficace et transparente auprès de la population et des usagers de services, des intervenants ainsi que des partenaires. Lorsque des situations complexes de santé ou de services sociaux amènent à poser des réflexions éthiques, le CSSS-IUGS fait preuve d'une grande intégrité et mène ces réflexions avant de poser des gestes. C'est ainsi que le CSSS-IUGS aspire à procurer une expérience positive à tous.

ENJEUX PRIORITAIRES

Le plan stratégique 2012-2015 du CSSS-IUGS se veut engagé, créatif, ouvert et respectueux. Il met de l'avant trois enjeux prioritaires, une dizaine d'orientations et 36 objectifs. Ce journal de bord convie la communauté du CSSS-IUGS à des efforts soutenus en lien avec les enjeux prioritaires.

ENJEU 1
Amélioration de l'accès et de la qualité des services par l'innovation et l'optimisation.

ENJEU 2
Intégration transversale et optimale de la mission universitaire aux activités du CSSS-IUGS.

ENJEU 3
Développement des compétences des membres de la communauté du CSSS-IUGS arrimé à l'évolution des pratiques et des besoins de la clientèle.

LES MESURES DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Conformément à la Loi 100, mettant en œuvre certaines dispositions de réduction de dépenses, le CSSS-IUGS a pris des mesures pour assurer l'équilibre budgétaire en 2013-2014 ainsi que le maintien et l'amélioration des services directs à la clientèle.

Ainsi, diverses mesures administratives ont permis de réduire les dépenses et compenser la réduction du budget. Sommairement, les mesures suivantes ont été appliquées :

- mise en place du nouveau plan d'organisation du personnel d'encadrement,
- optimisation des dépenses de fournitures diverses et non-indexation des dépenses de fournitures de bureau,
- gestion rigoureuse de l'administration des médicaments,
- réduction des heures de remplacement du personnel administratif et de soutien,
- réduction des heures supplémentaires,
- réduction des coûts d'énergie et de téléphonie,
- réduction des dépenses liées à des activités non récurrentes.

LES DÉFIS RELEVÉS

PRÉVENTION ET PROMOTION

◘ Allaitement comme facteur de prévention

Un enseignement prénatal sur l'allaitement maternel est maintenant disponible pour toutes les femmes enceintes de Sherbrooke. Une clinique d'aide et de soutien à l'allaitement permet aux mères référées de séjourner à la Maison de naissance de l'Estrie pour identifier les difficultés associées ou menaçant la poursuite de l'allaitement.

◘ Dépistage

En vue d'améliorer l'accès au dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang, les jeunes fréquentant l'école Le Goéland peuvent maintenant bénéficier de ressources plus présentes. D'autres lieux de dépistage ont également émergé au cours de l'année. Une nouvelle organisation des services permet d'améliorer l'accès aux services médicaux requis et un meilleur dépistage de la clientèle itinérante et vulnérable.

◘ Vaccination

Augmentation soutenue de la vaccination auprès des clientèles vulnérables.

◘ Promotion des saines habitudes de vie pour des jeunes en santé

Participation par le biais d'actions de l'Alliance sherbrookoise pour des jeunes en santé, composée d'une regroupement de partenaires dont fait partie le CSSS-IUGS.

PERFORMANCE

◘ Gestion financière précise

Gestion rigoureuse des ressources financières et atteinte de l'équilibre budgétaire.

◘ Innovation

- Utilisation de vidéos dynamiques dans le maintien des compétences des employés en matière de mesures d'urgence.
- Implantation de l'offre de mode de paiement direct auprès de 50 % des fournisseurs.

◘ Optimisation

- Recours à des entrevues de groupe pour certains titres d'emploi.
- Poursuite de l'implantation du Service PRASE (avantages sociaux, paie et rémunération).
- Réalisation de travaux d'optimisation permettant de réduire la durée moyenne de séjour, d'augmenter le nombre d'admissions et de réduire le délai d'attente à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI).

AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

◘ Atteinte de cibles et ajout de ressources

- Grâce à leur bonne performance et à l'atteinte des cibles fixées par le MSSS, les deux groupes de médecine de famille (GMF) intra-muros du CSSS-IUGS et trois autres GMF de Sherbrooke se voient octroyer des ressources professionnelles supplémentaires afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de soutenir la pratique médicale. Cela représente un ajout équivalant à 16 professionnels à temps complet.
- Une troisième infirmière praticienne spécialisée a également été recrutée et s'est jointe à l'équipe du GMF Jacques-Cartier.

◘ Jeunes

- Ajout d'interventions collectives pour les adolescents en difficulté et leurs parents.

◘ Cliniques ambulatoires gériatriques

- Augmentation de l'accessibilité et réduction du délai d'attente pour une consultation en gériatrie ou à la clinique de mémoire.

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ, DE LA SÉCURITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES SERVICES

◘ Personnes hébergées et soutien à domicile

- Projet d'amélioration de la santé buccodentaire des personnes hébergées piloté par le Service de dentisterie. Un processus d'évaluation continue est assumé avec le soutien du Centre de recherche sur le vieillissement.
- Amélioration des soins de fin de vie des résidents en CHSLD et du soutien aux proches.
- Diminution des erreurs de médicaments en soins de longue durée.
- Réduction du recours à l'utilisation des mesures de contrôle pour les personnes hébergées en soins de longue durée.
- Amélioration de la continuité des services offerts aux personnes handicapées vivant à domicile.

◘ Nouveaux partenariats et consolidation

- Travaux de concertation par l'entremise de la Table médicale territoriale, regroupant les représentants des GMF et de la Clinique-Réseau, afin de développer une vision commune du rôle des professionnels en GMF ainsi que des liens de collaboration.
- Mobilisation de nouveaux partenaires au comité de coordination en dépendance.
- Développement important des soins pharmaceutiques au sein des GMF.
- Travail de collaboration avec le Centre de réadaptation Estrie et les organismes communautaires du réseau de déficience physique afin d'améliorer les arrimages.

◘ Formation et outils pédagogiques

- Rehaussement de la qualité des notes d'évolution au dossier pour les intervenants du domaine psychosocial.
- Lancement du *Guide de réflexion en contexte de maladie grave et de fin de vie : pour que les soins répondent aux volontés de la personne* réalisé par le comité d'éthique clinique du CSSS-IUGS sous la présidence de D^re^ Anne-Marie Boire-Lavigne.

LE CSSS-IUGS DANS SON MILIEU

◘ Lac-Mégantic

- Lors des événements tragiques survenus à Lac-Mégantic en juillet 2013, plusieurs des services d'aide directe et indirecte à la population ont été mis à contribution.

◘ Relocalisation d'une clientèle vulnérable

- À la suite de la fermeture de la Maison Marquette, plusieurs personnes vulnérables ont dû être relocalisées.

◘ Jeux du Canada

- Depuis le début de l'histoire des Jeux du Canada, le Québec n'avait jamais été l'hôte des Jeux d'été du Canada. C'est à Sherbrooke, en août 2013, que plus de 4 000 athlètes de partout au Canada et représentant vingt disciplines, se sont donné rendez-vous. Le CSSS-IUGS, comme membre actif dans son milieu, a mis à contribution son expertise en prêtant une ressource à temps complet pour une année afin de coordonner le Bureau de santé des Jeux d'été du Canada. L'expertise de l'équipe de prévention et de contrôle des infections a également été mise à contribution.

◘ 25^e^ anniversaire du Centre de recherche sur le vieillissement et 50^e^ anniversaire du Centre d'hébergement St-Joseph

- De façon exceptionnelle en 2013, le CSSS-IUGS a interpellé la communauté sherbrookoise en la conviant à deux activités publiques dans le cadre du 25^e^ anniversaire du Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) et du 50^e^ anniversaire du Centre d'hébergement St-Joseph. Ce sont les Sherbrookois, qui collaborent aux projets de recherche du CdRV, qui étaient au cœur des célébrations du 25^e^ anniversaire. Lors des festivités du 50^e^ anniversaire du Centre d'hébergement St-Joseph, les usagers et leur famille ont été conviés à un pique-nique et à une exposition de photos relatant l'histoire de cette institution dans la vie sherbrookoise.

EXPERTISE ET RAYONNEMENT

◘ Vieillissement

- Un mandat a été confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour la réalisation d'un projet permettant d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des personnes présentant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Le CSSS-IUGS est également

responsable de coordonner deux autres projets semblables qui se déroulent dans des établissements du Réseau universitaire intégré de santé de Sherbrooke (RUIS).

- Deux chercheurs du Centre de recherche sur le vieillissement ont été nommés à des instances, dénotant ainsi la notoriété de leurs travaux et leur influence : P^re^ Dubuc, à titre de membre du Conseil consultatif de l'Institut du vieillissement (IV) des IRSC et P^re^ Beaulieu, nommée membre du Conseil national des aînés.
- Plusieurs chercheurs ont présenté leurs travaux dans le cadre des consultations sur le *Livre blanc* pour la création de l'assurance autonomie.
- Un mandat a été confié par le MSSS pour réaliser les travaux préparatoires à la diffusion d'orientations en vue de l'implantation plus uniforme de la fonction de gestionnaire de cas au sein des réseaux de services aux personnes âgées.
- Les travaux de la P^re^ Garon ont donné lieu à la 2^e^ conférence internationale des Villes amies des aînés (VADA) réunissant 46 pays différents à Québec.
- Lancement du *Guide pour les proches aidants et les intervenants : problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer* réalisé sous la direction de D^re^ Hottin, gérontopsychiatre.

◘ Services de première ligne

- Tenue d'un colloque international visant le partage des pratiques québécoises et écossaises en matière d'offre et d'adaptation des services de première ligne.
- L'intervention de quartier a été identifiée comme pratique de pointe du CSSS-IUGS.
- Une nouvelle programmation scientifique a été déposée afin que l'établissement soit reconnu comme Institut universitaire de première ligne. Issue d'une vaste consultation auprès de gestionnaires, d'intervenants et de collaborateurs, cette programmation se veut le reflet des besoins et des enjeux des milieux de pratique.

LE PARC IMMOBILIER

- Aménagement de plus de 900 m^2 de l'édifice du CLSC 95, rue Camirand afin d'offrir un environnement sécuritaire et adapté aux besoins de la clientèle et des employés.
- En collaboration avec l'Université de Sherbrooke, une installation de trente capteurs solaires permet le préchauffage de l'air à l'Hôpital et centre d'hébergement D'Youville, générant une économie prévisible d'environ 16 000 $ annuellement sur les frais associés.
- Réfection du système de chauffage de l'édifice administratif situé sur la rue Murray permettra des économies récurrentes de plus de 35 000 $.

LES PRIX

- Prix *Reconnaissance de la Chambre de commerce de Sherbrooke* dans la catégorie « Organisme public » pour le projet de système de cloches d'appels silencieuses et sans fil Vocera. Cette technologie a été déployée sur les onze unités de soins de longue durée afin de favoriser la quiétude des résidents et de réduire le délai de réponse à leurs appels. Ce projet a impliqué de près le comité des usagers et les comités de résidents de l'établissement, la Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie (DSASA), la Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles (DRFMI), le soutien financier de la Fondation Vitae ainsi que la compagnie IBM qui a développé la technologie.

- P^re^ Hélène Payette du Centre de recherche sur le vieillissement a reçu le prix *Betty Havens*, remis par l'Institut de recherche en santé du Canada, qui reconnaît les réalisations exceptionnelles et l'excellence dans l'application des connaissances dans le domaine du vieillissement. Ce prix lui a été remis à titre de chercheure principale de l'*Étude longitudinale québécoise sur la nutrition comme déterminant d'un vieillissement réussi* (NuAge).

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE SHERBROOKE ET DE L'ESTRIE

Le CSSS-IUGS est responsable des soins de santé et des services sociaux de première ligne pour les Sherbrookois, et pour certains services, pour les Estriens. Il est aussi responsable d'offrir les services et les programmes spécialisés en gériatrie à la population de l'Estrie.

POPULATION

- En 2012, Sherbrooke comptait 154 289 habitants ; une population qui a augmenté de 12 % entre 2001 et 2011, comparativement à 3 % pour les autres réseaux locaux de services (RLS) de l'Estrie et à 8 % pour l'ensemble du Québec.
- En 2008-2010, l'espérance de vie des Sherbrookois est passée à 79,4 ans chez les hommes et à 84,4 ans chez les femmes. Les femmes sherbrookoises ont une espérance de vie supérieure à celle des femmes québécoises qui est de 83,5 ans.
- On estime que la population de Sherbrooke atteindra 159 362 personnes en 2021.

◘ Naissances

- Le nombre annuel de naissances à Sherbrooke est passé de 1 510 en 2002-2006 à 1 692 en 2007-2011.

◘ Jeunes

- À Sherbrooke, le quart des élèves de la maternelle est vulnérable[1] dans au moins un domaine de son développement.
- Il y a plus de garçons (32,1 %) vulnérables au plan de leur développement que de filles (18,0 %) (3).
- Près de 57 % des jeunes du secondaire consomment au moins cinq portions de fruits et légumes par jour (4).
- Les garçons sont globalement plus actifs que les filles : 40 % contre 24 %.
- L'insatisfaction de l'image corporelle est bien présente chez les jeunes : 40 % des jeunes filles et 24 % des garçons désirent avoir une silhouette plus mince, tandis que 20 % des garçons souhaitent avoir une silhouette plus forte (6).
- Le nombre de jeunes fumeurs est à la baisse. En Estrie, cette proportion est passée de 30 % en 2000 à 17 % en 2005 et à 10 % en 2012. À Sherbrooke, en 2012 on compte 8,8 % de fumeurs d'âge secondaire (7).
- Le nombre de cas d'infection à la chlamydia, une infection transmissible sexuellement, est passé de 1 868 cas (2003-2007) à 2 532 cas (2008-2012).

◘ Aînés

- La croissance du groupe de personnes âgées de 75 ans et plus a été plus faible à Sherbrooke (25 %) qu'ailleurs en Estrie et au Québec (35 %).
- On prévoit que près de 22 % de la population sera âgée de plus de 65 ans en 2021.
- Près de 40 % des personnes âgées de Sherbrooke vivent avec une incapacité.

◘ Immigration

- La population immigrante représente 7,1 % de la population sherbrookoise comparativement à 12,6 % au niveau provincial.

[1] Les enfants vulnérables sont ceux qui ont obtenu un faible pointage en ce qui concerne leur développement global par rapport aux autres enfants. Il ne s'agit pas de vulnérabilité matérielle ou sociale.

CONDITIONS DE VIE ET DÉFAVORISATION (1)

- En 2011, le revenu annuel brut moyen des Sherbrookois s'élevait à 33 790 $ par personne, comparativement à 36 352 $ pour les Québécois.
- À Sherbrooke, 58,6 % des personnes occupent un emploi.
- Sherbrooke compte 33 communautés. Une douzaine d'entre elles sont défavorisées matériellement et socialement. Ces dernières sont principalement situées dans les arrondissements Mont-Bellevue, Fleurimont et Jacques-Cartier, près du centre-ville. Dans ces communautés, on retrouve des proportions élevées de personnes à faibles revenus (plus de 22 %) et de personnes sans emploi (plus de 35 %).

PROFIL DE SANTÉ (2)

Les principaux problèmes de santé chronique chez la population estrienne de 12 ans et plus sont présentés ci-dessous (2011-2012).

Principaux problèmes de santé	Proportion en Estrie	Proportion au Québec
Hypertension	20,0 %	17,2 %
Obésité*	17,2 %	17,1 %
Fibromyalgie et arthrite	15,5 %	16,3 %
Arthrose	12,5 %	13,7 %
Diabète	7,0 %	6,2 %
Asthme	6,5 %	8,8 %
Maladies cardiaques	6,2 %	5,5 %
Anxiété	5,0%	6,1 %
Troubles de l'humeur	4,7 %	5,0 %

* Chez la population estrienne de 18 ans et plus

1. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Tableau de bord des communautés de l'Estrie - Deuxième édition. [En ligne] www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/surveillance_sante_publique_evaluation/portrait_region/developpement_des_communautes.php.

2. Institut national de santé publique. Portail de l'infocentre. [En ligne] www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca.

3. Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle. Québec : Gouvernement du Québec, 2012.

4. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Qu'en est-il des habitudes alimentaires des jeunes du secondaire en Estrie? Bulletin Vision Santé publique. Avril 2013, 5.

5. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. La pratique d'activité physique des élèves du secondaire : Constat préoccupant qui nécessite la transformation des environnements et la concertation de toute une communauté. Bulletin Vision Santé publique. Avril 2013, 4.

6. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Ce que pensent les jeunes de leur poids et de leur apparence corporelle. Bulletin Vision Santé Publique. Avril 2013, 6.

7. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. La consommation de cigarettes, d'alcool et de drogues chez les jeunes du secondaire en Estrie. Bulletin Vision Santé Publique. Avril 2013, 7.

8. Direction de santé publique de l'Estrie. Infections transmissibles sexuellement et par le sang. Mise à jour des données de surveillance 2003-2012. Sherbrooke : s.n., 2013.

LES SERVICES OFFERTS PAR LE CSSS-IUGS

DIRECTION GÉNÉRALE

Action communautaire

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET DU PARTENARIAT MÉDICAL

Groupes de médecine de famille

DIRECTION DES SERVICES AUX AÎNÉS ET DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Soutien à domicile clientèle long terme
(personnes âgées, déficience physique, maladie chronique et autres clientèles)

- Services d'aide, soins infirmiers, inhalothérapie, réadaptation, nutrition, services psychosociaux, gestion de cas, psychoéducation, etc.
- Partenariat avec les résidences privées pour aînés
- Centre de jour

Soins à domicile court terme

- Soins infirmiers, réadaptation, etc.

Services ambulatoires de physiothérapie

Unité transitoire de récupération fonctionnelle

Cliniques ambulatoires gériatriques (régional)

- Clinique d'ophtalmologie
- Clinique de dermatologie
- Clinique de dysfonction mictionnelle et des troubles du plancher pelvien
- Clinique de gériatrie
- Clinique de mémoire
- Clinique de physiatrie
- Clinique surdité-vertiges-audiologie

Unité de courte durée gériatrique (régional)

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (régional)

Hôpital de jour

Hébergement

- Places régulières en CHSLD (hébergement temporaire et permanent)
- Places en ressources intermédiaires et non institutionnelles (hébergement temporaire et permanent)
- Places d'hébergement pour clientèles à profils spécifiques (régional)

Soins palliatifs

Programme national d'assistance ventilatoire à domicile

Prêt d'équipements

DIRECTION DES SERVICES AUX JEUNES ET FAMILLES

Santé publique

- Approche école en santé
- Initiative des amis des bébés
- Programme de développement des habiletés sociales (Fluppy)
- Services de santé dentaire préventifs en milieu scolaire
- Services de vaccination en milieu scolaire
- Services intégrés en périnatalité et petite enfance

Services généraux

- Liaison postnatale
- Services de santé en milieu scolaire
- Services psychosociaux aux jeunes et familles

Services spécifiques

- Déficience intellectuelle – trouble envahissant du développement
- Dépendance jeunesse
- Jeunes en difficulté
  - Équipe intervention jeunesse
  - Programme CAFE (crise ado famille enfant)
  - Programme négligence (Parent'aise)
  - Réadaptation troubles du comportement
- Orthophonie
- Programme de soutien à la famille
- Santé mentale jeunesse – guichet d'accès

DIRECTION DES SERVICES AUX ADULTES

Accueil et suivi psychosocial adultes

Clinique des jeunes

Clinique des réfugiés

Oncologie

Services à la collectivité

- Dépendances
- Intervention communautaire
- Pratiques cliniques préventives
- Programme 0-5-30
- Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie
- Vaccination

Services ambulatoires en santé mentale et dépendance adulte

- Guichet d'accès en santé mentale

Services courants

- Centre régional de dépistage VIH-SIDA (régional)
- Clinique du voyageur international (régional)
- Prévention et gestion des maladies chroniques
  - Centre d'abandon du tabac
  - Diabète
  - Maladies pulmonaires chroniques
  - Réadaptation cardiaque

Saines habitudes vie

Service d'accueil santé et psychosocial

Service d'Info-Santé (régional)

Services de santé en milieu de détention

Service régional Urgence-Détresse (régional)

Services sages-femmes

Soins infirmiers courants court terme

LA DIRECTION GÉNÉRALE

CAROL FILLION, directeur général
LUCE BEAUREGARD, directrice générale adjointe
CAROLINE VAN ROSSUM, adjointe à la direction générale

La Direction générale a la responsabilité de veiller au bon fonctionnement de l'ensemble des activités en lien avec la mission de l'établissement, incluant la mission universitaire et les objectifs visés. Elle doit aussi assurer la cohérence et la cohésion entre les décisions prises et les actions posées afin qu'elles s'harmonisent aux éléments de son ambition. Enfin, la Direction générale actualise la responsabilité populationnelle de l'établissement et coordonne les réseaux locaux de services.

La Direction générale est soutenue par le Service des communications afin d'assurer, par divers moyens, une communication en continue avec les publics ciblés par ses actions. Les services de la gestion de l'information, de la bibliothèque ainsi que les mandats de santé publique et d'action communautaire sont également intégrés à la Direction générale.

SERVICE DES COMMUNICATIONS

Mandat

Le Service des communications s'assure, par divers moyens, d'informer les publics ciblés par ses actions. Il veille notamment à ce que la population soit informée de l'offre de service du CSSS-IUGS. Il offre des services conseils aux équipes et aux directions et coordonne plusieurs activités de diffusion. Les services de la gestion de l'information et de bibliothèques ont été intégrés à la suite de la réorganisation de la Direction de la coordination et des affaires académiques.

Faits saillants

- **Communications**
  - Adoption, par le conseil d'administration, d'une politique sur l'utilisation des médias sociaux préparée par le Service des communications.
  - Refonte visuelle complète du journal interne *La Missive,* révision de sa politique éditoriale et de son mode de distribution. Une dizaine de numéros réguliers produits et diffusés annuellement.
  - Refonte visuelle et technique du portail Web.
  - Mise en ligne d'une page Facebook en août 2013, qui compte 520 amis.
  - Organisation de six conférences de presse et publication de dix-neuf communiqués. Réception d'une moyenne de deux demandes d'information de la part des médias chaque semaine.
  - Intégration du mandat de coordination des activités de reconnaissance de l'établissement.

- **Gestion documentaire**
  - Révision de la politique de gestion documentaire de l'établissement. Ajout des notions de gouvernance et de gestion des documents électroniques.
  - Mise en place de nombreuses stratégies visant l'implantation d'un Intranet et soutien des directions dans l'épuration des différents outils de gestion de l'information.
  - En vertu de la Loi d'accès aux documents des organismes publics et à la protection des renseignements personnels, gestion de quatorze demandes d'accès à des documents administratifs provenant de huit demandeurs externes, soit huit demandes de plus que l'année précédente. Les demandeurs sont généralement des représentants des médias, d'instances syndicales ou d'associations.

- **Bibliothèque**
  - Réponse à un nombre de demandes de recherches bibliographiques semblable à l'an dernier, 215 par rapport à 222.

- Importante diminution du nombre de demandes internes de prêts entre bibliothèque (PEB) par rapport à 2012-2013. Cette diminution s'explique par l'absence de demandes spéciales de la part du Centre de recherche sur le vieillissement.
    - 2013-2014 : 1 833 demandes
    - 2012-2013 : 2 367 demandes
- Augmentation du nombre de transactions de circulation (prêts et renouvellements) : 3 446 comparativement à 2 984 en 2012-2013.
- Augmentation de la consultation des périodiques électroniques auxquels la bibliothèque est abonnée. Le nombre d'articles téléchargés, parmi les abonnements, atteint 537 pour 2013-2014, soit le triple de l'an passé.

SERVICE D'ACTION COMMUNAUTAIRE

Mandat

L'action communautaire est une pratique d'intervention sociale qui vise à soutenir le développement du milieu et à apporter des réponses collectives à des problèmes sociaux qui ne peuvent être abordés uniquement sous l'angle de l'intervention individuelle ou de groupe. Les quelque quarante dossiers d'action communautaire sont répartis en trois axes de travail : la revitalisation de quartiers, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et le soutien au fonctionnement des organismes communautaires de Sherbrooke.

Axes de travail

1. La revitalisation de quartiers
    - Soutien au développement des Tables de quartier sur les territoires des Jardins-Fleuris (secteur Est) et d'Ascot (secteur Sud).
    - Soutien, en étroite collaboration avec la Direction des services aux jeunes et familles (DSJF), du développement et de la mise en œuvre du projet École LaRocque-Communauté. Cette démarche, en partenariat avec la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke, vise l'amélioration de la réussite scolaire et des conditions de vie des jeunes et des familles du territoire d'Immaculée-Conception. La contribution du service d'action communautaire porte plus spécifiquement sur le développement du quartier comme milieu de vie.
2. La lutte contre la pauvreté et l'exclusion
    - Soutien du projet de la Coopérative de solidarité l'Autre-Toit. Deux immeubles, offrant un total de vingt-deux unités de logement, ont été construits et ont ouvert leurs portes. À ce jour, vingt-huit personnes ont profité d'un logement et du soutien offert par la Coopérative. L'équipe itinérance du CSSS-IUGS est étroitement associée au projet.
    - Soutien au développement du service Travail d'un jour, en collaboration avec la Direction des services aux adultes (DSA). Quelque 125 personnes ont participé à des chantiers de travail dans le cadre de ce projet porté par le Tremplin 16-30 de Sherbrooke.
3. Le soutien au fonctionnement des organismes communautaires
    - Soutien au fonctionnement d'une dizaine d'organisations engagées auprès des jeunes, des familles, des personnes aînées et des personnes en situation de grande pauvreté, telles que le Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME), le Local des jeunes des Jardins-Fleuris et la Table des organismes communautaires personnes aînées.

SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE

Mandat

Le Service de santé publique a pour mandat de soutenir les directions cliniques et les partenaires du réseau local de services (RLS) dans la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé et du bien-être

et de prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes auprès de la population sherbrookoise.

Cette année en a été une de transition. Le Service de santé publique a vu ses activités se concentrer sur les mandats locaux de santé publique. Ce changement est une opportunité d'intensifier le soutien auprès des directions cliniques et des partenaires du RLS. Il s'agit aussi d'une occasion pour assurer un arrimage optimal avec la Direction de santé publique de l'Estrie.

Faits saillants

- Soutenir la planification, le déploiement et le suivi des actions de santé publique à Sherbrooke.
- Rendre disponibles des portraits de santé touchant :
    - les jeunes : habitudes de vie, image corporelle, santé sexuelle et infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS),
    - le suicide,
    - l'allaitement,
    - la santé mentale
    - les traumatismes non-intentionnels.
- Contribuer, avec les partenaires de l'Alliance sherbrookoise pour des jeunes en santé, à la planification et à la mise en œuvre d'actions de promotion des saines habitudes de vie auprès des jeunes de 0 à 17 ans.
- Élaborer, en collaboration avec les directions cliniques, un plan d'action 2014-2017 du Programme intégré des services en santé sexuelle aux adolescents et aux jeunes adultes de Sherbrooke.
- Élaborer un portrait des besoins de la clientèle de l'Office municipal d'habitation de Sherbrooke pour soutenir l'élaboration d'une stratégie intersectorielle.
- Contribuer, dans le cadre de Sherbrooke ville en santé, à la planification et à la mise en œuvre d'actions qui visent la sécurité des piétons et des cyclistes.
- Soutenir la démarche du Tableau de bord en développement des communautés. Le Service de santé publique coordonne ce projet dans le cadre d'une entente avec l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC), la Direction de santé publique de l'Estrie et les CSSS de l'Estrie. Au cours de la dernière année, une deuxième édition du Tableau de bord des communautés de l'Estrie a vu le jour. Cet outil fournit notamment des données statistiques très fines, à l'échelle de trente-trois communautés locales (environ 5 000 personnes).

Autres mandats

DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

À la suite d'une entente conclue avec la Ville de Sherbrooke et la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke, le CSSS-IUGS participe au comité stratégique de partenariat et de gouvernance en développement des communautés. Ce comité s'est donné un schéma de gouvernance commune de l'entente. Une évaluation de la pertinence à étendre ce modèle de soutien aux tables de quartier est présentement en cours.

TRAVAUX SUR LES INDICATEURS DE RLS

Le CSSS-IUGS est membre du groupe de travail national ayant produit l'*Implantation d'un système de suivi global et intégré de la performance des réseaux locaux de services*. Ce document a fait l'objet de nombreuses présentations dans les différentes instances ministérielles, nationales et régionales.

ALLIANCE SHERBROOKOISE POUR DES JEUNES EN SANTÉ

Pour les deux prochaines années, le CSSS-IUGS assumera la présidence de l'Alliance. Au cours de la dernière année, les quatre organisations partenaires ont travaillé de concert à pérenniser les différentes

actions et stratégies au bénéfice des jeunes. Grâce à un don des Caisses Desjardins de Sherbrooke, la Fondation Vitae soutiendra les travaux de l'Alliance pour les trois prochaines années, pour un montant total de 105 000 $.

ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

Toujours soucieux de la qualité des services offerts à sa population, le CSSS-IUGS a déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie un projet qui vise à répondre aux besoins spécifiques de la communauté anglophone. Ce projet permettra de rejoindre cette communauté et d'adapter des services, en collaboration avec ses leaders et les organismes communautaires du milieu.

ÉTHIQUE ORGANISATIONNELLE

L'année a été marquée par une phase de planification et de pré-implantation afin de structurer l'éthique organisationnelle au CSSS-IUGS. La distribution et l'appropriation en continu du guide d'éthique dans la communauté du CSSS-IUGS a été au cœur des actions. Tous, autant les membres du personnel, les médecins, les chercheurs que les bénévoles, les étudiants et les usagers, sont invités à s'inspirer des valeurs privilégiées par l'établissement afin qu'elles se concrétisent dans leurs actions et leurs réflexions quotidiennes. Cet outil imagé est également un outil de promotion des droits des usagers et invite les personnes qui bénéficient des services à adopter une attitude de collaboration avec les intervenants.

SOUTIEN À LA MISSION UNIVERSITAIRE

◘ Les recherches hors programmation

Les activités de recherche sous la responsabilité du Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) ainsi que celles consacrées à la recherche sociale et communautaire effectuées au Centre affilié universitaire (CAU) sont décrites dans les sections consacrées à ces deux directions de recherche.

En plus de ces recherches, l'établissement a contribué à huit nouveaux projets cette année. Parmi ceux-ci, quatre ont été menés par des chercheurs de l'Université de Sherbrooke. La contribution des habiletés parentales à la préparation scolaire des enfants, l'évaluation d'une intervention de promotion visant la vaccination des nourrissons et les comportements antisociaux au travail selon les styles de leadership des gestionnaires sont des exemples de projets de recherche auxquels le CSSS-IUGS a contribué.

Les quatre autres recherches ont été développées par des chercheurs et des établissements hors de la région et ont demandé une contribution du CSSS-IUGS. Parmi celles-ci, il faut mentionner l'évaluation des mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie, les facteurs influençant la pratique infirmière en contraception hormonale au Québec et l'utilisation des environnements intelligents dans le dépistage précoce de la démence.

◘ La convenance institutionnelle

Les demandes de participation à des recherches, qui, pour leur réalisation, visent l'implication de l'établissement, sont analysées et reçoivent les autorisations nécessaires des directions concernées. La Direction générale accompagne les chercheurs qui sollicitent la contribution de l'établissement dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de leur recherche. Elle soutient les gestionnaires et les membres du personnel impliqués pour favoriser le bon déroulement de leur participation.

Le formulaire d'évaluation de la convenance institutionnelle des projets de recherche, disponible sur la plateforme Web Nagano, constitue un outil d'aide à la décision pour les gestionnaires.

Pour l'année 2013-2014, vingt-trois nouveaux projets de recherche, menés par des chercheurs du Centre de recherche sur le vieillissement, des chercheurs du Centre affilié universitaire et des chercheurs externes à l'établissement ont impliqué la collaboration de plusieurs directions. De plus, l'établissement a répondu favorablement au soutien de douze projets de recherche.

◘ Aspects administratifs

Une révision des processus administratifs a été réalisée avec une approche *Lean*, ce qui a nettement amélioré leur efficacité et leur efficience, permettant ainsi d'absorber l'augmentation des demandes des deux entités de recherche. Tant les chercheurs que le personnel de soutien administratif s'en disent très satisfaits.

La coordination des activités de la mission universitaire ont été consolidée pour faciliter l'atteinte des objectifs d'intégration de cette mission dans les différentes sphères de l'établissement.

LA DIRECTION DES SERVICES AUX JEUNES ET FAMILLES

DSJF - CLAUDE MARCHAND, directrice

Mandat

La Direction des services aux jeunes et familles (DSJF) a pour mandat de mettre en œuvre des programmes et des services destinés à favoriser le maintien et l'amélioration continue de la santé, du bien-être et du développement des enfants et des jeunes du territoire de Sherbrooke, de leur famille et des communautés dans lesquelles ils évoluent. La DSJF a aussi pour mandat d'assurer la collaboration de l'établissement avec les partenaires du territoire œuvrant auprès des enfants, des jeunes et de leur famille, dans la perspective d'assurer la continuité des services.

Faits saillants

- **Programme Jeunes en difficulté**

  - **Programme CAFE**
    Lors d'un appel d'une famille en crise, l'intervenant se rend au domicile pour intervenir et amorcer le suivi intensif. Au cours de la 2e année de fonctionnement, 48 familles ont eu accès au programme d'intervention de crise familiale et de suivi intensif CAFE. Une entente entre le CSSS-IUGS et le Centre jeunesse de l'Estrie (CJE) favorise l'intervention du programme dans certaines situations de crises familiales causées par un délit, ce qui permet d'éviter la détention du jeune si ce n'est pas opportun.

CAFE	2012-2013	2013-2014
Nombre de familles	23 (6 mois)	48

  - **Programme de réadaptation – troubles du comportement**
    Une entente avec la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke (CSRS) et le CJE a permis d'expérimenter un modèle d'accompagnement visant à augmenter le nombre et la qualité des plans de services individualisés (PSI) suivis conjointement.

    Nombre de PSI accompagnés : 25

  - **Parent'Aise**
    L'équipe a collaboré à une recherche portant sur huit familles auprès desquelles des outils cliniques sont expérimentés. Comme Parent'Aise se déploie en collaboration avec les ressources de la communauté (intersectorielles et communautaires), la qualité des partenariats est également observée dans le cadre de cette recherche.

    Une formation sur l'approche à privilégier auprès des familles à risque de négligence a également été déployée par l'équipe au sein du réseau local.

Parent'Aise	2012-2013	2013-2014
Nombre de parents et d'enfants joints	378	673

  - **Intervention collective pour jeunes en difficulté et leurs parents**
    Cette année, des groupes destinés aux parents d'adolescents âgés entre 12 et 17 ans ont été déployés, bonifiant ainsi l'offre de service.

Interventions collectives (JED)	2012-2013		2013-2014	
	Groupes	Usagers	Groupes	Usagers
Parent'Aise	2	15	3	22
Aide à la discipline				
0-5 ans	3	22	3	27
6-12 ans	3	26	3	22
Parents d'adolescents	s.o.	s.o.	3	15

- **Intervention communautaire**
  En partenariat avec l'école Larocque et la CSRS, plusieurs directions de l'établissement participent activement aux travaux visant à améliorer la qualité de vie et la réussite scolaire des enfants du quartier Immaculée-Conception. Les objectifs visés sont de stimuler l'apprentissage de la lecture, favoriser les arrimages entre l'école et les services cliniques de la DSJF ainsi que de soutenir le développement de la communauté.

- **Cadre de référence de la pratique psychosociale**
  L'équipe a élaboré le document *Normes et standards d'accessibilité, de continuité, de qualité et d'efficience* qui devient une référence pour la pratique des services psychosociaux des programmes Santé mentale jeunes, Jeunes en difficulté et Dépendance.

◘ Santé mentale jeunes

La DSJF a contribué aux travaux régionaux portant sur la trajectoire de services, adoptés régionalement par la suite, et a expérimenté les outils cliniques, notamment ceux destinés à la continuité des services avec les cliniques médicales du territoire.

Santé mentale jeunes	2012-2013	2013-2014
Nombre de jeunes	333	310

(On note ici une diminution et un écart à la cible qui est de 499 jeunes par année ; la dotation du poste d'infirmière au sein de cette équipe viendra compléter l'offre de service à compter de 2014-2015.)

◘ Services infirmiers et de santé dentaire en milieu scolaire

L'offre de service de santé dentaire est maintenant déployée dans une 2e école secondaire, en ce qui a trait à la pose d'enduits protecteurs dentaires (scellants).

Santé dentaire (scellants)	2012-2013	2013-2014
Nombre d'enfants	446	481

En vue d'améliorer l'accès au dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) chez la clientèle à risque, l'équipe en santé scolaire a augmenté sa présence d'une demi-journée à l'école Le Goéland.

Dépistage ITSS	2012-2013	2013-2014
Nombre total de prélèvements en milieu scolaire	226	363

◘ Déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement (TED) ou trouble du spectre autistique (TSA)

Un projet pilote a permis à vingt-neuf usagers d'avoir accès gratuitement, ou à faible coût, à des activités de jour pendant onze semaines. L'équipe a participé aux travaux régionaux visant à revoir la trajectoire de diagnostic TED et TSA, notamment en participant à l'expérimentation de la nouvelle trajectoire, maintenant adoptée régionalement.

DI TED/TSA	2012-2013	2013-2014
Nombre d'usagers	569	589

◘ Initiative des amis des bébés

L'enseignement prénatal sur l'allaitement maternel est maintenant accessible gratuitement à toutes les femmes enceintes de Sherbrooke, grâce à la mise sur pied de deux nouveaux services. Des rencontres prénatales sur l'allaitement, données en collaboration avec Naissance Renaissance Estrie, ainsi que des ateliers pratiques offerts par le CSSS-IUGS, sont disponibles une fois par semaine sur inscription.

◘ Orthophonie chez les 0-5 ans

Les efforts se sont poursuivis afin de favoriser l'accès à ces services et diminuer les délais d'attente. Les modalités d'accès ont été bonifiées par une rencontre d'information obligatoire pour les parents, avant toute forme de suivi pour leur enfant. Cette modalité permet d'informer les parents sur le développement du langage, tout en leur proposant des activités de stimulation qu'ils peuvent eux-mêmes réaliser.

Orthophonie	2012-2013	2013-2014
Nombre d'enfants suivis	574	683

◘ Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)

Ces services sont déployés principalement dans les quartiers défavorisés de Sherbrooke et par les intervenants qui travaillent à long terme au sein des familles. Les équipes SIPPE ont pour mandat d'aider à résoudre les difficultés importantes vécues par ces familles. C'est notamment le cas des ressortissants Bhoutanais, pour lesquels des interventions de groupe avec les hommes ont été mises sur pieds, étape essentielle à toute démarche d'aide à ces familles.

SIPPE	2012-2013	2013-2014
Nombre total de familles suivies	667	631

LA DIRECTION DES SERVICES AUX ADULTES

DSA - ANDRÉE DUQUETTE, directrice

Mandat

La Direction des services aux adultes (DSA) est la porte d'entrée principale du CSSS-IUGS. En collaboration avec les autres directions et les partenaires de la communauté, elle offre des services de santé et psychosociaux dans une optique d'expérience-client optimale. L'accessibilité, la qualité, la continuité et l'humanisme sont au cœur des interventions.

Faits saillants

◘ Accessibilité aux services

Le CSSS-IUGS a entamé d'importants travaux pour mettre en place un Guichet d'accès central (GAC). Autant les gestionnaires, les professionnels que le personnel de soutien contribuent à s'assurer que le GAC permette de simplifier l'accès aux services. Le projet bénéficie également de la collaboration du Bureau de soutien aux projets de la Direction des ressources humaines et de l'enseignement (DRHE) ainsi que du Centre affilié universitaire (CAU).

◘ Services de soins infirmiers courants

Les services de santé courants sont accessibles à l'ensemble de la population. Ces services sont assurés par les infirmières afin de répondre à des besoins de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes ponctuels qui peuvent être aussi de nature aiguë et réversible. Le ratio des demandes aux services de santé courants a légèrement augmenté.

Soins infirmiers courants	2012-2013	2013-2014
Usagers	6 871	6 926
Interventions	28 400	27 524

La responsabilité principale des mesures d'urgence a été attribuée à ce service. Les procédures uniformisées ont permis de clarifier les rôles de chacun et ainsi d'augmenter l'efficacité de la réponse lorsque survient une situation d'urgence.

◘ Vaccination

Certaines maladies, et leurs conséquences, qui peuvent être évitées grâce à des vaccins sont moins présentes, et ce, grâce à la vaccination de la majorité de la population. Par contre, ces maladies peuvent encore représenter un fardeau sanitaire important et toucher des personnes ou des groupes de personnes qui n'ont pas une couverture complète de vaccination.

- Vaccination des 0-2 ans : en augmentation continue au CSSS-IUGS, aux dépens des autres lieux. Elle est passée de 40 % en 2007 à 67 % en 2012.

- Vaccination contre l'influenza saisonnière : plus de 20 000 personnes se sont fait vacciner en 2013-2014, soit une augmentation de 56 % par rapport à l'an dernier.

- Vaccination contre l'influenza saisonnière au CSSS-IUGS : 1 004 employés se sont fait vacciner, ce qui représente un taux de vaccination de 35 %, soit une augmentation de 4 % par rapport à l'année précédente.

◘ Clinique des jeunes

La Clinique des jeunes reçoit une clientèle âgée de 12 à 18 ans qui consulte pour des problèmes propres à l'adolescence. Les jeunes consultent particulièrement pour des besoins de contraception ou d'infections transmissibles sexuellement.

Clinique des jeunes	2012-2013	2013-2014
Usagers	581	328
Interventions	757	416

◘ Mécanisme d'accès à un médecin de famille

Le mécanisme d'accès à un médecin de famille reçoit les inscriptions de plusieurs centaines de personnes vulnérables par année. Son mandat est d'évaluer l'état de santé des appelants et de les placer en ordre de priorité, à même la liste d'attente. Cette liste est gérée par des infirmières qui s'assurent de référer ces personnes selon leur priorité, mais également selon la disponibilité des ressources médicales du territoire.

Le formulaire d'inscription au mécanisme d'accès à un médecin de famille a été modifié afin de correspondre aux exigences d'un nouvel outil de gestion des listes d'attente (SIGACO). Cette modification a occasionné un retard dans le transfert de la prise en charge des usagers ciblés.

Services médicaux	2013-2014					
	Niveau de priorité					
	0	1	2	3	4	5
Prises en charge par des médecins (transferts et fiches de liaison)	1	34	192	1 115	147	97
Total (13 périodes)	**1 586 prises en charge**					

◘ Clinique des réfugiés

La Clinique des réfugiés réalise des bilans de santé et de bien-être auprès des réfugiés et demandeurs d'asile du territoire de Sherbrooke.

Elle fait également partie du Réseau d'expertise provincial en matière de services aux réfugiés et demandeurs d'asile et a pour mandat de soutenir les CSSS de la Montérégie dans le développement de leurs services pour cette même clientèle. Dans la dernière année, 425 réfugiés et demandeurs d'asile sont arrivés à Sherbrooke.

La Clinique des réfugiés est composée d'une équipe multidisciplinaire (infirmières, médecin, travailleuse sociale) qui évalue la clientèle et la réfère, au besoin, aux autres services du CSSS-IUGS ou aux

organisations du réseau local de services. Depuis juin 2013, un ajout de ressource a permis de donner deux jours par semaine de services infirmiers de plus.

Soins infirmiers	2012-2013	2013-2014
Usagers	394	626
Interventions	1 008	1 469

Services médicaux	2012-2013	2013-2014
Usagers	350	318
Interventions	381	377

Services psychosociaux	2012-2013	2013-2014
Usagers	6	67
Interventions	8	41

◘ Programme de prévention et de gestion des maladies chroniques

Ce programme de prévention inclut le Centre d'abandon du tabagisme ainsi que les programmes de réadaptation cardiaque, de diabète et d'insuffisance cardiaque.

- **Gestion des maladies chroniques**
  L'équipe de prévention et gestion des maladies chroniques a maintenu ses activités pour la population, tout en contribuant activement aux travaux régionaux visant la révision du cadre de référence en maladies chroniques (réadaptation cardiaque, diabète et prévention). Une travailleuse sociale s'est jointe à l'équipe afin d'offrir à certains clients davantage d'outils et de soutien pour actualiser leurs changements d'habitudes de vie.

◘ Intervention de quartier

Des intervenants de quartier ont pignon sur rue dans deux des quartiers les plus défavorisés de Sherbrooke. Conformément à une orientation du plan stratégique de l'établissement, des intervenants ont été identifiés et s'ajouteront aux équipes de quartier.

Une démarche de concertation avec les organismes déjà actifs dans chacun des territoires a été amorcée. L'objectif est d'offrir les services les mieux adaptés possible aux besoins de la population ciblée.

Intervention de quartier	2012-2013	2013-2014
Usagers	149	200
Interventions	486	652
Interventions de groupe	146	210

◘ Services psychosociaux généraux

L'équipe des services sociaux généraux actualise les services de soutien psychosocial offerts à la population et aux partenaires en contexte de sécurité civile. C'est à ce titre que l'équipe d'intervenants et de gestionnaires a été mobilisée dès les premières heures de la tragédie de Lac-Mégantic, et ce, durant plusieurs semaines. À Sherbrooke, l'équipe a soutenu la population et les partenaires lors de l'épisode de verglas en décembre 2013. Des interventions de soutien à la relocalisation ont été appréciées des différents partenaires.

◘ Suivi d'intensité variable (SIV)

Un projet d'organisation du travail pour l'équipe de suivi d'intensité variable a été amorcé en octobre 2013. L'objectif est d'améliorer les conditions de travail des intervenants en offrant un programme d'orientation, des pratiques sécuritaires d'intervention à domicile, le télétravail ainsi que des formations spécifiques. Ce projet multi-établissements se fait en collaboration avec trois autres CSSS.

◘ Itinérance

Dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale, l'équipe itinérance a vacciné la clientèle itinérante, ou à risque de le devenir, dans des milieux stratégiques de la ville. Cette initiative protège la

clientèle à risque de contracter le virus de la grippe et prévient les effets que le virus peut avoir sur leur santé.

◘ Programme dépendances

Les groupes d'Alcochoix +, pour la clientèle ciblée au Centre de détention de Sherbrooke, ont été poursuivis avec le soutien en co-animation d'une intervenante en dépendance de première ligne et une conseillère carcérale. L'offre de groupe Alcochoix + intramuros a débuté. De plus, il y a eu une intégration du projet toxico-itinérance dans le service régulier. Cette intégration permet de dépister la clientèle itinérante et vulnérable et d'améliorer l'accès aux services en dépendance.

◘ Santé mentale ambulatoire

Le projet de l'équipe de garde et stabilisation rapide a été intégré dans les services réguliers afin de poursuivre les suivis post-hospitalisation de la clientèle psychotique et socialement isolée. En mars dernier, à la suite de la fermeture de la Maison Marquette, une cinquantaine de personnes ont été relocalisées, et ce, en moins de quatre semaines. De plus, l'équipe d'intervenants et de gestionnaires a été mobilisée dès les premières heures de la tragédie de Lac-Mégantic.

LA DIRECTION DES SERVICES AUX AÎNÉS ET DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE

DSASA – CÉLINE BUREAU, directrice

Mandat

La Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie (DSASA) a pour mandat d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes et services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé. Ils sont destinés aux personnes aînées soit handicapées ou atteintes d'un cancer, en fin de vie, aux prises avec des maladies chroniques sévères ainsi qu'aux proches aidants. Les services sont offerts à domicile ou de façon ambulatoire. La DSASA est aussi responsable d'offrir un milieu de vie (hébergement) aux aînés ou aux personnes aux prises avec des incapacités importantes.

La DSASA a également le mandat d'animer et de coordonner les programmes-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Déficience physique et Oncologie/Soins palliatifs. Elle assure la collaboration de l'établissement avec les partenaires de la communauté œuvrant auprès des clientèles, dans une perspective de continuité des services.

Faits saillants

◘ Les soins et services à domicile : Aînés, Déficience physique, Oncologie/soins palliatifs et Maladies chroniques

- Ajout du mandat des soins infirmiers à court terme.
- Mise en place d'une fonction de soutien et de conseil après des auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS).
- Ajout de deux ressources infirmières ayant un rôle de soutien et de conseil auprès des équipes, en matière d'évaluation et d'intervention auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).
- Travail de collaboration important avec le Centre de réadaptation Estrie (CRE) et les organismes communautaires du réseau de déficience physique afin d'améliorer les arrimages entre les organisations.
- En lien avec le projet gouvernemental d'assurance autonomie, mise à jour des évaluations de toute la clientèle personnes âgées à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC).
- Développement d'une équipe spécifique à la coordination légère ou modérée, pour la clientèle âgée et la clientèle en déficience physique.

- Développement de la dictée numérique pour les professionnels de la réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique).
- Diminution du délai moyen d'attente pour les consultations auprès de l'équipe d'évaluation. Le délai est maintenant de 23 jours comparativement à 47 jours l'an dernier.
- Augmentation notable du nombre d'usagers desservis et de l'intensité des services pour les aînés et les personnes handicapées.

	2012-2013		2013-2014	
	Usagers	Interventions	Usagers	Interventions
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)	3 576	182 207	3 887	228 824
Déficience physique	998	56 590	1140	64 080
Oncologie soins palliatifs	393	11 430	520	9 628
Prévention des chutes personnes âgées	205	805	263	787
Court terme			857	4 668
Autres	99	704	96	833
Total	5 271	251 736	6 763	308 820

	2012-2013	2013-2014
Usagers en attente d'une évaluation initiale au 31 mars	73	78
Délai moyen d'attente pour l'évaluation initiale (jours)	47	23

◘ Centre de jour

Le Centre de jour est un milieu d'accueil, de jour, pour les aînés avec des incapacités importantes, qui répond aux besoins de socialisation, de maintien des capacités ou de répit des proches aidants. Une révision des processus a permis de diminuer le délai d'attente.

	2012-2013	2013-2014
Usagers desservis	258	262
Moyenne de présences journalières	30,4	33,06
Délai moyen d'attente (jours)	152,8	118,7
Nombre d'usagers en attente au 31 mars	95	91
Présences totales	7 422	8 100

◘ Hôpital de jour

L'Hôpital de jour fait partie de la gamme des services post-hospitaliers. C'est un milieu de soins ambulatoires destiné aux aînés qui ont des incapacités et de multiples maladies liées au vieillissement. Ces derniers ont un potentiel d'amélioration sur le plan physique, psychologique ou social. L'Hôpital permet une investigation médicale spécialisée et des soins curatifs et de réadaptation offerts par une équipe multidisciplinaire. Le nombre de places disponibles est de vingt-huit. La diminution du nombre moyen de présences journalières est due au refus de la clientèle de se rendre à l'hôpital de jour ou à ses multiples rendez-vous médicaux ou encore à son état de santé instable.

	2012-2013	2013-2014
Usagers inscrits	304	301
Présences journalières	21,6	20,9
Délai moyen d'attente (jours)[1]	39,2	25,6
Durée moyenne de séjour (semaines)	13,2	15

1. Ces données excluent les délais pour des raisons médicales

◘ Services ambulatoires de réadaptation

Les services ambulatoires de réadaptation sont destinés à des aînés avec des incapacités transitoires ou permanentes. En physiothérapie, la priorité a été donnée aux services du continuum en orthopédie (par exemple une chirurgie de hanche ou de genou). De ce fait, l'accès pour les usagers ayant d'autres problématiques a diminué.

	2012-2013			2013-2014		
	Usagers	Interventions	Usagers en attente **	Usagers	Interventions	Usagers en attente **
Physiothérapie*	2 553	6 643	118,5	2 495	6 231	141
Orthophonie	198	577	2,4	214	654	3,2
Neuropsychologie	41	69	3,9	42	64	3,5

*La physiothérapie du continuum orthopédie est incluse dans les statistiques de physiothérapie externe.
**Moyenne du nombre d'usagers en attente de traitement à la dernière journée de la période.

◘ Places en convalescence

Six places de convalescence sont disponibles grâce à un partenariat avec le secteur privé. Ce dernier est responsable du gîte, du couvert et de la vie collective alors que le CSSS-IUGS est responsable des soins et des services professionnels. Une augmentation de la durée de séjour et, par le fait même, une légère augmentation du délai d'attente, sont constatées.

	2012-2013	2013-2014
Usagers	79	55
Délai moyen d'attente (jours)	4,1	5,2
Durée moyenne du séjour (jours)	24,2	29,7

◘ Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)

L'UTRF fait partie de la gamme des services post-hospitaliers. Elle a pour mandat principal d'offrir des soins et des services adaptés aux aînés qui ont reçu des soins aigus et qui présentent des incapacités fonctionnelles, par exemple lorsque leur retour à domicile n'est pas possible à la suite de leur congé hospitalier. Il y a une disponibilité de vingt lits mais deux servent également à la convalescence des personnes ayant des besoins de soins importants.

Les résultats de l'UTRF correspondent aux attentes du MSSS. La première année complète de fonctionnement permet de constater que la clientèle a des besoins plus importants qu'anticipé. Cette réalité a nécessité l'ajout important de ressources humaines dont des préposés aux bénéficiaires et des professionnels en réadaptation.

	2012-2013	2013-2014
Usagers admis	79	124
Moyenne de présences journalières	7,6	17,1
Délai moyen d'attente (jours)	11,2	5,8
Durée moyenne du séjour (jours)	33,9	43,8

[1] *L'unité a été pleinement fonctionnelle en mars 2013.*

◘ Hébergement (CHLSD et RI-RNI)

Le nombre de demandes d'hébergement (CHSLD et RI-RNI) a augmenté de près de 15 %.

- **Nombre de demandes**

	2012-2013	2013-2014
Demandes	590	675
Nombre des demandes hors Sherbrooke	10	20
Nombre des demandes hors Estrie	15	18
Population des 75 ans et plus (projection de l'ASSSE)	7,6 %	n/d

- **Hébergement en ressources non institutionnelles (RNI)**

Les ressources d'hébergement non institutionnelles sont des résidences privées pour aînés avec lesquelles le CSSS-IUGS établit des liens contractuels permettant d'accueillir des aînés avec des déficits cognitifs ou des déficits physiques. Le gîte, le couvert ainsi que les soins d'assistance et de vie collective sont sous la responsabilité du propriétaire de la résidence tandis que les soins et les services professionnels sont celles du CSSS-IUGS. En 2013-2014, une réduction du délai d'accès pour les personnes avec des troubles de nature physique ainsi qu'un rehaussement des soins infirmiers sont observés. Le délai d'attente pour les personnes avec des troubles cognitifs est par ailleurs plus élevé bien qu'inférieur à trois mois. Enfin, douze nouvelles places ont été créées pour recevoir une clientèle avec des symptômes comportementaux et psychologiques relatifs à la démence.

Nombres de places	31 mars 2013	31 mars 2014
Résidence Haut-Bois	73	86
Résidence Gîte du Bel Âge	79	79
Résidences Soleil-Manoir Sherbrooke	60	60
Résidence Ste-Famille	11	11
Autres	1	0
Total	**224**	**236**

	2012-2013	2013-2014
Personnes en attente (au 31 mars)	16	23
Délai moyen d'attente (jours) RNI santé physique	43,9	36
Délai moyen d'attente (jours) RNI troubles cognitifs	28,2	74

◘ Hébergement en centre d'hébergement de soins de longue durée, permanent et temporaire

Le CSSS-IUGS est un milieu de vie et de soins pour plus de 750 personnes aînées ou handicapées. Elles sont réparties dans quatre centres d'hébergement. Quelques places permettent d'accueillir des aînés pour de courtes périodes afin d'offrir du soutien aux proches aidants.

Le secteur de l'hébergement a mené avec succès plusieurs projets qui ont permis, notamment, d'accroître l'accessibilité aux services, de réduire le délai d'attente et d'améliorer la qualité des soins, la qualité du milieu de vie et la qualité de vie au travail :

- Déploiement de plusieurs outils permettant d'améliorer les soins de fin de vie (ex. : chariots mobiles incluant des éléments pour le confort des proches, trousses d'information pour le personnel, mises à jour des procédures, etc.),
- Déploiement, sur les onze unités de soins de longue durée, du système de cloches d'appels sans bruit afin de favoriser la quiétude des résidents et réduire le délai de réponse à l'appel d'un résident,
- Amorce des travaux visant la réorganisation des unités de soins afin d'améliorer la réponse aux besoins des personnes aux prises avec des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence,
- Poursuite des améliorations visant la réduction des erreurs de médicaments,
- Poursuite des améliorations visant la réduction des mesures de contrôle,
- Mise en place de mesures visant l'amélioration de la santé buccodentaire des résidents,
- Mise en place de mesures visant l'amélioration de l'activité alimentation pour les résidents.

Nombre de lits	31 mars 2014
Hôpital et centre d'hébergement Argyll	261
Hôpital et centre d'hébergement D'Youville	144
Centre d'hébergement St-Joseph	144
Centre d'hébertement St-Vincent	205
Total	**754**
Lits de surcroît	17

	2012-2013	2013-2014
Délai moyen d'attente (jours) toute provenance	25,3	26,2
Délai moyen d'attente (jours) pour les usagers en provenance du CHUS	13,3	16,3
Taux d'occupation	101,9 %	101,1 %

Répit dépannage	2012-2013	2013-2014
Usagers	25	35
Durée moyenne du séjour (jours)	10,0	8,3

Hébergement par alternance	2012-2013	2013-2014
Usagers	10	9
Nombre de séjours	48	57

LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET DU PARTENARIAT MÉDICAL

DSPPM - SUZANNE GOSSELIN, directrice

Mandat

La Direction des services professionnels et du partenariat médical (DSPPM) est responsable, en lien avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), de l'organisation et de la supervision de l'activité médicale de l'établissement. Elle a aussi pour mandat de favoriser les liens de partenariat

entre les médecins du territoire et le réseau local de services. Elle est responsable des services de pharmacie, de radiologie, de dentisterie, des GMF intra-muros et de l'unité de médecine familiale, des activités de laboratoire, du secrétariat médical, des réceptions, de la téléphonie et des archives.

Faits saillants

◘ Groupes de médecine de famille (GMF)

Grâce notamment au respect des exigences du nombre d'inscriptions et de l'offre de service, les deux GMF intra-muros ont reçu une enveloppe budgétaire afin d'intégrer de nouveaux professionnels pour soutenir la pratique médicale. Ils contribuent à la prise en charge des personnes vulnérables référées par le Mécanisme d'accès au médecin de famille (245 personnes en 2013-2014).

- **UMF-GMF des Deux-Rives**

	2012-2013	2013-2014
Clientèle inscrite	11 101	11 462
Nombre d'accouchements *	289*	265*
Clientèle suivie à domicile et au CHSLD Shermont	225	214

- **GMF des Grandes-Fourches**

	2012-2013	2013-2014
Clientèle inscrite	14 595	15 207
Nombre d'accouchements*	404*	329*
Clientèle suivie à domicile	241	221

* Données sur une période de douze mois : 1er janvier au 31 décembre 2013.

Trois autres GMF de Sherbrooke (Jacques-Cartier, Plateau-Marquette et St-Vincent) ont également reçu des nouvelles ressources professionnelles qui relèvent du CSSS-IUGS. Ces dernières sont issues de différentes catégories professionnelles (pharmaciens, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, nutritionnistes, inhalothérapeutes, orthophonistes). Cela représente un ajout de seize personnes à temps complet. La population du territoire de Sherbrooke peut maintenant compter sur un septième GMF, soit le GMF Belvédère-Galt, où deux infirmières du CSSS-IUGS ont été intégrées.

◘ Unité de médecine de famille (UMF) de Jacques-Cartier

Afin de mieux répondre aux besoins d'enseignement des futurs médecins de famille et des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, le CSSS-IUGS a travaillé, en collaboration avec le Département de médecine de famille de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et le GMF de Jacques-Cartier, pour ouvrir une nouvelle UMF. Il s'agit de la première UMF en clinique privée au Québec. Celle-ci pourra compter sur l'ajout de professionnels enseignants provenant de différentes disciplines : pharmacie, nutrition clinique, psychologie et service social pour contribuer à la formation des futurs médecins de famille.

Une troisième infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-PL) a été recrutée par le CSSS-IUGS et s'est jointe à l'équipe du GMF Jacques-Cartier.

◘ Pharmacie

- Cinq pharmaciennes du CSSS-IUGS contribuent maintenant à bonifier l'offre de soins pharmaceutiques dans quatre GMF.
- Services et soins pharmaceutiques offerts aux douze patients de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive du Centre de réadaptation Estrie (CRE).
- Réalisation du bilan comparatif des médicaments, par les pharmaciens, pour les personnes admises en soins de courte et de longue durée. Une analyse complète du profil pharmacologique est réalisée dans la semaine suivant l'admission.
- Contribution à la réalisation d'une étude sur l'utilisation optimale de la médication chez les personnes âgées admises au CHUS ainsi qu'à l'évaluation d'une intervention auprès des équipes médicales, dans le cadre de l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

- Collaboration avec le service correctionnel de Sherbrooke pour la mise en place de l'arrêt tabagique complet dans le Centre de détention en y créant, entre autres, une ordonnance collective pour la prescription des timbres de nicotine.

◘ Dentisterie

- Collaboration avec la DSASA, la DQSS et la DRHE à une démarche d'amélioration de la santé buccodentaire des personnes hébergées.
- Élaboration d'un protocole de recherche en collaboration avec un chercheur du Centre de recherche sur le vieillissement afin de mesurer l'impact de cette démarche d'amélioration.

◘ Archives médicales

- Déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ).
- Attribution des dispositifs d'accès pour l'ensemble des cliniques, GMF et pharmacies communautaires du territoire du CSSS-IUGS. Plus de 250 accès possibles à ce jour.

LA DIRECTION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

DQSS - NATHALIE SCHOOS, directrice

Mandat

La Direction de la qualité des soins et des services (DQSS) exerce une fonction transversale auprès de l'ensemble des directions. Elle est responsable de la surveillance, de l'évaluation et du contrôle de l'exercice et du développement des pratiques professionnelles, tant en soins infirmiers qu'au chapitre des services multidisciplinaires. À cet égard, la DQSS s'assure de la conformité avec la législation, la réglementation et les orientations en vigueur et de la qualité des actes professionnels, dans le but d'offrir à la clientèle des soins et des services sécuritaires basés sur les meilleures pratiques et les pratiques novatrices.

- Accompagner et soutenir le mandat du conseil des infirmières et infirmiers, du conseil multidisciplinaire et du conseil paraprofessionnel de l'établissement.
- Collaborer activement aux activités d'enseignement et de transferts des connaissances.
- Assurer une prestation sécuritaire de soins et de services.

Faits saillants

En lien avec les principaux mandats de la DQSS, voici les faits saillants des activités.

◘ Exercice et développement des pratiques professionnelles

- Élaboration et adoption d'un modèle sur l'encadrement et le soutien aux pratiques dans le but d'harmoniser les rôles attendus à l'égard du personnel concerné, de favoriser le développement des compétences et de soutenir adéquatement les équipes de travail.
- Élaboration de six documents de référence pour les intervenants utilisant l'application I-CLSC : saisie des interventions, épisodes de soins, charge de cas et modèle d'intervention, demande de services, fiche de périnatalité, index usager et historique du dossier, intervention significative.
- Élaboration du *Guide d'encadrement des manifestations de violence de la part d'usagers, de proches ou de visiteurs*.
- Collaboration à la création et à la diffusion d'une nouvelle campagne de promotion de la non-violence au CSSS-IUGS.
- Refonte du contenu de la formation en prévention de la violence et élaboration du matériel de formation.

Soins infirmiers

- Finalisation des mesures prévues au plan d'amélioration dans le processus d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en lien avec deux situations cliniques, soit l'évaluation post-chute et la surveillance des usagers sous opiacés. Confirmation par l'OIIQ de l'atteinte des exigences.
- Poursuite du programme de préceptorat en soins infirmiers pour le secteur de l'hébergement et actualisation pour le secteur de la première ligne.
- Quelque 35 infirmières et 45 infirmières auxiliaires ont bénéficié du programme de préceptorat en cours d'année.
- Poursuite du programme de préparation à l'examen professionnel de l'OIIQ destiné aux candidates à l'exercice de la profession infirmière embauchées au CSSS-IUGS.
  - ⇨ Taux de réussite de 83 % (dépassement de la moyenne provinciale de 9 %).
- Révision des pratiques des assistantes natales en matière de soutien à l'allaitement en collaboration avec la Direction des services aux jeunes et familles, les sages-femmes et les assistantes natales de la Maison de naissance de l'Estrie.
- Élaboration d'une formation visant l'évaluation de la fonction respiratoire pour le personnel infirmier.

Pratiques professionnelles multidisciplinaires

- Élaboration et déploiement d'une formation sur la rédaction des notes d'évolution et la tenue de dossiers pour les intervenants du domaine psychosocial, en collaboration avec les directions cliniques et le secteur du développement des compétences : création du matériel pédagogique et adaptation de la formation pour la Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie (DSASA).
- Élaboration et réalisation d'un audit concernant l'évaluation du risque suicidaire et l'utilisation de la grille d'estimation du risque de dangerosité.

◘ Amélioration continue de la qualité

- Révision et adoption de la structure de gouvernance du système qualité au CSSS-IUGS.
- Création d'un comité permanent de coordination de la démarche d'agrément.
- Planification et réalisation du sondage auprès du personnel sur le degré de mobilisation et la norme *Entreprise en santé*.
- Planification et coordination des sondages de satisfaction de la clientèle réalisés par l'entremise du Conseil québécois d'agrément (CQA).

Suivi de recommandations d'Agrément Canada

- Suivi sur les ordonnances verbales et téléphoniques, le résultat d'un audit prouvant que la mise en application a été réalisée.

◘ Sécurité des soins et des services

- Réalisation d'une visite d'appréciation de la sécurité de l'équipe du bureau de santé exerçant au Centre de détention de Sherbrooke avec la collaboration de la Direction des services aux adultes (DSA).
- Élaboration et déploiement d'un programme de prévention qui complète le plan de sécurité de l'établissement.
- Élaboration d'un plan d'amélioration en suivi aux résultats obtenus au sondage sur la culture de sécurité des usagers.
- Tournée de toutes les équipes de gestion de l'établissement ainsi que des instances syndicales dans le but de mieux comprendre ce que représente, au CSSS-IUGS, une culture de sécurité.
- Mise en place et animation d'un groupe de travail interdisciplinaire portant sur l'analyse des déclarations d'événements liés à des actes de violence.

- ⇨ Élaboration d'un outil d'aide à la décision lors de la déclaration d'événements indésirables et diffusion auprès des gestionnaires et de leurs équipes.

- Révision et mise en application du nouveau formulaire ministériel de déclaration des incidents et des accidents.
- Réalisation d'une analyse prospective portant sur le processus d'utilisation sécuritaire des cylindres d'oxygène sur les unités de soins.
- Révision du processus d'identification et d'approbation des analyses prospectives annuelles en collaboration avec le comité de gestion des risques.
- Réalisation d'un audit concernant les usagers ayant eu une conséquence grave à la suite d'une chute et les usagers ayant fait des chutes à répétition.

Mesures de contrôle

Le recensement annuel des mesures de contrôle a été réalisé en juin 2013. En comparaison avec les années précédentes, les résultats démontrent :

- ⇨ une diminution du nombre d'usagers porteurs d'une mesure de contrôle,
- ⇨ une diminution du nombre de mesures de contrôle en usage,
- ⇨ une hausse du nombre de consentements signés,
- ⇨ une hausse du nombre d'ordonnances signées et valides,
- ⇨ une meilleure traçabilité de l'information au dossier.

En juin 2013, 372 mesures de contrôle ont été déclarées comparativement à 521 au cours de l'année précédente. Les ratios de l'ensemble des milieux se situent entre 0,30 et 0,88 mesure de contrôle en usage.

- **Types de mesures de contrôle**

Les types de mesures de contrôle sont variés et répondent chacun à des objectifs précis d'intervention. Les ceintures et les ridelles de lit représentent, encore cette année, les mesures de contrôle les plus utilisées, soit 84 %.

- **Motifs d'utilisation**

Le risque de chute demeure le motif principal d'utilisation d'une mesure de contrôle. La réduction de 16,2 % de ce motif peut être associée aux effets des efforts de sensibilisation effectués dans l'établissement au cours de la dernière année.

Dans une optique de prestation sécuritaire des soins et d'une utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle chez les usagers, les travaux suivants ont été réalisés :

- ⇨ poursuite des activités d'intégration et d'harmonisation des pratiques de soins et visant aussi une meilleure traçabilité de l'information aux dossiers des usagers,
- ⇨ formation de tous les préposés aux bénéficiaires (555) et de 113 infirmières auxiliaires sur l'application sécuritaire des appareils de contention et soutien à l'intégration de la formation dans la pratique courante par l'identification, dans les quatre centres d'hébergement, d'un préposé ayant une fonction *d'agent ASAC* (application sécuritaire des appareils de contention).

Prévention et contrôle des infections

- Révision du processus d'évaluation de l'hygiène des mains ayant permis l'élaboration d'un plan triennal d'observation de l'hygiène des mains.
- Réalisation de l'audit annuel sur l'hygiène des mains en y incluant, pour la première fois, une méthode d'analyse par sondage pour les intervenants du soutien à domicile.
- Participation à la semaine régionale de prévention des infections sous le thème des pratiques de base : sensibilisation du personnel.

- Révision des mécanismes de collaboration et d'intervention, avec le secteur de l'hygiène salubrité de la Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles, lors de situations de prévention des infections.
- Présentation et approbation du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration.

◘ Consultation de la population

Relativement à son obligation d'évaluer la satisfaction des usagers à l'égard des soins et des services rendus, la DQSS a soutenu différentes directions dans la mise en place de sondages de satisfaction auprès d'usagers. Des sondages sont réalisés en continu auprès des usagers de différents programmes et services, soit les soins palliatifs au soutien à domicile, la Maison de naissance de l'Estrie, la Clinique du voyageur international, les soins de fin de vie en hébergement, le service de convalescence et les suivis des équipes de la Direction des services aux jeunes et familles.

En cours d'année, la DQSS a participé à une vingtaine de sondages, soit par la création, l'élaboration et la mise en ligne des sondages ou par le soutien à leur analyse. Dans un souci d'impliquer de plus en plus les usagers dans l'organisation des soins et des services, le comité des usagers, des comités de résidents ainsi qu'un groupe de mères pour la Maison de naissance de l'Estrie ont collaboré à certains projets.

◘ Suivi des recommandations des visites ministérielles

- Centre d'hébergement St-Vincent (visite en février 2014).
  Un plan d'amélioration est en cours d'élaboration en vue de donner suite aux treize recommandations formulées par le MSSS.

◘ Suivi des recommandations des visites d'inspection professionnelles

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (novembre 2011).
  Le suivi en lien avec l'inspection professionnelle de l'OIIQ (2011) s'est poursuivi. Des activités de formation, des outils d'encadrement clinique et des stratégies de soutien à l'intégration des nouvelles pratiques ont été réalisés pour les deux situations cliniques ayant été ciblées par le plan d'amélioration continue de la qualité (soins et surveillance post-chutes et pour les usagers sous opiacés). Le CSSS-IUGS a satisfait à toutes les exigences de l'OIIQ à la suite du dépôt des derniers résultats d'audits.

LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ENSEIGNEMENT

DRHE - JOSÉE PAQUETTE, directrice

Mandat

La DRHE offre des services-conseils intégrés en gestion des ressources humaines et en matière d'enseignement afin de soutenir la réalisation des objectifs organisationnels. L'ensemble des actions convergent vers la mise en place d'un milieu de travail prônant la santé, la sécurité et le bien-être des travailleurs et des étudiants afin d'offrir des services de qualité.

Trois dossiers prioritaires des ressources humaines découlent de la planification stratégique de l'organisation.

1. **Convenir de l'offre de service du Bureau de soutien aux projets**

   Des démarches ont permis de cerner les principaux rôles de cette nouvelle instance de la DRHE et d'amorcer le soutien de projets dans l'établissement comme celui du guichet d'accès centralisé des projets. Des démarches ont aussi été amorcées afin de se doter d'un processus et d'une structure de gestion de portefeuille en commençant par l'inventaire des projets en cours au sein de l'établissement.

2. **Intégrer la mission de l'enseignement aux activités de l'établissement**

   L'enseignement fait partie de la culture de l'établissement. Toutes les équipes de travail contribuent à former la relève des travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. Des démarches sont amorcées pour élaborer la politique de l'enseignement et de nombreuses consultations sont en cours. Des réflexions en cours permettront de définir des modalités de soutien et de reconnaissance lors de la supervision de stages.

   En 2013-2014, le CSSS-IUGS a assuré la formation pratique de 1 730 étudiants issus de 46 disciplines académiques différentes, dont 837 de niveau universitaire, 447 de niveau collégial et 446 de niveau professionnel. Ces étudiants ont contribué aux 25 454 jours d'activités au sein de l'organisation. Ensemble, ils ont réalisé 13 314 interventions de façon autonome auprès de 6 697 personnes. L'implication de 435 superviseurs membres du personnel a permis d'encadrer et de favoriser les apprentissages des étudiants. L'arrivée de ces derniers a aussi engendré 84 activités d'accueil.

3. **Définir une vision commune de la gestion du développement des compétences et préciser les responsabilités des acteurs clés**

   Différentes instances ont été consultées afin que l'établissement se dote d'une vision commune quant à son modèle de développement des compétences. Ce modèle, axé sur le déploiement de stratégies variées et novatrices, permet aux participants aux formations de mieux appliquer les notions acquises. Ce modèle a été partagé et pris en compte dans le développement d'une vision régionale.

   Un total de 34 060 heures de formation a été offert au cours de la dernière année comparativement à 31 912 heures en 2012-2013.

◘ *Entreprise en santé* – Pour le bien-être du personnel

Les 18 et 19 mars dernier, deux auditeurs du Bureau de normalisation du Québec (BNQ) ont effectué une visite de maintien de la certification *Entreprise en santé obtenue en 2013*. Cette visite s'est conclue par une recommandation positive auprès du BNQ quant au maintien de la certification.

Différents points forts ont été mentionnés, dont :

- Le maintien de l'engagement clair et visible de la direction envers la santé et le mieux-être,
- La vision d'une approche intégrée en gestion de la présence au travail misant sur la complémentarité des différents volets de prévention,
- La représentativité et l'implication active des membres du comité paritaire en santé, sécurité et bien-être,
- La créativité, l'attrait et la complémentarité des différents moyens de communication utilisés pour informer l'ensemble du personnel du programme et de son évolution.

Dans la quête du maintien d'un environnement de travail où la santé et le bien-être sont mis de l'avant, des démarches ont été effectuées visant l'adoption d'une politique de reconnaissance.

◘ La prévention au cœur des préoccupations : système de *management* de santé et sécurité du travail

L'établissement s'est engagé, avec différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, dans une cohorte d'établissements qui s'engagent à mettre en place le système de *management* de santé et sécurité du travail piloté par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Ce projet propose des processus rigoureux en matière de gestion de la prévention au sein de l'organisation.

◘ Le partenariat avec les instances syndicales

L'implication des instances syndicales est au cœur de la philosophie et de l'approche de la direction. Dans le cadre de plusieurs projets, ces instances sont impliquées ou consultées afin d'obtenir leur point de vue et de permettre un ajustement des décisions et orientations pour assurer une cohérence. Le

partenariat patronal-syndical implique de plus en plus les gestionnaires des différents secteurs de l'organisation.

◘ La planification de la main-d'œuvre

La Direction des ressources humaines et de l'enseignement est à l'affût d'indicateurs afin de connaître l'évolution de l'attraction et de la rétention de la main-d'œuvre. Les résultats au 31 mars 2014 en sont un exemple :

- Taux de précarité	22,63 %
- Taux de roulement	9,93 %
- Nombre d'embauches	337
- Nombre de postes affichés pour le personnel syndiqué et non syndiqué	504
- Nombre de postes d'encadrement dotés	9

◘ L'assurance-salaire et CSST

L'établissement termine l'année 2013-2014 avec un ratio entre le nombre d'heures d'assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées de 6,43 % comparativement à 6,12 % en 2012-2013.

Un plan d'action renforce les mesures permettant le retour au travail des personnes salariées. D'ailleurs, une augmentation des taux d'assurance-salaire est remarquée de façon significative dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec.

Le nombre d'accidents enregistrés en CSST est de 177 en 2013 par rapport à 147 en 2012. Le plan d'action adopté prévoit l'intensification de mesures de sécurité, notamment pour les préposés aux bénéficiaires.

◘ Les effectifs de l'établissement au 31 mars 2014

	2012-2013	2013-2014
Les cadres : - Temps complet	89 pers.	93 pers.
- Temps partiel (a)	10 ETC	9 ETC
- En stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers - Temps complet	1 380 pers.	1 504 pers.
- Temps partiel Équivalents temps complet (a)	697 536 ETC	700 573 ETC
- En sécurité d'emploi	0 pers.	0 pers.
Les occasionnels : - Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	799 244 h.	888 468 h.
- Équivalents temps complet (b)	439 ETC	487 ETC

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi;

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées divisé par : 1826 heures.

LA DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

DRFMI – DENIS LAMONTAGNE, directeur

Mandat

La Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles (DRFMI) regroupe plusieurs services administratifs et de soutien, qui sont nécessaires à la réalisation de la mission de l'établissement. Elle comprend les finances, les assurances, la paie, les approvisionnements, l'entretien et la réparation des bâtiments, des équipements et des terrains, la supervision et l'entretien des équipements informatiques et téléphoniques, la sécurité des actifs informationnels, l'entretien sanitaire, la stérilisation, la buanderie et la lingerie, la gestion des parcs de stationnements, la sécurité des personnes et des lieux et les mesures d'urgence.

Les services suivants font aussi partie de la DRFMI : le développement durable, le parc d'équipements en prêt aux usagers pour le soutien à domicile et le service d'alimentation et de nutrition clinique pour la clientèle des centres d'hébergement.

Faits saillants

◘ Approvisionnements, immobilisations et ressources informationnelles

Les secteurs des approvisionnements, des immobilisations et des ressources informationnelles participent de façon coordonnée et soutenue à différents projets de l'établissement. La réalisation de l'aménagement de plus de 900 m^2 de l'édifice du CLSC situé au numéro 95 de la rue Camirand en est un exemple. Ce projet permet d'offrir un environnement sécuritaire et adapté aux besoins de la clientèle et des employés.

La collaboration de la DRFMI a permis d'assurer la mise en place des équipements et des technologies nécessaires à l'installation du nouveau système de cloches d'appels silencieuses sur les onze unités de soins de longue durée. Elle aura aussi permis la mise en place d'outils technologiques pour l'équipe en génie biomédical (GBM), ce qui permet une amélioration de l'efficacité.

En collaboration avec des étudiants au baccalauréat en génie de l'Université de Sherbrooke, un projet innovant a permis l'installation de trente capteurs solaires pour le préchauffage de l'air à l'Hôpital et centre d'hébergement D'Youville (projet ARÈS). Tout en contribuant aux efforts de développement durable de l'établissement, ce projet générera des économies récurrentes d'environ 16 000 $ par année. Par ailleurs, la réfection du système de chauffage de l'édifice du 500, rue Murray permettra également de générer des économies récurrentes de plus de 35 000 $. Le Service des immeubles a géré des projets de maintien d'actifs et de rénovations fonctionnelles pour une valeur totale de 2,2 millions $.

◘ Services d'hôtellerie pour la clientèle

Les services d'hôtellerie mettent tout en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire et offrir des services de qualité à la clientèle.

Le Service d'alimentation et de nutrition clinique poursuit les efforts de mise en application de la politique de saine alimentation au sein de l'établissement. Il a aussi élaboré, donné et assuré le suivi d'une formation offerte aux préposés aux bénéficiaires, favorisant ainsi une activité repas plus conviviale et empreinte des bonnes pratiques pour les résidents. Les professionnels en nutrition clinique effectuent une évaluation plus précise des plans de soins nutritionnels grâce à des outils plus performants.

En matière d'entretien sanitaire, la mise en place des pratiques rehaussées lors d'éclosions de gastro-entérite a permis une désinfection plus efficace et efficiente.

Le secteur des mesures d'urgence participe activement au maintien de la sécurité des personnes et des biens. Dans le but de mieux se préparer à intervenir lors de sinistres externes, une directive sur l'identification des clientèles vulnérables a été élaborée et plusieurs plans d'intervention ont été bonifiés. En vertu de la responsabilité populationnelle, la mobilisation exceptionnelle des ressources de l'établissement a permis la collaboration à deux sinistres externes d'envergure survenus en Estrie, soit la

tragédie de Lac-Mégantic en juillet et l'épisode de verglas en décembre 2013, qui a causé une panne majeure d'électricité.

La formation en mesures d'urgence a été améliorée à l'aide de la création de capsules vidéo dynamiques (apprentissage en ligne) s'adressant au personnel et lui permettant de mieux comprendre son rôle en situation de mesures d'urgence.

◘ Budgets et dépenses d'opération

Le CSSS-IUGS gère un budget annuel de 176,7 millions $, dont 6 millions $ pour ses activités de recherche. De ce montant, 78 % des dépenses sont consacrées aux charges salariales, soit 138 millions $. Dans la foulée des efforts pour contribuer au développement durable, le service des finances a emprunté un virage vert au cours de l'année en offrant le mode de paiement direct à ses fournisseurs. À ce jour, ce sont plus de 50 % des fournisseurs qui ont modifié leur pratique.

Toujours dans le domaine du développement durable, l'établissement partage une ressource spécialisée avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) afin de mieux implanter les actions en développement durable dans l'organisation.

◘ Parc d'équipements pour le soutien à domicile

Les activités du parc d'équipements ont à nouveau connu une importante croissance considérant le prêt de 11 435 équipements pour le soutien à domicile. Cette augmentation représente une hausse sans précédent de 13 % par rapport à l'année 2012-2013.

Parc d'équipements pour le soutien à domicile		
	2012-2013	2013-2014
Prêts d'équipement	10 292	11 435

LA DIRECTION DES SERVICES AUX ADULTES

DSA - Andrée Duquette, directrice

◘ Maison de naissance de l'Estrie et Services de sages-femmes

Mandat

La Maison de naissance de l'Estrie offre aux femmes enceintes des services complets et personnalisés de suivi et d'accompagnement qui couvrent la grossesse, l'accouchement et la période postnatale jusqu'à six semaines de vie du nouveau-né. Les sages-femmes s'assurent d'un suivi continu qui tient compte des dimensions physiques, psychologiques et sociales liées à la venue d'un enfant. Elles assurent une prestation de services avec une sécurité de haut niveau par leur modèle de pratique et en respectant les certifications des formations continues. Les sages-femmes travaillent avec les partenaires du milieu et orientent les mères vers des ressources communautaires, le cas échéant. Ces services sont couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Faits saillants

- La Maison de naissance de l'Estrie a déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) une demande de soutien financier afin de bonifier l'offre de service sages-femmes auprès de la clientèle vulnérable. Cette demande n'a pas été retenue mais sera analysée à nouveau au courant de la prochaine année.
- Plusieurs actions de communication sont en cours pour élargir la visibilité des services, tant auprès de la clientèle vulnérable que de l'ensemble des femmes enceintes du territoire.
- Diversification et augmentation de l'offre de stages dans ce service, avec la venue d'étudiants en psychologie en plus des étudiantes sages-femmes.
- Clinique d'aide et de soutien à l'allaitement (C.A.S.A).

  La clinique a complété sa première année d'existence. Le service permet aux mères de l'ensemble du territoire, vivant des problématiques particulières d'allaitement, de venir séjourner à la Maison de naissance, accompagnées d'une assistante natale formée en allaitement. Les mère sont référées par une infirmière ou une sage-femme du CSSS-IUGS.

  La C.A.S.A. a soutenu 62 femmes. Les femmes ont été référées majoritairement par les sages-femmes (65 %) et par les infirmières de liaison postnatale ou du programme SIPPE (34 %). Dans 36 % des cas, le désir d'allaiter était menacé et l'impact du séjour a été élevé à très élevé dans 74 % des cas. Les séjours moyens (71 %) ont été d'une durée de une à huit heures. Ce sont 24 % des femmes qui ont séjourné plus de 24 heures et 5 % qui ont séjourné entre huit et 24 heures. Les objectifs des femmes ont été atteints dans 64 % des cas et dépassés dans 21 % des cas. Le succès concret de ce nouveau service est confirmé.

Statistiques périnatales[2]

	2012-2013	2013-2014
Accouchements avec sage-femme	303	301
Accouchements à la Maison de naissance	195 (64,5 %)	173 (57,5 %)
Accouchements à domicile planifiés	35 (11,5 %)	48 (15,5 %)
Accouchements au CH sous responsabilité SF	5 (1,5 %)	5 (2 %)
Accouchements en CH (transferts pré, per)	65 (2,5 %)	73 (24 %)
Césariennes	23 (7,5 %)	nd
Bébés de petit poids	6 (2 %)	nd
Femmes ayant reçu des services	591	714

[2] DONNÉES PÉRINATALES
Le regroupement des Sages-femmes du Québec a demandé à ses membres de respecter les moyens de pressions dans le cadre des négociations des contrats de travail. Parmis ces moyens de pression, les sages-femmes ont cessé de colliger les données périnatales pendant près de deux mois, ce qui ne permet pas de fournir plusieurs des données statistiques habituelles.

◘ Clinique du voyageur international

Mandat

La Clinique du voyageur international a pour mandat d'aider les voyageurs de l'Estrie à bien préparer leur séjour à l'étranger. Elle est un centre accrédité de vaccination contre la fièvre jaune et elle offre des services de consultation pré-voyage avec une infirmière ou un médecin. La clinique permet la mise à jour du carnet vaccinal, la vaccination voyage et les doses de rappel.

Faits saillants

L'accessibilité aux services à la clientèle est maintenue par la réponse téléphonique sur sept jours, par l'inscription aux rendez-vous par l'entremise du site Web de l'établissement et par l'augmentation des plages horaire de rendez-vous de soir.

Médecins	2012-2013	2013-2014
Usagers	1 901	1 795
Interventions	1 946	1 820

Infirmières	2012-2013	2013-2014
Usagers	4 031	3 593
Interventions	5 327	4 567

Médecins et infirmières	2012-2013	2013-2014
Usagers	4 106	3 676
Interventions	7 273	6 387

◘ Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) en Estrie

Mandat

Ce programme régional a pour mandat d'intervenir, de façon très spécifique, auprès de personnes ayant besoin d'un dépistage de toutes les ITSS, incluant le VIH, ainsi que d'offrir des services de vaccination visant à prévenir les ITSS. Les interventions de l'équipe se font majoritairement hors des murs en collaboration avec les différents partenaires locaux et régionaux.

Faits saillants

Cette année, le SIDEP des ITSS Estrie a ajouté de nouveaux lieux de dépistage sur le territoire de Sherbrooke. De plus, il a procédé à une intégration du projet toxico-itinérance au sein des services réguliers. Cette intégration permettra de dépister la clientèle itinérante et vulnérable afin d'améliorer l'accès aux services médicaux requis. Un plan d'action a été créé, en lien avec le secteur jeunesse, afin d'affiner l'offre de service, sur le territoire de Sherbrooke, relative à la santé sexuelle des jeunes vulnérables.

◘ Centrale régionale Info-Santé

Mandat

L'objectif du service est d'offrir à toute la population un accès téléphonique rapide pour une consultation en matière de santé et de services psychosociaux et une intervention au téléphone par des professionnels, et ce, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Il assure une réponse ponctuelle et d'ordre général aux besoins de santé physique et mentale de la population. De plus, il permet de recueillir des données qui contribuent à la détection de problèmes de santé publique.[3]

Faits saillants

Ce sont 105 311 appels qui ont été traités, soit une augmentation de 3 666 appels. Cette augmentation s'explique en partie par l'application, entre décembre 2013 et février 2014, de mesures exceptionnelles

[3] Cet extrait est pris dans le document "Service Info-Santé et Info-Social - Volet santé" - Programme cadre provincial de formation initiale à l'intention des infirmières nouvellement embauchées au volet santé du Service Info-Santé et Info-Social. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 18 novembre 2011.

sur tout le territoire québécois. Ainsi, seules les informations de base ont été remplies sur la fiche d'identification de l'usager (fiche d'appel) durant cette période achalandée, ce qui a permis de répondre aux nombreuses demandes de la population, de diminuer le délai d'attente et d'éviter la perte d'appels.

◘ Service régional Urgence-Détresse

Mandat

Le Service Urgence-Détresse régional offre à la population une intervention psychosociale téléphonique ou sur le terrain pour des situations de crise avec urgence. Le service prend la relève des services locaux qui sont offerts par les différents CSSS durant le jour. Les services régionaux Urgence-Détresse sont offerts de soir et de nuit en semaine. Lors des congés fériés et des fins de semaine, le service est offert de jour, de soir et de nuit.

Faits saillants

Urgence-Détresse a effectué 7 133 interventions, ce qui équivaut à une augmentation de 2 082 interventions.

Lors des événements survenus à Lac-Mégantic en juillet 2013, le Service Urgence-Détresse a collaboré à l'organisation des services psychosociaux. À la suite de ce sinistre, la centrale Urgence-Détresse s'est adaptée en élargissant exceptionnellement ses heures d'ouverture de jour. De la même façon, des interventions ont été menées lors de la tempête de verglas survenue à Sherbrooke à la fin décembre 2013.

Le Service Urgence-Détresse a participé à l'élaboration du protocole d'application de la loi P-38 sur le territoire de Memphrémagog. Des mesures ont été mises en place afin d'assurer une meilleure sécurité pour les professionnels qui doivent intervenir à Urgence-Détresse. Le programme de supervision clinique a été bonifié pour les intervenants psychosociaux.

LA DIRECTION DES SERVICES AUX AÎNÉS ET DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE

DSASA – CÉLINE BUREAU, directrice

◘ Hébergement spécialisé en centre d'hébergement (lits spécifiques)

Le CSSS-IUGS est mandaté pour offrir l'hébergement spécialisé de soins de longue durée à des personnes ayant des besoins très spécifiques et exigeant un environnement de soins particulier. Le mandat est d'offrir vingt places. Deux types de places sont disponibles : d'une part, des soins intensifs de comportement pour des personnes adultes ou aînées ayant des troubles cognitifs irréversibles, accompagnés de comportements d'agressivité, d'autre part, des soins respiratoires pour des personnes avec de la ventilation assistée (respirateur). En raison de la demande, le CSSS-IUGS a également augmenté à dix le nombre de personnes sur son unité de soins respiratoires. Au cours de l'année, douze personnes ont été admises dans ces lits d'hébergement spécifiques.

◘ Programme de courte durée gériatrique

Le programme de courte durée gériatrique (UCDG) offre à la clientèle de 65 ans et plus, en perte d'autonomie, un milieu de moyen séjour spécialisé en évaluation, diagnostic et en traitement continu. Le programme permet l'élaboration d'un plan d'intervention visant le traitement de pathologies gériatriques et la réduction des incapacités pouvant en découler. Quarante lits sont disponibles. L'année 2013-2014 a été caractérisée par :

- Poursuite de l'augmentation du nombre d'admissions (364 à 437 en deux ans),
- Diminution de la durée de séjour (31,64 à 24,3 jours en deux ans) ; cette baisse a un impact important sur la charge de travail des intervenants de l'équipe multidisciplinaire,
- Admission de six résidents de soins de longue durée en provenance de Lac-Mégantic en juillet, à la suite de la tragédie ferroviaire,

- Création d'une salle occupationnelle pour la clientèle atteinte de troubles cognitifs sévères.

	2012-2013	2013-2014
Admissions	414	437
Délai moyen d'attente (en jours) avant l'admission pour les usagers en provenance du CHUS (délai entre la demande de consultation en gériatrie et la date d'admission)	9,3	7,9
Délai entre l'inscription sur la liste d'attente et l'admission	2,2	3,6
Nombre moyen d'usagers en attente d'admission *	8,3	3
Durée moyenne de séjour **	27,7	24,3

**Information prise à la dernière journée de chacune des périodes*
***Ces données excluent les mauvais logements*

Territoire de provenance des usagers	2012-2013	2013-2014
Sherbrooke	307	299
Val St-François	33	49
Haut St-François	20	28
Memphrémagog	23	24
Coaticook	15	14
Des Sources	11	10
Granit	1	7
Autres	4	6

◘ Programme de gérontopsychiatrie

Le programme de gérontopsychiatrie est un service de psychiatrie de deuxième et troisième ligne offert aux aînés qui, en raison de troubles psychiatriques fonctionnels ou organiques, requièrent des soins médicaux et infirmiers spécialisés. Plusieurs améliorations ont été apportées au programme :

- Lancement en janvier 2014 du *Guide pour les proches aidants et les intervenants : problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer*,
- Révision et amélioration de l'outil d'évaluation utilisé par les infirmières,
- Développement d'un programme d'orientation, intégration et formation des nouvelles infirmières,
- Augmentation de l'offre de services à la clientèle malgré une diminution de près de la moitié des effectifs médicaux,
- Diminution des services infirmiers en raison d'un manque important de ressources.

	2012-2013	2013-2014
Consultations médicales[1]	311	386
Suivis médicaux	2105	1843
Visites infirmières[2]	2149	1337

Origine de la référence des usagers en consultation médicale[1]		
Interne (unités de soins et hôpital de jour)	169	181
Externe	142	205

1. La consultation est la première visite médicale à la suite de la référence.
2. Comprend les pré-consultations et les suivis.

◘ Programme des cliniques ambulatoires gériatriques

Le programme des cliniques ambulatoires gériatriques répond aux besoins de santé spécifiques d'une clientèle gériatrique référée par un médecin traitant. Elles permettent une investigation et des traitements spécialisés, en soutien à la première ligne.

- Augmentation du nombre de visites à la Clinique de mémoire et à la Clinique de gériatrie ainsi qu'une diminution importante du délai moyen d'attente due à une présence médicale accrue.
- Hausse à la Clinique de dysfonction mictionnelle et des troubles du plancher pelvien du délai moyen d'attente due à l'augmentation du nombre de références.
- Actualisation d'une partie significative d'un plan d'actions multidimensionnel visant l'optimisation des services.

- Collaboration au projet de démonstration de soutien à la première ligne pour les troubles cognitifs et les symptômes comportementaux et psychologiques relatifs à la démence.

Clinique de gériatrie	2012-2013	2013-2014
Visites	714	812
Nombre moyen de jours d'attente	80,7	45,9
Usagers différents	188	n/d

Clinique de physiatrie	2012-2013	2013-2014
Visites	45	11
Nombre moyen de jours d'attente	13,1	52,4
Usagers différents	43	n/d

Clinique de mémoire	2012-2013	2013-2014
Visites	2 080	2 702
Nombre moyen de jours d'attente	116,5	57,3
Usagers différents	481	n/d

Clinique d'ophtalmologie	2012-2013	2013-2014
Visites	95	78
Nombre moyen de jours d'attente	96	80,2
Usagers différents	89	n/d

Clinique de dysfonction mictionnelle et des troubles du plancher pelvien	2012-2013	2013-2014
Visites	2 547	2 071
Nombre moyen de jours d'attente	196,9	249,6
Usagers différents	979	n/d

Clinique de surdité-vertige-audiologie	2012-2013	2013-2014
Visites	39	38
Nombre moyen de jours d'attente	62	37
Usagers différents	25	n/d

Clinique de dermatologie	2012-2013	2013-2014
Visites	399	330
Nombre moyen de jours d'attente	54,5	52,5
Usagers différents	258	n/d

*Nombre de visites : le nombre de visites comprend les consultations médicales ainsi que les suivis effectués par les médecins, infirmiers et professionnels dans le cadre des cliniques externes de gériatrie.

Le nombre d'usagers différents ne peut pas être calculé en raison de l'implantation en cours d'année d'un nouveau logiciel de rendez-vous.

Provenance des usagers pour l'ensemble des cliniques	2012-2013	2013-2014
Sherbrooke	490	504
Val St-François	47	54
Haut St-François	35	31
Memphrémagog	56	75
Coaticook	26	22
Des Sources	16	32
Granit	11	11
Autres	62	71

◘ Programme de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

Le programme de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive permet, à la personne âgée atteinte d'une maladie ou d'un traumatisme et pour qui un potentiel de récupération est identifié, de recouvrer ses capacités. Ce sont vingt-quatre lits qui sont disponibles pour cette unité.

Des travaux d'optimisation ont été faits, conjointement avec le personnel infirmier, professionnel et les médecins, afin d'améliorer les pratiques interdisciplinaires. Ces travaux ont permis de réduire la durée moyenne de séjour, d'augmenter le nombre d'admissions et de réduire le délai d'attente.

	2012-2013	2013-2014
Admissions	165	185
Délai moyen d'attente avant l'admission pour tous les usagers (en jours) * (Délai entre l'inscription sur la liste d'attente et la date d'admission)	9,6	7,7
Nombre moyen d'usagers en attente d'admission **	2,8	2,0
Durée moyenne de séjour ***	47,9	41,1

*Ces données excluent les délais pour des raisons médicales.
**Information prise à la dernière journée de chacune des périodes.
*** Ces données excluent les mauvais logements.

Territoire de provenance des usagers	2012-2013	2013-2014
Sherbrooke	103	100
Val St-François	15	13
Haut St-François	7	17
Memphrémagog	22	25
Coaticook	5	9
Des Sources	7	9
Granit	6	11
Autres	0	1

◘ Le programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD)

La clientèle cible de ce programme est celle souffrant d'hypoventilation alvéolaire chronique quelle que soit son origine. Le mandat du centre satellite est d'offrir des services d'évaluation, d'initiation/adaptation à l'assistance ventilatoire, de planification du retour à domicile et de maintien à domicile. Il n'y a jamais de personnes en attente.

	2012-2013	2013-2014
Usagers	114	128
Interventions	681	826

LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE L'ENSEIGNEMENT

DRHE - JOSÉE PAQUETTE, directrice

◘ Service de paie, rémunération et avantages sociaux de l'Estrie (PRASE)

Le service régional PRASE a comme mandat d'assurer la gestion de la paie, de la rémunération et des avantages sociaux des quelque 13 000 employés des établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie. Dans le cadre de sa première année d'activité, le PRASE a déployé ses services liés aux avantages sociaux auprès de tous les établissements clients. Au terme de cette année, ce sont près de 18 000 appels téléphoniques provenant des employés des treize établissements de l'Estrie qui ont été traités par ce service.

La deuxième phase de déploiement des activités régionalisées, soit la gestion de la paie et de la rémunération, a commencé en février 2014 avec l'intégration des activités en provenance du CHUS. Les douze autres établissements clients du PRASE rejoindront prochainement le service qui prendra en charge ces activités.

C'est grâce à un partenariat exceptionnel entre les treize établissements de la région et les instances syndicales que ce service régional a vu le jour.

VALORISATION, DÉVELOPPEMENT ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Certains mandats spécifiques, notamment ceux confiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, mettent en valeur l'expertise des équipes du CSSS-IUGS dans leur réalisation, permettant ainsi la valorisation et le développement du travail en réseau. Ces mandats, reliés spécifiquement aux mandats universitaires de l'établissement, exigent une attention soutenue.

Par sa mission universitaire, le CSSS-IUGS a développé une expertise dans l'implantation de bonnes pratiques et dans l'accompagnement du changement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) sollicitent cette expertise pour piloter des projets nationaux d'envergure.

◘ Observatoire des réseaux locaux de services (OQRLS)

Le CSSS-IUGS pilote l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services (OQRLS). L'OQRLS a récemment été positionné par le MSSS comme partenaire du Réseau national de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle. L'Observatoire a documenté plusieurs initiatives, collaboré à l'organisation d'événements et a produit, avec ses partenaires, un guide pratique sur l'animation des RLS disponible sur le site de l'OQRLS.

◘ Prévention du suicide au Québec et chez les Premières Nations

Depuis quelques années, le CSSS-IUGS pilote ce projet qui vise à améliorer les pratiques en prévention du suicide au Québec. Cette année marque la fin de la tournée des RLS où des ateliers d'une journée ont mobilisé plus de 1 240 gestionnaires. La tournée a permis d'élaborer des plans d'action locaux et concertés. De son côté, la formation offerte aux intervenants a permis le développement des compétences de plus de 10 000 intervenants. Une nouvelle phase du projet permettra de fournir un avis sur les avenues prometteuses de l'utilisation des nouvelles technologies dans le domaine de la prévention du suicide. Une recension des écrits a été effectuée et, en collaboration avec un comité d'experts, des recommandations ont été présentées.

Un nouveau mandat en prévention du suicide concerne les Premières Nations. Ce projet permettra de déployer, dans les communautés autochtones, les outils en prévention du suicide développés pour le Québec, tout en les adaptant à la réalité de cette communauté. Un rapport d'analyse des besoins des communautés et un rapport d'analyse des décès par suicide survenus dans les communautés ont été produits.

◘ Formation des conseillers en abandon du tabagisme

Cette formation qui consiste à outiller les conseillers en abandon du tabagisme des centres d'abandon du tabagisme (CAT), des CSSS et de la Ligne j'Arrête est un nouveau projet porté par le CSSS-IUGS. En collaboration avec un comité d'experts, un guide de pratiques pour les conseillers ainsi qu'une formation ont été élaborés.

◘ Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Depuis quelques années, le CSSS-IUGS renforce la gamme d'interventions en ITSS dans les CSSS et chez leurs partenaires des RLS. Le rapport de l'étude des pratiques et des besoins, ainsi que deux outils ont été produits. De plus, des projets pilotes ont démarré dans trois territoires de CSSS (Haute-Gaspésie, Saint-Léonard et Saint-Michel et Argenteuil).

◘ Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Le CSSS-IUGS contribue depuis plusieurs mois à mettre sur pied un programme de développement des compétences pour les intervenants et les gestionnaires des SIPPE. L'analyse des besoins et l'identification des bonnes pratiques sont débutées.

◘ Plan Alzheimer Estrie

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a octroyé un montant de 250 000 $ par an, sur deux ans, pour un projet de démonstration permettant d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.

Ce projet de partenariat entre la Clinique de mémoire et le Service de gérontopsychiatrie soutient le développement de l'expertise de quatre GMF, à Sherbrooke et Magog, ainsi que des infirmières du soutien à domicile. Le CSSS-IUGS assure la coordination de deux autres projets semblables sur le territoire du Réseau universitaire intégré en santé (RUIS) de Sherbrooke : CSSS Haute-Yamaska et CSSS Champlain-Charles-Lemoyne.

- **Table sur le vieillissement du RUIS de Sherbrooke**

Le CSSS-IUGS a mis sur pied une Table sur le vieillissement du RUIS de Sherbrooke à laquelle un représentant de chaque CSSS siège. Celle-ci permet la mise en commun de préoccupations des établissements ainsi que la diffusion de l'expertise du CSSS-IUGS en matière de soins gériatriques.

LE CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE

CAU – PAUL MORIN, directeur

Mandat et clientèle visée

Le Centre affilié universitaire (CAU) est responsable du développement, de la coordination et du suivi des activités relatives à la programmation de l'infrastructure de recherche du secteur social de l'établissement. Il a le mandat de transférer les connaissances et les expertises issues de cette programmation ainsi que de favoriser leur rayonnement à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale. Le soutien du développement des pratiques de pointe en première ligne et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) au CSSS-IUGS est également réalisé par le CAU. L'ensemble des activités du CAU s'adresse tant aux intervenants, aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux qu'aux partenaires du réseau local de services et des milieux de pratique.

Faits saillants

Le CSSS-IUGS a soumis une demande pour devenir Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux. Une année charnière marquée par le développement de la nouvelle programmation scientifique vient de se terminer. Elle a été précédée d'un vaste processus de consultation. La nouvelle programmation a été déposée en novembre 2013 pour fins d'évaluation aux Fonds de recherche du Québec – Société et Culture. C'est une première grande étape du processus de franchie, qui peut mener à l'obtention de la désignation d'Institut par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le CSSS-IUGS peut maintenant compter sur l'expertise de chercheurs d'établissement. Ces nouvelles ressources permettent notamment de développer une structure d'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI) et d'assumer la responsabilité scientifique dans le développement de deux Évaluations des technologies et des modes d'intervention (ETMI).

◘ Recherche

À travers les différents axes de recherche, les chercheurs mènent actuellement trente projets de recherche, dont quinze sont des projets nouvellement financés. L'expertise du CSSS-IUGS pour la recherche sociale est reconnue par les acteurs régionaux et nationaux, comme en témoignent les exemples suivants :

- La pratique de pointe Intervention de quartier a été sélectionnée pour la mise en place d'une communauté de pratique dans le cadre du projet national *Transferts des connaissances par les centres affiliés universitaires et les instituts universitaires dans le réseau de la santé et des services sociaux : pour une amélioration des pratiques et des services* (TRASSS) du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP),
- Le CAU a été mandaté pour réaliser deux études sur le logement social en milieu rural : l'une visant à explorer le logement évolutif pour aînés, financée par le Fonds d'aide au développement économique du Témiscamingue; l'autre sur l'étude du logement communautaire, financée par l'Association des personnes handicapées de la MRC de Coaticook,
- Le CAU a remporté un appel d'offre de la Conférence régionale des élus de l'Estrie (CRÉE) pour documenter l'implication bénévole des personnes aînées en Estrie,
- Le CAU effectue une recherche évaluative de l'implantation du projet de médiation culturelle de Culture du cœur en Estrie.

◘ Les axes de recherche

La nouvelle programmation scientifique 2014-2019 *Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux : de l'individu à la communauté* repose sur deux thématiques principales : la personnalisation des soins et des services et la co-construction. Elle comprend trois axes de recherche, en plus d'un projet transversal d'intervention de quartier :

1) Développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté,
2) Développement des capacités des adultes,
3) Développement des communautés.

Le CAU accroit et diversifie ses membres, comptant maintenant des membres en provenance des domaines de la santé et des sciences sociales. Ce sont maintenant 48 chercheurs membres réguliers, incluant trois chercheurs d'établissement (un à temps partiel), 16 chercheurs membres associés, trois chercheurs membres cliniciens, 18 praticiens chercheurs et neuf collaborateurs de milieux de pratique qui composent la direction, pour un total de 94 membres.

◘ Transfert de connaissances

Le CAU a tenu une Journée de la recherche : *Troubles concomitants toxico-santé mentale* le 8 novembre 2013 qui a réuni 217 personnes.

Cette année, le CAU a été l'organisateur du 6e colloque des CSSS-CAU du Québec intitulé *La valorisation des savoirs des personnes usagères,* tenu le 5 décembre 2013 et auquel 146 participants y ont pris part.

Dans le cadre de l'établissement d'une collaboration avec l'Écosse, le CAU a également organisé un colloque international intitulé *Les services de première ligne de l'individu à la communauté : un dialogue Québec – Écosse* en décembre 2013.

LE CENTRE DE RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT

CdRV – MICHEL TOUSIGNANT, directeur

Mandat

Le mandat du Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) consiste à produire des connaissances nouvelles sur le vieillissement afin de promouvoir l'autonomie des personnes âgées et de favoriser leur participation active à la société.

Le CdRV regroupe 46 chercheurs de disciplines scientifiques différentes et plus d'une centaine de personnes dédiées à la recherche à divers titres (chercheurs associés, agents de recherche, étudiants à la maîtrise, au doctorat et post-doctorat et employés).

Les travaux de recherche effectués visent à prévenir, retarder ou pallier la perte d'autonomie des personnes âgées. Les chercheurs travaillent dans une approche multidisciplinaire et se regroupent autour de trois axes de recherche :

1) Société, populations et services,
2) Clinique,
3) Mécanisme biologique du vieillissement.

Faits saillants

La contribution significative des chercheurs à la reconnaissance et à la mise en valeur du CdRV s'est poursuivie. L'interdisciplinarité, propre au Centre, encourage la mise en commun de diverses plateformes, disciplines et approches méthodologiques favorisant la synergie des travaux de recherche et l'émergence de nouveaux projets interdisciplinaires.

L'obtention de nouvelles chaires de recherche témoigne de la reconnaissance des chercheurs :

- Chaire du Canada sur les recommandations d'exercices pour un vieillissement en santé (Pre Dionne),
- *Canada Research Chair in Health and Well-being* (Pre Sirois).

◘ Financement de projets d'envergure

Plusieurs projets d'envergure contribuent à la visibilité et la notoriété internationale du CdRV :

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a octroyé un financement de 625 000 $ au P[r] Dubuc pour la continuité de ses travaux sur l'optimisation et la consolidation du développement des profils Iso-SMAF (système de l'autonomie fonctionnelle),
- Le programme *Collaborative Health Research Projects* des Instituts de recherche en santé du Canada et du conseil des recherches en sciences naturelles et en génie a octroyé une subvention de 604 000 $ sur trois ans au P[r] Giroux, en collaboration avec les P[res] Levasseur, Pigot et plusieurs autres, pour leur projet *Milieu d'hébergement intelligent pour la clientèle ayant une déficience physique avec prédominance cognitive: de l'implantation à l'évaluation*.
- Les P[rs] Tousignant et Corriveau ont reçu une subvention de près de 800 000 $ pour une étude sur la téléréadaptation des personnes victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC).

◘ Distinctions

Plusieurs chercheurs ont été honorés aux niveaux provincial, fédéral et international :

- P[re] Dubuc a été nommée membre du Conseil consultatif de l'Institut du vieillissement (IV) des IRSC pour un mandat de trois ans,
- P[re] Beaulieu a été nommée membre du Conseil national des aînés (CNA),
- P[re] Payette s'est vu attribuer le prix Betty Havens, en recherche longitudinale, à l'occasion de la conférence annuelle de l'Association canadienne de gérontologie (ACG).

◘ Conférences scientifiques et Journée scientifique du CdRV

Le programme des conférences scientifiques a été diversifié afin de mieux atteindre les populations cibles. Dix conférences scientifiques et trois séminaires ont permis d'attirer une moyenne de trente participants par conférence.

- Plus de 230 personnes ont assisté au Café scientifique portant sur le thème *Garder le cerveau en bonne forme lors du vieillissement : un grand défi.*
- Une centaine de personnes ont visité les locaux du CdRV à l'occasion des activités de son 25[e] anniversaire.

Comme chaque année, la Journée scientifique a été un franc succès. Elle a permis de décerner plusieurs prix, dont celui des Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), aux meilleures présentations. Une centaine de personnes ont participé à cette journée.

◘ Diffusions scientifiques ayant un impact majeur sur les politiques sociales et de santé

- Les travaux de la P[re] Garon ont donné lieu à la deuxième Conférence internationale des Villes amies des aînés (VADA). Plus de 700 personnes de 46 pays différents se sont réunies à Québec pour partager leurs connaissances et leurs expériences.
- Le rapport sur la « Gestion de cas », dirigé par la D[re] Gosselin et le P[r] Tousignant, permet de moduler l'implantation de cette pratique dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois.
- Les travaux des P[rs] Couturier, Tousignant, Dubuc sur la démarche SMAF, en lien avec le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA) ainsi que les travaux de la P[re] Payette sur la recommandation à l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) de l'outil du dépistage nutritionnel des aînés, ont été présentés dans le cadre des consultations sur le livre blanc pour la création d'une assurance autonomie.

Le CdRV en chiffres

46	chercheurs actifs
20	chercheurs associés
3 787 994 millions $	en octrois et subventions (61 % de fonds d'organismes reconnus)
127	étudiants de cycles supérieurs, dont 36 % au doctorat et 12% au post-doctorat
10	conférences scientifiques et séminaires publics, qui ont accueilli un total de 387 participants
141	membres du personnel dont 130 comme personnel de recherche et 11 employés de soutien
292	publications scientifiques, dont : - 237 publiées dans des revues avec comité de lecture, - 30 chapitres de livres, - 5 livres, - 13 rapports de recherche ou rapports produits par le gouvernement, - 7 articles dans des revues professionnelles ou culturelles sans comité de lecture.
428	communications scientifiques, dont 133 communications à titre de conférencier invité
295	résumés avec comité de lecture.

Répartition des 127 étudiants	
Maîtrise	52 %
Doctorat	36 %
Post-doctorat	12 %

Répartition au 2e cycle		Répartition au 3e cycle
Gérontologie	13 %	35 %
Sciences cliniques	15 %	35 %
Service social	17 %	-
Kinanthropologie	19 %	-
Autres	35 %	30 %

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ)

Composition

M^me Élizabeth Brière	Représentante du collège Cooptation
M. Jean-Pierre Charest	Président – Représentant du comité des usagers Collège électoral Soutien à domicile– Personnes âgées
M^me Chantale Charron	Vice-présidente - Membre du conseil d'administration -
M. Carol Fillion	Directeur général
M^me Diane Gingras	Présidente du conseil d'administration Collège électoral Représentante du Ministre - Membre d'office
M. Germain Lambert	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)
Personne-ressource	M^me Nathalie Schoos, directrice de la qualité des soins et services et directrice des soins infirmiers

Mandat

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) est responsable, principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1).

Faits saillants

- **Les recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services aux instances internes de l'établissement**

Quatre rapports anonymisés des plaintes et des interventions conclues, incluant les recommandations et les suivis effectués par le commissaire, ont été présentés et adoptés par le comité de vigilance et de la qualité. Ces rapports incluent certaines recommandations, à portée individuelle ou systémique, formulées par le commissaire à différentes instances internes, notamment en lien avec :

- l'adaptation des soins et des services,
- l'adaptation du milieu et de l'environnement,
- le respect des droits et le respect du choix,
- l'obtention de services,
- la conciliation-intercession, la médiation-liaison, la précision-explication,
- l'information et la sensibilisation des intervenants,
- l'adoption, la révision et l'application de règles et de procédures,
- la formation et la supervision,
- l'ajustement financier,
- la promotion du régime.

- **Suivi des activités et des indicateurs au regard de la qualité des soins et des services**

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, sous les aspects de leur pertinence, de leur sécurité et de leur efficacité. En vue d'assumer ce rôle, le comité a reçu pour analyse et recommandation s'il y a lieu :

- les rapports trimestriels portant sur les incidents et les accidents en matière de prestation de soins et de services (chutes, erreurs de médication, etc.),
- le plan d'action au regard des chutes à conséquences graves auprès de la clientèle admise,

- les résultats des travaux découlant de la démarche du comité sur la philosophie en lien avec les soins de fin de vie (notamment la trousse des soins de fin de vie),
- les rapports d'activité annuels des conseils et des instances participatives,
- le Guide d'éthique du CSSS-IUGS : *Offrir le meilleur de nous-mêmes au quotidien,*
- l'information en lien avec le suivi de la démarche d'agrément,
- le suivi des recommandations en provenance des instances internes et externes,
- le programme de prévention et de contrôle des infections,
- le rapport découlant de la visite ministérielle du Centre d'hébergement St-Vincent.

¤ Recommandation du comité de vigilance et de la qualité au conseil d'administration

Une recommandation formelle en provenance du Protecteur du citoyen, à propos des frais reliés aux services d'assistance personnelle (soutien à domicile), a fait l'objet d'une recommandation au conseil d'administration dont le comité de vigilance et de la qualité a assuré le suivi.

LE COMITÉ DES USAGERS (CDU)

Entre le 1er avril 2013 et le 31 mars 2014, le comité des usagers (CDU) a pu compter sur l'engagement de plusieurs personnes et a comptabilisé 1 275 heures de bénévolat.

Composition au 31 mars 2014

Mme Gabrielle Jung	Présidente, membre cooptée
M. Denis Labonté	Vice-président, représentant du comité des résidents de D'Youville
Mme Victoria Ionescu	Représentante du comité de résidents de St-Vincent
M. Jean-Pierre Charest	Administrateur
M. Yvon Rousseau	Trésorier, représentant du comité de résidents de St-Joseph
M. Charles Gosselin	Membre substitut représentant du comité de résidents St-Joseph
M. René Morin	Membre substitut représentant du comité de résidents de D'Youville

Les membres du comité sont soutenus par une coordonnatrice et par la personne répondante de l'établissement.

Mandat

La structure actuelle du comité des usagers du CSSS-IUGS résulte de l'application de la Loi sur la santé et les services sociaux promulguée au mois de juin 2006. Le comité des usagers est une instance responsable notamment de :

- renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations,
- promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement,
- défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement,
- accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte,
- s'assurer du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Faits saillants

- Participation des membres à un dîner causerie afin d'échanger sur les différents aspects de la réalité du comité des usagers, sur invitation de M. Carol Fillion, directeur général du CSSS-IUGS.

- Mandat confié à un chercheur afin de procéder à la réalisation d'une évaluation de fonctionnement du CDU et d'en dégager des recommandations pour un rôle d'influence élargi du CDU dans l'établissement.
- Soutien organisationnel et administratif aux comités de résidents.
- Kiosque d'information lors de la semaine de promotion des droits des usagers en Estrie.
- Distribution de dépliants et d'objets promotionnels.
- Informations et références offertes aux usagers.
- Distribution de calendriers promotionnels aux résidents hébergés en résidence intermédiaire ou de type familial.
- Signalisation aux autorités compétentes des insatisfactions exprimées par les usagers, par courriel ou téléphone.
- Sollicitation de l'avis du comité des usagers par le Centre affilié universitaire (CAU) sur sa programmation scientifique.

◘ Le comité des usagers peut compter sur quatre comités de résidents ayant comme fonctions de :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations,
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement,
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement.

Composition des comités de résidents

Comité de résidents de l'Hôpital et centre d'hébergement D'Youville

M. René Morin	Président
M^{me} Catherine Jodoin	Vice-présidente
M. Denis Labonté	Trésorier
M^{me} Solange Philippon	Administratrice
M^{me} Carmen Gadoury	Administratrice
M. Albert Rousseau	Administrateur

Comité de résidents du Centre d'hébergement St-Joseph

M. Yvon Rousseau	Président
M^{me} Diane Boudreau	Vice-présidente
M. Richard Auger	Secrétaire-trésorier
M. Charles Gosselin	Administrateur
M. Roma Perron	Administrateur

Comité de résidents de l'Hôpital et centre d'hébergement Argyll

M^{me} Nicole Bernier	Présidente
M^{me} Marie-Jeanne Lessard	Vice-présidente
M^{me} Micheline Brière	Trésorière
M^{me} Monique La Haye-Desrochers	Administratrice

Comité de résidents du Centre d'hébergement St-Vincent

M^{me} Roxane Beauchemin	Présidente
M. François McCauley	Secrétaire-trésorier
M^{me} Victoria Inonescu	Administratrice
M^{me} Juliette Jacob	Administratrice

LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES (CGR)

Composition

M[me] Nathalie Schoos	Présidente – Directrice de la qualité des soins et services
M[me] Ann Morin	Usagère externe
M. Luc Grégoire	Membre du conseil multidisciplinaire
D[re] Marie-Josée Hotte	Membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M[me] Jeen Kirwen	Membre du conseil des sages-femmes
M. Pascal Dodier	Membre du conseil paraprofessionel – Soutien à domicile
M[me] Nadine Douziech	Conseillère cadre à la Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles.
M[me] Marie-Claude Gagné	Coordonnatrice des services de courte durée et soutien à domicile
M[me] Danika Manseau	Coordonnatrice des services d'hébergement
M[me] Dominique Proulx	Conseillère clinicienne en soins infirmiers
M[me] Sylvie Chrétien	Conseillère à la prévention des infections
M. René Thibault	Chef pharmacien
M[me] France Bergeron	Conseillère en prévention – Santé et sécurité du travail
M[me] Lina Lemay	Professionnelle aux mesures d'urgence
M[me] Marie Robitaille	Conseillère à la gestion des risques et à la qualité

Au 31 mars 2014, trois postes sont vacants : usager interne et membres du CII et du CPP.

Mandat

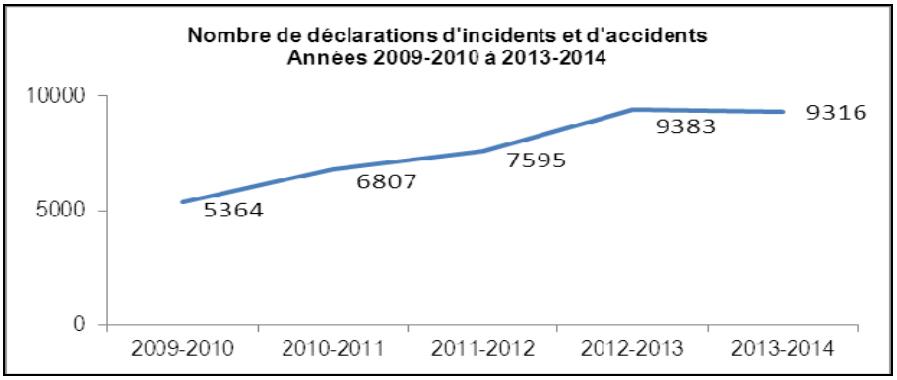
Le mandat du comité de gestion des risques (CGR) consiste à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement, dans le cas des infections nosocomiales, d'en prévenir l'apparition et d'en contrôler la récurrence ainsi qu'à s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches. Le comité doit aussi assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse de leurs causes, et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir leur récurrence, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Faits saillants

◘ Principales causes des incidents et des accidents

La surveillance de l'incidence des incidents et des accidents en lien avec la prestation de soins et de services afin d'assurer la sécurité des usagers est une priorité stratégique pour l'établissement. La déclaration des incidents et accidents est à la base de notre culture de sécurité qui vise la prévention des événements indésirables évitables et la réduction du taux d'accidents. L'intégration de la gestion des risques dans le programme d'orientation des nouveaux employés et la formation des intervenants à l'utilisation du formulaire de déclaration des incidents et accidents encouragent de façon continue la déclaration des incidents et accidents.

En 2013-2014, le nombre de déclarations est demeuré stable par rapport à l'an dernier et le taux d'accidents avec conséquence a diminué de 1 %. La baisse de déclarations chez la clientèle admise a été annulée par une déclaration plus grande en ressources non institutionnelles.



Répartition des déclarations d'incidents et d'accidents par clientèle				
	2012-2013		2013-2014	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Admise (hébergement et courte durée)	7 415	79,0	6 947	74,6
Ambulatoire et à domicile	185	2,0	217	2,3
Ressources non institutionnelles	1 783	19,0	2 152	23,1

◘ Répartition des événements indésirables par catégorie

Pour l'année 2013-2014, les incidents (aucun usager touché) représentent 12 % des événements indésirables déclarés alors que les accidents (usager touché) en constituent 88 %. Un très petit nombre d'événements ont engendré des conséquences graves résultant en des conséquences permanentes (2), nécessitant des interventions pour maintenir en vie (1) ou contribuant au décès de l'usager (1).

Nombre d'événement par catégorie				
	2012-2013	%	2013-2014	%
Incidents (aucun usager touché)	337	12	307	12
Accidents sans conséquence pour l'usager	1 993	72	1 841	71
Accidents avec conséquence temporaire	440	16	425	17
Accidents avec conséquence grave	8	0,3	4	0,1
Total	**2 778**		**2 577**	

◘ Catégorie des événements indésirables

Les erreurs de médication sont la source principale de tous les événements indésirables. Les omissions d'administration de la médication sont la cause principale des déclarations et ont fait l'objet de mesures d'amélioration et des suivis de contrôle réguliers sont apportés.

Les chutes viennent au deuxième rang de tous les événements indésirables mais constituent la majorité (39,8 %) des accidents avec conséquences. Un audit et des interventions d'amélioration ont été réalisés en milieu d'hébergement ciblant l'évaluation et les interventions des infirmières à la suite d'une chute. La catégorie « autres » peut désigner la perte ou le bris de biens, des blessures d'origine inconnue ou accidentelle.

Type d'événements	2012-2013	%	2013-2014	%
Erreurs de médication	3 507	37	3 518	38
Chutes	3 046	33	3 105	33
Autres	2 830	30	2 693	29
Total	**9 383**		**9 316**	

◘ Actions prises pour la surveillance et l'analyse des risques

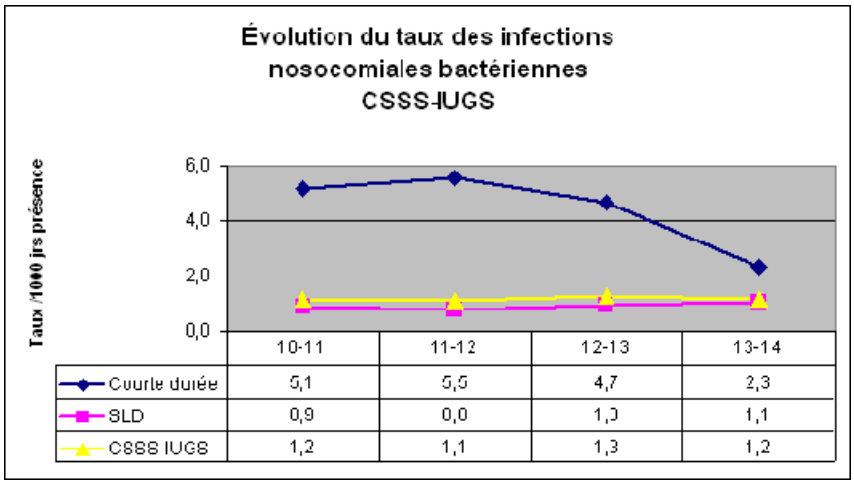
Le CGR reçoit et analyse les rapports trimestriels en lien avec les incidents et les accidents déclarés dans l'établissement.

- Les chutes et les erreurs de médicaments.
- Réalisation d'un audit concernant les usagers ayant eu des conséquences graves suite à une chute ou ayant des chutes à répétition.
- Poursuite des audits en lien avec l'application des mesures d'amélioration mises en place lors de la révision du processus d'administration de médicaments en longue durée.

◘ Infections nosocomiales

Le taux d'infections nosocomiales pour l'ensemble de l'établissement est stable. Considérant que l'application de la procédure de déclaration d'infections nosocomiales révisée pour la clientèle admise en courte durée est en vigueur en 2013-2014, des taux plus bas que par les années passées, dans le secteur de la courte durée, sont observés. Effectivement, la mise en place des mesures de réduction d'infections et la diminution de la durée moyenne de séjour à l'Unité de courte durée gériatrique peuvent expliquer la tendance à la baisse du taux d'infections du secteur de la courte durée.

Considérant la mise à niveau de la procédure de déclaration d'infections nosocomiales pour la clientèle admise, une mise à jour des taux des années antérieures a été ajustée par le logiciel de calcul.



Activités	Indicateur	2013-2014	2012-2013	2011-2012	2010-2011
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	taux d'infection /1000 jours-présence[1]	0,010	0,043	0,010	0,007
Diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD)	taux d'infection /1000 jours-présence	0,007	0,000	0,007	0,017
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	taux d'infection /1000 jours-présence	0,000	0,000	0,000	0,000
Gastroentérite (centres d'hébergement)	Nombre d'éclosions	12	7	0	5
Influenza (centres d'hébergement)	Nombre d'éclosions	0	17	0	3

1. Taux d'infection calculé selon le Guide de prévention des infections de Santé et Bien-être social Canada (1998).

Nombre de cas d'infection X 1000 = Taux d'infection/1000 jours-présence
Nombre de jours-présence

◘ Suivi des rapports de coroner

Aucun rapport de coroner n'a été soumis durant l'exercice.

◘ Mesures d'urgence

En 2013-2014, le secteur des mesures d'urgence a réitéré son engagement à contribuer activement au processus d'amélioration continue de la qualité pour assurer la sécurité des personnes et des biens.

- Sinistres externes
  - ⇨ Mise en œuvre d'une procédure de panne de téléavertisseurs critiques.
  - ⇨ Élaboration d'une directive sur l'identification de la clientèle vulnérable lors de sinistres externes.
  - ⇨ Transmission d'information au réseau local de services sur les mesures préventives à appliquer lors de sinistres externes (ex. : épisodes de chaleur accablante et inondations).
- Actions ayant une incidence directe sur les individus
  - ⇨ Application de la nouvelle procédure sur les urgences médicales.
  - ⇨ Mise en œuvre d'un comité de gestion des urgences médicales en collaboration avec le secteur des mesures d'urgence.
  - ⇨ Planification et coordination des actions en vue d'actualiser l'installation des glissières d'évacuation.

- ⇨ Collaboration active pour assurer la conformité des plans d'évacuation et leur installation aux endroits requis.

- Actions ayant une incidence indirecte sur les individus
  - ⇨ Balise de la prévention contre les incendies dans les bureaux.
  - ⇨ Évaluation de différents scénarios pour optimiser la réponse au « Code blanc » dans l'ensemble des installations.
- Suivi des recommandations en lien avec les événements sentinelles survenus dans l'établissement.
- Coordination de la réalisation d'une analyse prospective annuelle liée à la sécurité des usagers.
- Analyse des résultats du sondage sur la culture de sécurité et élaboration de recommandations pour la réalisation de plans d'actions contributifs à une culture de sécurité des usagers.
- Suivi de l'application des mesures correctrices pour prévenir et réduire les erreurs de médication.
- Suivi de la mise en place de mesures d'optimisation de soins et de surveillance à la suite d'une chute.

◘ Recommandations

- À la Direction générale et aux directions internes concernées :

1) Recommandations émises en vue de remplacer la grande majorité des cylindres d'oxygène par des concentrateurs portatifs et des concentrateurs à haut débit ;
2) Recommandations émises en vue d'améliorer la gestion sécuritaire des urgences médicales. Instauration d'un comité permanent et de mesures d'amélioration ;
3) Recommandation effectuée à l'égard de quatre objectifs d'amélioration pour les directions concernées :
   - ⇨ diffuser des communications axées sur une culture juste en matière de sécurité,
   - ⇨ communiquer en équipe pour comprendre les facteurs contributifs liés à l'accident à conséquence grave et définir ensemble les pistes d'amélioration,
   - ⇨ s'assurer que le processus de soutien offert au personnel lorsqu'un accident à conséquence grave est connu,
   - ⇨ diffuser des résultats de l'unité ou du secteur en lien avec les incidents et les accidents et communiquer les mesures d'amélioration apportées.

LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CÉR)

Composition

M^me^ Danièle Blanchette	Membre chercheure
M^me^ Sophie Brisson	Membre juriste
M. Robert Corriveau	Membre de la communauté
M. Jean Descôteaux	Membre chercheur
M^me^ Chantal Doré	Présidente, membre chercheure
M^me^ Louise Lemay	Membre chercheure
M^me^ Katia Mercier	Membre intervenante
M. Michel Nolin	Membre de la communauté
M. Jean Gabin Ntebutse	Membre chercheur
M^me^ Monelle Parent	Membre éthicienne
M. Jacques Quintin	Membre chercheur
D^r^ Guy Lacombe	Membre chercheur, médecin gériatre
M^me^ Mélanie Plourde	Membre chercheure
M^me^ Marie-Josée April	Membre éthicienne substitut
M^me^ Audrey Brassard	Membre chercheure substitut
M^me^ Kim Désilets	Membre juriste substitut
M^me^ Brigitte Bolduc	Membre experte

Mandat

Le mandat du comité d'éthique de la recherche est de protéger la dignité, le bien-être et les droits des participants à la recherche. Il a la responsabilité d'évaluer la conformité des projets de recherche aux principes éthiques reconnus, d'en assurer le suivi et de veiller à la protection des personnes qui prêtent leur concours à la recherche. Le CÉR s'acquitte de cette responsabilité tout en offrant un soutien aux chercheurs et à leurs équipes. Il est soucieux de maintenir des liens et des communications harmonieuses avec les chercheurs, les membres de leurs équipes et l'ensemble des instances concernées par les projets de recherche.

Le CÉR réalise les évaluations éthiques et scientifiques des projets de recherche pour l'établissement, de même que pour les autres CSSS de l'Estrie, jusqu'à ce qu'une entente de délégation soit formalisée. Le CÉR du CSSS-IUGS est désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Faits saillants

- Résolution du conseil d'administration du CSSS-IUGS d'unifier les deux CÉR sous la responsabilité de l'établissement en un seul : le CÉR du CSSS-IUGS.
- Révision de la composition du comité d'éthique afin d'assurer la représentativité des deux directions de recherche.
- Création d'un poste de professionnel responsable des activités du CÉR.
- Rédaction des ententes de délégation avec les autres CSSS de l'Estrie.
- Révision des règlements du nouveau CÉR.
- Évaluation de 59 nouveaux projets.
- Réalisation d'un suivi annuel pour 155 recherches (93 renouvellements et 62 fermetures).
- Révision de la Politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains.
- Réalisation d'un guide pour l'analyse des projets ayant recours au tirage comme un incitatif à la participation à un projet de recherche.
- Participation au comité sur la réciprocité des évaluations par les comités d'éthique de la recherche des établissements du RUIS (Réseau universitaire intégré de santé) de l'Université de Sherbrooke.
- Participation des membres du CÉR à un séminaire sur les enjeux éthiques de la recherche portant sur les réseaux sociaux et les autres services Web.

LE COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE (CEC)

Composition

Dre Anne-Marie Boire-Lavigne	Présidente, médecin de famille, soins de longue durée
Mme Marie-Noëlle Charbonneau	Psychoéducatrice, conseillère à la qualité Direction de la qualité des soins et des services
M. Jean-Claude Demers	Intervenant en soins spirituels, soins de longue durée Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie
M. Michel Dubreuil	Gestionnaire en institution de soins de santé à la retraite membre externe
Mme Andréanne Forget	Infirmière, Direction des services aux jeunes et familles
Mme Jacinthe Lacroix	Travailleuse sociale et gestionnaire de cas au soutien à domicile, Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie
Dre Julie Lapierre	Médecin gériatre, Unité de courte dure gériatrique
Mme Marie-Claude Laquerre	Notaire, membre externe, maîtrise en éthique appliquée en cours
Mme Katia Mercier	Psychologue, santé mentale jeunesse Direction des services aux jeunes et familles
Mme Dominique Proulx	Infirmière, conseillère clinique, soins aux personnes âgées Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie
Mme Louise Rondeau	Travailleuse sociale, santé mentale Direction des services aux adultes Présidente intérimaire du 1er avril au 3 septembre 2013
Dre Isabelle Vaillancourt	Médecin, GMF des Grandes-Fourches et Clinique des réfugiés du CSSS-IUGS
Mme Caroline van Rossum	Adjointe à la Direction générale

Mandat

Le comité d'éthique clinique du CSSS-IUGS est un lieu intra-institutionnel de dialogues, de réflexions et de délibérations sur les questions éthiques soulevées lors de la prestation des soins, des traitements ou des services aux personnes, dans le but d'une meilleure prise en compte de la dimension éthique de la pratique. Il est au service de la communauté, des personnes desservies par les services et de leurs proches, des intervenants ainsi que de l'administration institutionnelle.

Le comité poursuit son engagement auprès de la clientèle afin d'offrir une gamme complète de soins et de services de qualité, et ce, à toutes les étapes de la vie: des services aux individus, aux familles, à la communauté, aux soins gériatriques et palliatifs, aux services d'hébergement en passant par Info-Santé/Info-Social. Les professionnels, le personnel ou les représentants des usagers de l'organisation sont confrontés au quotidien à des questionnements ou problèmes d'ordre éthique. Dans leur prise de décisions, ils doivent pouvoir comprendre la complexité des situations, les normes en jeu et les valeurs morales à promouvoir.

Faits saillants

- Élaboration d'une formation pour les intervenants sociaux et gestionnaires de cas de la Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie (DSASA) : *Réflexion éthique sur les activités sexuelles en contexte de résidence*.
- Planification de la diffusion du projet de formation *Partenaires, jusqu'à la fin*.
- Quatre nouvelles demandes d'avis en éthique complétées.
- Formation des membres du comité sur la délibération éthique.
- Lancement du *Guide de réflexion en contexte de maladie grave et de fin de vie*.

Avis déposés au conseil d'administration ou à la Direction générale

Participation au développement du volet éthique organisationnelle du CSSS-IUGS.

LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) compte 140 membres.

Composition du comité exécutif

Dre Paule Hottin	Présidente
Dre Marie-Josée Hotte	Vice-présidente
Dre Suzanne Turcotte	Trésorière
Dre Caroline Brochu	Conseillère
Dr Jean-Marc Courteau	Conseiller
Dre Élyse Grégoire	Conseillère
Dre Julie Lapierre	Conseillère
Dre Joanie Rinfret	Conseillère
M. René Thibault	Conseiller
M. Carol Fillion	Directeur général
ou Mme Luce Beauregard	Directrice générale adjointe
Dre Suzanne Gosselin	Directrice des services professionnels et du partenariat médical

Mandat

En conformité avec la LSSSS, article 214, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est responsable envers le conseil d'administration de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans l'établissement, d'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans l'établissement, de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder, de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ainsi que sur le statut à lui attribuer, de donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans l'établissement et élaborées par chaque chef de département clinique.

Le CMDP est aussi responsable de faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration en égard aux exigences propres de l'établissement notamment celles ayant pour objet :

- La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités cliniques de l'établissement, y compris la garde,
- La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant,
- La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs,
- La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités médicales prévues à une entente inter établissement.

Enfin, le CMDP est responsable d'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, le cas échéant, de dentistes, pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins de l'établissement, de donner son avis sur les aspects professionnels des questions suivantes, soit l'organisation technique et scientifique de l'établissement et les règles d'utilisation des ressources et les sanctions administratives qui doivent y être prévues, de faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale de l'établissement, d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Faits saillants

- Collaboration du comité à divers projets d'envergure de l'établissement :
  - Projet d'Institut universitaire de recherche de première ligne,
  - Dossier de santé du Québec (DSQ),
  - Dossier clinique informatisé (DCI) – Ariane en groupe de médecine de famille (GMF),
  - Déploiement du dossier Ariane,
  - Ajout de ressources professionnelles en GMF,
  - Urgences médicales,
  - Recommandation pour l'ajout d'un médecin coordonnateur,
  - Ordonnance d'hébergement/traitement,
  - Vaccination contre l'influenza,
  - Projet d'Intranet,
  - Augmentation de l'offre de service en gériatrie,
  - Révision du protocole de surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés ou de Midazolam par voie parentérale ou lors d'une erreur de médication ayant pour conséquence possible une dépression du système nerveux central.

Avis déposés à la Direction générale ou au conseil d'administration

- Avis sur les qualifications et compétences de chaque nouveau membre. Après étude des dossiers, des recommandations ont été faites pour onze membres.
- Avis sur la nomination du chef de département de psychiatrie.
- Avis sur la recommandation d'un médecin coordonnateur.

LE CONSEIL DES SAGES-FEMMES (CSF)

Composition du comité exécutif

M^{me} Manon Bourgoin	Présidente
M^{me} Karine Langlois	Vice-présidente
M^{me} Johanne Royer	Secrétaire

Le conseil des sages-femmes représente 10 sages-femmes.

Mandat

En vertu de l'article 225.3 de la LSSSS et conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des sages-femmes est responsable envers le conseil d'administration de contrôler et d'apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement, de faire des recommandations sur les règles de soins applicables à ses membres, de faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres, de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au conseil d'administration en vue de conclure un contrat avec l'établissement, de faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme conformément à un contrat conclu, d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Faits saillants

- Poursuite de la participation au comité de périnatalité de l'établissement.
- Promotion des services sages-femmes en Estrie : auprès de la population, des partenaires et au sein de l'établissement.
- Poursuite des travaux visant l'amélioration de l'accès aux médecins de famille pour la clientèle suivie par les sages-femmes.
- Poursuite de la participation au dossier de la certification *Initiative des amis des bébés*.
- Poursuite de la collaboration avec l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) au comité d'inspection professionnelle.
- Poursuite de la participation de l'équipe au programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO).
- Mise à jour du plan de communication et tournée des équipes médicales de la région.
- Poursuite des objectifs d'amélioration continue de l'offre de service, de diversification des stages (psychologie, art thérapie et pratique sage-femme) et de collaborations professionnelles et universitaires.

Comité d'appréciation des actes

Deux processus de révision de dossiers avec recommandations.

Comité d'inspection professionnelle

Mandat de participation au comité provincial d'inspection professionnelle terminé.

Accès aux médecins de famille pour la clientèle

Un médecin de famille a accepté de prendre en charge, de façon ponctuelle, les femmes suivies par les sages-femmes pendant les périodes pré et postnatales.

Avis déposés au conseil d'administration ou à la Direction générale

Aucune recommandation en provenance du conseil des sages-femmes n'a été adressée au conseil d'administration ni à la Direction générale.

LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII) ET LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES (CIIA)

Composition

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers.

M^{me} France Landry	Présidente par intérim
M^{me} Liette Boucher	Secrétaire
M^{me} Julie Desgagné	Membre élue
M^{me} Gaétane Boucher	Membre élue, agente de communication
M^{me} Esther Breton	Membre élue
M^{me} Émilie Gervais	Membre élue
M^{me} Amélie Drolet	Membre d'office du CIIA
M^{me} Marie-Soleil Brousseau	Membre élue
M^{me} Annie Lefebvre	Membre élue
M^{me} Coralie Mitnyan	Membre élue
M^{me} Isabelle Roy	Membre d'office du CIIA
M. Carol Fillion	Directeur général
M^{me} Nathalie Schoos	Directrice de la qualité des soins et services et Directrice des soins infirmiers

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires.

M^{me} Isabelle Roy	Présidente
M^{me} Amélie Drolet	Vice-présidente
M^{me} Julie Nolan	Secrétaire
M^{me} Laila Foulane	Conseillère
M^{me} Marilyne Lalonde	Conseillère (à partir du 26 mars 2013)

◘ EN CE QUI CONCERNE LE CII

Mandat

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est responsable d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement, de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres dans l'établissement, de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins offerts par ses membres dans l'établissement, d'assurer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le CII compte 444 infirmiers et infirmières.

Faits saillants

- Faire connaître aux membres les formations prévues, les prix et les reconnaissances de la région.
- Être des agents multiplicateurs pour faire la promotion, entre autres, de l'inspection professionnelle et de l'agrément et pour toutes autres causes présentées.
- Poursuivre la production d'articles dans le journal interne *La Missive*, rubrique « Le CII dans l'action », pour promouvoir le savoir infirmier.

EN CE QUI CONCERNE LE CIIA

Mandat

En fonction de l'article 223 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les fonctions et pouvoirs du CIIA sont d'apprécier la qualité des soins infirmiers qui sont posés par les personnes qui exercent des activités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires pour l'établissement, de donner des avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de l'ensemble des personnes qui exercent des activités d'infirmières ou d'infirmières auxiliaires pour l'établissement, de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins par les personnes qui exercent des activités d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires pour l'établissement, d'adopter des règlements concernant la régie interne, le fonctionnement et la poursuite des fins du comité de s'assurer que toutes les recommandations du CIIA non retenues par l'exécutif du CII sont transmises au conseil d'administration accompagnées des motifs du refus.

Le CIIA représente 262 infirmiers et infirmières auxiliaires au sein du CSSS-IUGS.

Faits saillants

- Suivi du dossier et support auprès des membres sur les changements apportés au système de distribution des médicaments.
- Participation à l'actualisation du champ d'exercice et des activités réservées aux infirmières et infirmiers auxiliaires.
- Participation à la Journée des infirmières et infirmiers auxiliaires soulignée dans cinq installations.

- Représentation de deux membres du CIIA au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec de juin 2013.
- Consultation et soutien pour les projets de développement des compétences ainsi que de la politique de reconnaissance du personnel de la Direction des ressources humaines et de l'enseignement (DRHE).
- Sollicitation pour assister une infirmière au sujet de la norme de l'OIIQ sur la formation continue.
- Présentation de la règle de soins infirmiers concernant la médication au besoin et deux suggestions apportées.

Avis déposés au conseil d'administration ou à la Direction générale

Dépôt d'un avis à la Direction générale sur le soutien et l'encadrement clinique.

LE CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Composition

Le conseil multidisciplinaire compte 633 membres.

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

M[me] Anik Dubaere	Présidente
M. Laurent Potvin	Vice-président
M[me] Marie-Chantale Roy	Trésorière (depuis juin 2013)
M[me] Audrey Girouard	Secrétaire
M[me] Julie Cloutier	Officière
M. Jérémie Roberge	Officier
M[me] Pascale Sabourin	Officière
M[me] Nathalie Carbonneau	Chef de service de la qualité et de la pratique professionnelle à la Direction de la qualité des soins et des services
M. Carol Fillion	Directeur général
M[me] Nathalie Schoos	Directrice de la qualité des soins et services et Directrice des soins infirmiers

Mandat

Le conseil multidisciplinaire est un comité-conseil à la Direction générale et au conseil d'administration du CSSS-IUGS. Il formule des avis et des recommandations portant sur l'appréciation et sur l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, sur la distribution appropriée des soins et des services, sur l'organisation scientifique et technique et sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir les compétences de ses membres. Le pouvoir du conseil multidisciplinaire est essentiellement un pouvoir d'influence. Les demandes d'avis peuvent provenir du conseil d'administration, du directeur général, du comité exécutif ou des membres du conseil multidisciplinaire.

Fait saillants

- Participation aux audits à la suite d'une formation sur les notes évolutives pour les intervenants psychosociaux.
- Réalisation d'une Pause clinique ayant pour thème *La reconnaissance entre professionnels*.

- *Des gestes concrets au quotidien*, conférence donnée par M^me^ France St-Hilaire, professeure au département de management et de gestion des ressources humaines de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke. L'événement a rassemblé un total de 85 participants, en majorité des membres du CM, et a été reconnu comme une formation.

- Prix de l'Association des conseils multidisciplinaire du Québec (ACMQ).

- Cette année, l'exécutif a soumis une mise en candidature dans la catégorie « Innovation » des prix de l'ACMQ. La nomination de l'équipe de proximité toxicomanie-itinérance n'a pas été retenue.

Avis déposés au conseil d'administration ou à la Direction générale

Un avis a été déposé à la Direction générale pour faire part des recommandations du CM en lien avec le document de travail portant sur les *Orientations au regard des responsabilités des personnes qui occupent des fonctions de soutien clinique ou d'encadrement*.

LE CONSEIL PARAPROFESSIONNEL (CP)

Composition

Le conseil paraprofessionnel compte 1385 membres.

Comité exécutif du Conseil paraprofessionnel

M. Pierre Hamel	Président
M^me^ Natacha Turcotte	Vice-présidente et secrétaire
M^me^ Vicky Gaudet	Trésorière
M^me^ Manon Côté	Officière
M^me^ Manon Nadeau	Officière
M^me^ Renée Tremblay	Officière
M. Carol Fillion	Directeur général
M^me^ Nathalie Schoos	Directrice de la qualité des soins et services et Directrice des soins infirmiers
M^me^ Nathalie Carbonneau	Chef de service à la qualité et à la pratique professionnelle

Mandat

Les responsabilités du conseil paraprofessionnel (CP) consistent à émettre des recommandations ou donner des avis à la Direction générale ou au Conseil d'administration en lien avec le contrôle et l'appréciation de la qualité, la distribution appropriée des services offerts par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement et les moyens à prendre pour évaluer et maintenir les compétences de ses membres. Il doit aussi voir aux règles de pratiques applicables à ses membres ainsi qu'à toute autre question que le directeur général porte à son attention et constituer, lorsque requis, des comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique de l'ensemble de leurs membres.

Faits saillants

- Approbation des modifications aux règlements de régie interne du conseil paraprofessionnel par l'assemblée générale annuelle et le conseil d'administration.

- Poursuite de la collaboration avec le Service des communications pour la production d'une série d'articles afin de reconnaître le travail des membres composant le CP et d'accroître sa visibilité.

- Mise à jour du dépliant du CP.
- Demandes de consultation au comité exécutif :
  - Politique de reconnaissance du personnel,
  - Implantation d'un Bureau de soutien des projets,
  - Cadre de référence en développement des compétences.
- Production d'une capsule vidéo sur le travail d'équipe.
- Présentation aux membres du projet de la trousse de soins en fin de vie ainsi que de la prévention et le contrôle des infections.
- Organisation de plusieurs rencontres avec différents secteurs du CSSS-IUGS dans le but de parfaire les connaissances des membres de l'exécutif avec l'organisation.

Avis déposés au conseil d'administration ou à la Direction générale

Aucun avis n'a été déposé au conseil d'administration ou à la direction générale.

LE COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

CLPQS - GERMAIN LAMBERT, commissaire

Mandat

Tel qu'il est prescrit par la Loi sur les services de santé et services sociaux, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) a exercé ses fonctions de façon exclusive. Le commissaire local est responsable envers le conseil d'administration de s'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Il doit aussi faire circuler l'information portant sur le régime d'examen des plaintes et promouvoir, par ses actions et recommandations, l'amélioration de la qualité des services. Le rapport annuel du commissaire local est intégré au rapport annuel de l'établissement.

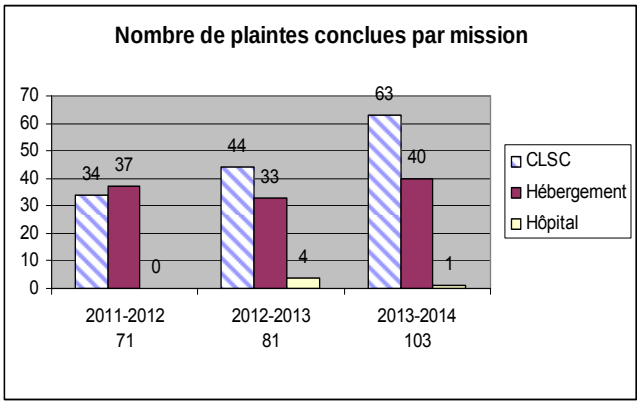
◘ Promotion des droits des usagers et autres fonctions du commissaire

Outre l'examen des plaintes, le commissaire a pour mission de promouvoir les droits des usagers. Plusieurs activités sont réalisées à cet effet auprès de la clientèle hébergée, des gestionnaires, des comités de résidents et du comité des usagers. Des outils d'information et de promotion (dépliants, site internet) sont continuellement mis à jour et mis à la disposition de tous dans des endroits stratégiques.

Une indication sur le site Web du CSSS-IUGS, sous la rubrique « Traitement des plaintes », a été ajoutée à l'effet que l'emplacement du rapport annuel du commissaire local se trouve dans le rapport annuel de l'établissement.

◘ Les plaintes analysées par le commissaire

Plaintes	2012-2013		2013-2014	
	Nombre	%	Nombre	%
• En cours d'examen au début de l'exercice	13		14	
• Reçues durant l'exercice	82	+ 16	103	+ 26
• Conclues durant l'exercice	81		104	
• En cours d'examen à la fin de l'exercice	14		13	
• Rejetées, refusées ou cessées	2	2	8	8
• Abandonnées par l'auteur	1	1	2	2
• Dirigées vers le protecteur du citoyen	2		9	
• Formulées par un usager	38	47	49	52
• Formulées par un représentant	42	52	54	47
• Formulées par un tiers	1	1	1	1
• Traitées dans un délai de moins de 45 jours	72	89	96	92
• Nombre de motifs pour les dossiers conclus	110		127	
• Nombre de dossiers avec mesures correctives	61		95	
• Nombre de mesures correctives	82		118	



CATÉGORIES DES MOTIFS DE PLAINTES		
	2012-2013	2013–2014
CATÉGORIES (CLSC, HÉBERGEMENT, HÔPITAL)	TOTAL	TOTAL
• Accessibilité	14	22
• Soins et services dispensés	41	52
• Relations interpersonnelles	23	28
• Organisation du milieu et ressources matérielles	11	16
• Aspect financier	8	2
• Droits particuliers	13	7
• Autres objets	0	0
TOTAL :	**110**	**127**

Les mesures correctives

Les 118 mesures correctives appliquées visent :

À portée individuelle (67)	À portée systémique (51)
Adaptation des soins et services (45)	Adaptation des soins et services (26)
Adaptation du milieu et de l'environnement (4)	Adaptation du milieu et de l'environnement (3)
Ajustement financier (1)	Adoption-révision-application de règles et procédures (19)
Conciliation-intercession-médiation-liaison-précision-explication (3)	Communication/promotion(1)
Information-sensibilisation d'un intervenant (8)	Formation-supervision (2)
Obtention de services (5)	
Respect des droits et respect du choix (1)	

◘ Les interventions

La Loi sur les services de santé et les services sociaux autorise le commissaire local à intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à son attention 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.

En 2013-2014, une intervention a été réalisée. Le motif concernait les difficultés d'accès aux services du réseau. L'intervention du commissaire a permis de clarifier l'organisation responsable de rendre les services en question et de référer l'usager à cet établissement du réseau.

◘ Les assistances

Ces demandes sont faites au commissaire par l'usager ou son représentant, soit pour une aide concernant un suivi ou un service ou pour la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance.

Les 38 demandes d'assistance ont principalement mené à :	
Aide à la formulation d'une plainte (19)	Aide concernant un soin ou un service (19)

◘ Les consultations

Les consultations sont des demandes d'avis au commissaire provenant de personnes autres que l'usager ou son représentant.

Les huit consultations ont porté sur :	
Droits particuliers (4)	Organisation du milieu et ressources matérielles (1)
Soins et services dispensés (2)	
Aspect financier (1)	

◘ Les plaintes analysées par le médecin examinateur

En 2013-2014, sept plaintes ont été conclues par le médecin examinateur, dont cinq au CLSC et deux en CHSLD. Une plainte a été abandonnée par un usager du CLSC, une plainte a été conclue sans mesure corrective et cinq avec mesures correctives. Les motifs de plainte concernaient les relations

interpersonnelles (3), les soins et services dispensés (3) et l'accessibilité (1). Aucune plainte n'a été dirigée vers le comité de révision de l'établissement et aucune vers le CMDP.

LES PLAINTES ANALYSÉES PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR	2012-2013		2013-2014	
En cours d'examen au début de l'exercice	2		2	
Reçues durant l'exercice	6		8	
Conclues durant l'exercice	6		7	
En cours d'examen à la fin de l'exercice	2		3	
Rejetées sur examen sommaire	0		0	
Abandonnées par l'auteur	2	33 %	1	16 %
Dirigée vers le comité de révision	0		0	
Dirigée vers le CMDP	0		0	
Formulées par un usager	6	100 %	5	71%
Formulées par un représentant	0		2	29 %
Formulées par un tiers	0		0	
Traitées dans un délai de moins de 45 jours	6	100 %	5	71 %
Nombre de motifs de plaintes : dossiers conclus	6		7	
Mesures correctives	6		8	

CATÉGORIE DES MOTIFS DE PLAINTES MÉDECIN EXAMINATEUR	2012-2013	2013-2014
MOTIFS DE PLAINTE	TOTAL	TOTAL
• Accessibilité		1
• Soins et services dispensés	3	3
• Relations interpersonnelles	3 2 abandons	3 1 abandon
• Organisation du milieu et ressources matérielles		
• Aspect financier		
• Droits particuliers		
TOTAL :	6	7

Les huit mesures correctives appliquées visent :

- <u>À portée individuelle</u> (5) :
  Ajustement professionnel (2)
  Amélioration des communications (2)
  Changement d'intervenant (1)

- <u>À portée systémique</u> (3) :
  Ajustement des activités professionnelles (1)
  Protocole clinique ou administratif (2)

LE BUREAU DES GOUVERNEURS

Composition

Membres réguliers et gouverneurs

M^{me} Barbara Allatt	M. Carol Fillion	M. André Paradis	M. Jean-Guy Saint-Gelais
M. Gérard Bessette	M^{me} Sylvie Gilbert-Fowlis	M^{me} Lise Perreault	M^{me} Martine Staehler
M^{me} Anne Boutin	M^{me} Diane Gingras	M. Alex G. Potter	M. Jacques Talbot
M^{me} Heather Bowman	M. Georges Goulet	M. David Price	M^{me} Carmen Tremblay
M. Pierre Cameron	D^{r} Réjean Hébert	M. Paul Rodrigue	M^{me} Marie Trousdell
M. André Cardinal	M^{me} Gabrielle Jung	M. Daniel Rousseau	
M. Jacques Demers	M^{me} Michèle Lavoie	M^{me} Diane Roy	
M^{me} Nicole Dorin	M^{me} Zuleica Marciano	M^{me} Maryse Ruel	
M. Ralph Farley	M. Carol McKinley	M^{me} Ursula Ruf	

Le Bureau des gouverneurs n'a pas siégé durant l'exercice 2013-2014.

LA FONDATION VITAE

BRIGITTE LAMBERT, directrice

Composition

Composition du conseil d'administration au 31 mars 2014.

M. Robert Delisle	Président
M. Gilles Lavoie	Vice-président
M. Daniel Nappert	Secrétaire
M^{me} Sarah Haddon	Trésorière
M. François Longpré	Administrateur
M^{me} Véronique Boutier	Administratrice
M^{me} Geneviève Delisle	Administratrice
M. Carol Fillion	Administrateur
M. Daniel Labonté	Administrateur
M^{me} Colette Lavoie	Administratrice
M. Jean-François Perreault	Administrateur
M. Serge Roy	Administrateur

Mission

La raison d'être de la Fondation Vitae consiste à contribuer à la mission du Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

La Fondation Vitae a pour mission de solliciter, recueillir et administrer les dons, les legs et les contributions qui lui sont confiés afin d'améliorer la qualité de vie, l'environnement, les services et les soins offerts aux usagers du CSSS-IUGS et d'apporter son soutien à la recherche et à l'enseignement effectués au sein de l'établissement.

Valeurs

- Respect
- Engagement
- Partenariat et collaboration
- Reconnaissance
- Intégrité et transparence
- Développement, innovation et créativité

Faits saillants – activités bénéfices

◘ Campagne annuelle

Pour sa 17^{e} campagne, la Fondation a pu compter sur deux alliés pour qui le bien-être de la communauté et son développement sont au cœur de leurs préoccupations – **M^{e} Louis Lagassé**, notaire et homme d'affaires et **M. Chris Forsythe**, président de Kobelt Transportation. C'est 2 001 321 $ qui ont été amassés par la Fondation pour cette campagne.

◘ Coquetel-bénéfice

Dans le cadre de sa campagne annuelle, la Fondation Vitae a tenu la troisième édition de son coquetel-bénéfice. Cette activité a permis d'amasser plus de 11 000 $.

◘ Déjeuners-bénéfices

Plus de 280 personnes ont participé au déjeuners-bénéfices, les mardi et mercredi 12 et 13 février 2013. Cette neuvième édition a permis d'amasser plus de 7 200 $ qui ont été versés au Fonds de dépannage du CLSC.

◘ Classique de golf

Ce sont 128 golfeurs, issus majoritairement du milieu d'affaires sherbrookois, qui ont participé à la 15e Classique de la Fondation Vitae, sous la présidence d'honneur de **M. Alain Foisy**, vice-président régional du Mouvement Desjardins. Depuis ses débuts en 1999, la Classique de golf, anciennement la Classique John-Hackett, a amassé plus de 600 000 $, dont 50 000 $ pour l'édition 2013.

◘ Appui à la population de Lac-Mégantic

Plusieurs employés ont fait part de leur désir de soutenir la population de Lac-Mégantic. La Direction générale et la Fondation Vitae ont mis sur pied une collecte de fonds qui a permis de remettre 3 600 $ à la Croix-Rouge.

◘ 50e anniversaire du Centre d'hébergement St-Joseph

Le 22 septembre 2013, le Centre d'hébergement St-Joseph fêtait ses cinquante ans d'existence. Pour l'occasion, le CSSS-IUGS et sa Fondation Vitae ont organisé un grand pique-nique retrouvailles ainsi qu'une exposition de photos. Parallèlement, des employés ont produit un livre de 50 recettes coups de cœur. Les profits des ventes ont été remis à la Fondation Vitae.

◘ Match des célébrités

Le samedi 5 octobre 2013, 28 personnalités sherbrookoises ont pris d'assaut le terrain du stade de l'Université de Sherbrooke durant la mi-temps d'un match de football pour disputer la deuxième édition du *Match des célébrités*. L'appui des partenaires, dont la Ville de Sherbrooke, a permis d'amasser 10 000 $.

◘ Cafés de la Fondation

La Fondation Vitae obtient des revenus de la gestion de trois cafés situés au Centre d'hébergement St-Joseph, à l'Hôpital et centre d'hébergement Argyll et à l'Hôpital et centre d'hébergement D'Youville; Les cafés-boutiques ont rapporté plus de 26 500 $ à la Fondation cette année.

◘ Friperie la Retouche

La friperie la Retouche recueille les vêtements qui lui sont offerts par les résidents des quatre centres d'hébergement ou leurs familles. Les vêtements sont triés, inspectés et réparés afin d'être revendus tels quels ou encore transformés en vêtements adaptés, au besoin. Ce service a généré plus de 10 000 $ à la Fondation pour l'année 2013.

Investissements majeurs réalisés en 2013

◘ Rêves d'aînés

Inspiré des fameux « rêves d'enfants », le programme Rêves d'aînés de la Fondation Vitae s'adresse à tous les résidents des quatre centres d'hébergement du CSSS-IUGS, et plus particulièrement à ceux qui ne possèdent pas les moyens nécessaires pour réaliser eux-mêmes leurs rêves. En 2013, la fondation a permis à seize résidents de réaliser leurs rêves, nécessitant un investissement de près de 7 600 $.

◘ Système de cloches d'appels silencieuses Vocera

Soucieux de la qualité de vie et des soins offerts à ses 760 résidents, le CSSS-IUGS et la Fondation Vitae ont investi dans le système de cloches d'appels silencieuses Vocera, une technologie sans fil. La Fondation Vitae a contribué pour plus de 160 000 $ à la réalisation du projet, qui a d'ailleurs remporté le prix Innovation au Gala Reconnaissance Estrie de la Chambre de commerce de Sherbrooke.

◘ Ascot en santé / Contes et crayons / Pédiatrie sociale

Ascot en santé, c'est la revitalisation d'un des quartiers les plus défavorisés de Sherbrooke, tant au plan social qu'urbain. Encouragés par les intervenants du quartier, plusieurs citoyens d'Ascot travaillent ensemble à améliorer les choses, notamment grâce à une clinique de pédiatrie sociale, d'une maison des jeunes et d'un lieu d'épanouissement et d'échange pour les familles et les aînés.

Découlant de cette initiative, le projet Contes et crayons est un projet communautaire d'éveil à la lecture et à l'écriture. Le soutien financier permet de maintenir des activités telles des soirées de contes, l'animation

d'activités d'éveil à la lecture et l'aménagement d'une bibliothèque mobile favorisant l'apprentissage des jeunes d'âge préscolaire qui habitent le quartier d'Ascot.

◘ Desjardins s'implique auprès des jeunes

Les Caisses Desjardins de Sherbrooke poursuivent leur engagement envers la Fondation et l'Alliance sherbrookoise pour des jeunes en santé. Les sommes remises servent à développer des outils de promotion et de sensibilisation pour que les jeunes sherbrookois bougent plus et mangent mieux.

Bénévoles et donateurs

C'est grâce au travail et au dévouement des bénévoles que la Fondation Vitae parvient à faire une différence dans la vie des gens; c'est grâce aux donateurs qu'elle peut accomplir sa mission. Un immense merci à tous pour votre implication et votre confiance!

ANNEXE I - L'entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014

ANNEXE II - Déclaration de fiabilité des données financières-Les états financiers-Rapport de l'auditeur indépendant

ANNEXE III - Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs (incluant les manquements)

ANNEXE IV - L'annexe 7 à la circulaire 2013-001 (03.01.61.03)-État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Annexe I

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2013-2014

Conformément à l'article 182.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le CSSS-IUGS a conclu une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Cette entente précise les résultats attendus dans l'offre de services et la contribution de l'établissement à l'atteinte de cibles régionales.

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2013-2014

Conformément à l'article 182.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le CSSS-IUGS a conclu une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Cette entente précise les résultats attendus dans l'offre de services et la contribution de l'établissement à l'atteinte de cibles régionales.

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2013-2014 - RÉSULTATS

INDICATEURS PAR PROGRAMMES-SERVICES		RÉSULTATS 2012-2013	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLE ANNUELLE	ÉCART		APPRÉCIATION
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)							
• Services de soutien à domicile	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services	3577	3885	4078	(-193)	↘	●
	Nombre moyen d'interventions	51	58,9	40,1	18,8	↗	●
• Gestion de cas - SAPA	Nombre d'usagers recevant les services d'un gestionnaire de cas	1574	1716	1669	47	↗	●
	Nombre moyen d'interventions	13,72	13,7	Suivi			
DÉFICIENCE PHYSIQUE							
• Services de soutien à domicile	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services	998	1140	888	152	↗	●
	Nombre moyen d'interventions	56,7	56,2	36,5	19,7	↗	●
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET OU TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED)							
• Services de soutien à domicile	Nombre de personnes (DI ou TED) recevant des services	569	589	400	189	↗	●
	Nombre moyen d'interventions	12,9	13,3	15,6	(-2,3)	↘	●
SANTÉ MENTALE							
• Soutien d'intensité variable dans la communauté (ADULTES)	Nombre de places en service de soutien d'intensité variable	25,3	24,5	188	(-163,5)	↘	■
• Santé mentale (JEUNES)	Nombre d'usagers ayant des troubles mentaux (JEUNES) recevant des services	332	300	499	(-199)	↘	▲
• Santé mentale (ADULTES)	Nombre d'usagers ayant des troubles mentaux (ADULTES) recevant des services	1585	1511	1565	(-54)	↘	●
RESSOURCES HUMAINES							
• Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées		5,25	6,43	<5,50	(-0,93)	↘	●

●	80 % et + d'atteinte de la cible	Amélioration des résultats
▲	60 à 79 % d'atteinte de la cible	À surveiller
■	59 % et - d'atteinte de la cible	

Annexe II

RAPPORT DE LA DIRECTION

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION 2013-2014 DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le directeur général,

Carol Fillion

Le directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles,

Denis Lamontagne

À Sherbrooke, le 10 juin 2014

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTATS DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	141 820 531	150 332 630	7 153 493	157 486 123	150 445 268
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	1 000 000	1 739 752		1 739 752	1 427 926
Contributions des usagers	3	14 634 533	15 194 562	XXXX	15 194 562	15 701 020
Ventes de services et recouvrements	4	1 238 558	1 497 454	XXXX	1 497 454	1 400 984
Donations (FI:P294)	5		148 875	360 752	509 627	428 694
Revenus de placement (FI:P302)	6	120 000	157 862	105 221	263 083	206 716
Revenus de type commercial	7	900 000	889 917	XXXX	889 917	786 161
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	6 492 990	6 365 483	268 623	6 634 106	6 527 560
TOTAL (L.01 à L.11)	12	166 206 612	176 326 535	7 888 089	184 214 624	176 924 329
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	130 904 427	139 063 741	XXXX	139 063 741	129 735 440
Médicaments	14	2 247 160	1 747 996	XXXX	1 747 996	2 023 012
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales	16	1 680 810	1 589 008	XXXX	1 589 008	1 724 552
Denrées alimentaires	17	2 390 063	2 165 473	XXXX	2 165 473	1 913 671
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	5 296 935	5 196 472	XXXX	5 196 472	5 297 979
Frais financiers (FI:P325)	19			1 898 905	1 898 905	2 314 000
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	1 900 535	1 614 914	2 556 392	4 171 306	3 251 157
Créances douteuses	21			XXXX		200 000
Loyer	22		5 516 550	XXXX	5 516 550	
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23		XXXX	3 385 123	3 385 123	3 324 678
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
...	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	21 786 682	19 302 061		19 302 061	26 131 090
TOTAL (L.13 à L.27)	28	166 206 612	176 196 215	7 840 420	184 036 635	175 915 579
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	0	130 320	47 669	177 989	1 008 750

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	506 034	4 077 997	4 584 031	3 575 281	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	506 034	4 077 997	4 584 031	3 575 281	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	130 320	47 669	177 989	1 008 750	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	636 354	4 125 666	4 762 020	4 584 031	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	564 648	564 648	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	4 197 372	4 019 383	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	4 762 020	4 584 031	

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	2 008 589	350 060	2 358 649	2 448 960
Placements temporaires	2	8 476 408	8 582 139	17 058 547	16 298 238
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408)	3	10 442 983	459 780	10 902 763	11 769 679
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400)	4	1 718 650	340 000	2 058 650	2 805 813
...	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	1 217 012	(1 217 012)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408)	7	12 394 585	15 650 827	28 045 412	26 192 988
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9		248 310	248 310	155 580
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p360, FI: p400)	12	458 346	96 258	554 604	363 347
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	36 716 573	24 510 362	61 226 935	60 034 605
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FI: p403)	14		3 327 191	3 327 191	4 223 652
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401)	16	14 562 158		14 562 158	15 077 174
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	2 249 032	2 249 032	2 364 518
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401)	18		476 148	476 148	392 307
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294)	19	5 681 031	2 441 255	8 122 286	9 252 171
...	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403)	21	XXXX	62 623 518	62 623 518	61 917 474
Passifs environnementaux (FI: p401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	16 168 075		16 168 075	14 708 265
...	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p361, FI: p401)	25	482 475	133 336	615 811	648 755
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	36 893 739	71 250 480	108 144 219	108 584 316
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(177 166)	(46 740 118)	(46 917 284)	(48 549 711)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: p420, 421, 422)	28	XXXX	50 865 784	50 865 784	52 342 450
Stocks de fournitures (FE: p360)	29	567 442	XXXX	567 442	516 859
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400)	30	246 078		246 078	274 433
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	813 520	50 865 784	51 679 304	53 133 742
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	636 354	4 125 666	4 762 020	4 584 031

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638.01 et 638.02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(285 258)	(285 258)	(48 264 453)	(48 549 711)	(51 036 345)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(285 258)	(285 258)	(48 264 453)	(48 549 711)	(51 036 345)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29)	5		130 320	47 669	177 989	1 008 750
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(1 908 457)	(1 908 457)	(2 035 360)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	3 385 123	3 385 123	3 324 678
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	1 476 666	1 476 666	1 289 318
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15			XXXX		
Acquisition de frais payés d'avance	16					
Utilisation de stocks de fournitures	17		(50 583)	XXXX	(50 583)	94 812
Utilisation de frais payés d'avance	18		28 355		28 355	93 754
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(22 228)		(22 228)	188 566
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		108 092	1 524 335	1 632 427	2 486 634
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(285 258)	(177 166)	(46 740 118)	(46 917 284)	(48 549 711)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	1	177 989	1 008 750
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Créances douteuses	2		200 000
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	3		
Stocks et frais payés d'avance	4	(22 228)	188 566
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	5		
Perte (Gain) sur disposition de placement	6		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	7		
- Autres	8	(194 323)	(24 052)
Amortissement des immobilisations	9	3 385 123	3 324 678
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11	43 117	46 775
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		
Autres	14		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.14)	15	3 211 689	3 735 967
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	45 810	(1 172 487)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	3 435 488	3 572 230
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Immobilisations:			
Acquisitions	18	(1 908 457)	(2 035 360)
Produits de disposition	19		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(1 908 457)	(2 035 360)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements de portefeuille:			
Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	(1 852 424)	(1 197 898)
Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(1 852 424)	(1 197 898)

Numéro	Note

Note 1: STATUTS ET NATURE DES OPÉRATIONS

2 L'établissement a été constitué en vertu de la "Loi concernant l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et sa version Sherbrooke Geriatric University Institute" (L.Q.2004, chapitre 57), sanctionnée le 17 décembre 2004. Il a pour mandat de promouvoir la santé et le bien-être, d'accueillir, d'évaluer et de diriger les personnes et leurs proches vers les services requis et de prendre en charge, d'accompagner et de soutenir les personnes vulnérables. L'établissement doit également offrir une gamme de services généraux de santé et de services sociaux et certains services spécialisés. Par ailleurs, afin de couvrir l'ensemble des besoins de sa population qu'il ne peut combler à lui seul, l'établissement doit conclure des ententes de services avec d'autres partenaires (cliniques médicales, groupes de médecine de famille, centres jeunesse, centres de réadaptation, organismes communautaires, centres hospitaliers universitaires, etc.). Le siège social du centre est situé à Sherbrooke. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Sherbrooke. En vertu des lois fédérales et provinciales de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujeti aux impôts sur le revenu.

Note 2: DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant:

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

3 La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus. Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passés aux résultats au fur et à mesure que l'établissement bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts

gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La dépense pour la créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir

du gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours de l'exercice 2013-2014.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations et les actifs non financiers, de par leur nature, sont employés normalement pour fournir des services futurs. Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains

qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Equipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisistion	Durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des débours effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice en cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût et de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du premier entré, premier sorti.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

La norme comptble SP3450 « Instruments financiers » du Manuel de comptabilité de CPA-Canada pour le secteur public, implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres côtés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier appelé État des gains et pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente. Les autres instruments financiers sont évalués au coût ou au coût après amortissement, sauf si l'établissement choisit de les désigner dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé au 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure l'état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, étant donné les limitations imposées par le LSSSS en ce sens.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain et de perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Aux fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes:

- Activités principales: les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence;
- Activités accessoires: les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services

rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial:

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commerciale. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectation ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Note 3: EMPRUNT BANCAIRE

L'emprunt bancaire, d'un montant autorisé de 2 688 000 $, porte intérêt au taux préférentiel et vient à l'échéance le 2 avril 2014.

Note 4: OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

a)La Fondation Vitae, constituée selon la Partie III de la Loi sur les compagnies, a pour objet de recueillir les contributions versées en faveur de l'établissement.

Durant l'exercice, l'établissement a obtenu de l'organisme 160 000 $ pour l'achat d'immobilisations et 148 696 $ pour des dépenses d'exploitation. Un montant de 294 916 $ est à recevoir de cet organisme au 31 mars 2014.

b)Le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, constitué selon la Partie III de la Loi sur les compagnies, a pour objet de soutenir le développement d'un savoir pratique en santé, d'optimiser la capacité d'exporter ce savoir et de proposer des stratégies d'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux par la mise en application concrète des connaissances en santé.

Durant l'exercice, à l'intérieur des activités principales, l'établissement a offert des prêts
5 de service et des fournitures pour un montant de 393 546 $ qui ont été refacturés à l'organisme au même montant. Un montant de 73 545 $ est à recevoir de cet organisme au 31 mars 2014.

Également, au cours de l'exercice, le Centre de recherche sur le vieillissement inclus dans les activités accessoires de l'établissement a offert des services de recherche pour un montant de 183 271 $. Un montant de 208 654 $ est à recevoir de cet organisme au 31 mars 2014.

c)En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 5 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AUX RISQUES FINANCIERS

L’établissement est exposé à divers risques par le biais de ses instruments financiers. La
6 direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l’assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d’en minimiser les impacts potentiels.

Risque de crédit

L'établissement est exposé au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière. L'établissement a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont les autres débiteurs, étant donné que le manquement d'une de ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement.

Le risque de crédit relatif à l'encaisse est considéré comme négligeable puisqu'elle est détenue dans une institution financière reconnue dont la notation externe de crédit est de bonne qualité

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

Fonds d'exploitation — exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	141 820 531	149 511 119	821 511	150 332 630	144 021 467
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	1 000 000		1 739 752	1 739 752	1 427 926
Contributions des usagers (P301)	3	14 634 533	15 194 562	XXXX	15 194 562	15 701 020
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	1 238 558	1 497 454	XXXX	1 497 454	1 400 984
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		77 797	71 078	148 875	62 771
Revenus de placement (P302)	6	120 000	157 862		157 862	125 454
Revenus de type commercial (P351)	7	900 000	XXXX	889 917	889 917	786 161
Gain sur disposition (P302)	8					
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	6 492 990	3 256 538	3 108 945	6 365 483	6 292 360
TOTAL (L.01 à L.11)	12	166 206 612	169 695 332	6 631 203	176 326 535	169 818 143
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	130 904 427	134 446 394	4 617 347	139 063 741	129 735 440
Médicaments (P750)	14	2 247 160	1 747 996	XXXX	1 747 996	2 023 012
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	1 680 810	1 589 008	XXXX	1 589 008	1 724 552
Denrées alimentaires	17	2 390 063	2 165 473	XXXX	2 165 473	1 913 671
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	5 296 935	5 196 472	XXXX	5 196 472	5 297 979
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	1 900 535	1 614 914		1 614 914	1 841 551
Créances douteuses (C2:P301)	21					200 000
Loyers	22		5 516 550		5 516 550	
...	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	21 786 682	17 289 363	2 012 698	19 302 061	26 131 090
TOTAL (L.13 à L.24)	25	166 206 612	169 566 170	6 630 045	176 196 215	168 867 295
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	129 162	1 158	130 320	950 848

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 500
455, rue King Ouest
Sherbrooke (Québec) J1H 6G4

Téléphone : 819 822-4000
Sans frais : 1 800 567-6958
Télécopieur : 819 821-3640
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de
Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie de tous les fonds pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes et l'état des résultats du fonds d'exploitation, sont tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 juin 2014 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (ci-après le « MSSS »).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 10 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. [1]

Sherbrooke
Le 11 juin 2014

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A103767

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke

Conseil d'administration
du CSSS-IUGS

Annexe III

Code d'éthique et de déontologie

Adopté par le conseil d'administration du CSSS-IUGS
5 février 2014

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

Préambule

La gouvernance assumée par le conseil d'administration du CSSS-IUGS doit reposer sur un lien de confiance entre le CSSS-IUGS et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Le présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS-IUGS s'inscrit dans le cadre de la mission de l'établissement, à savoir d'œuvrer à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes au moyen de services accessibles, intégrés, de qualité et offerts en continuité. De plus, le conseil d'administration du CSSS-IUGS s'assure d'une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le CSSS-IUGS est guidé par son ambition ainsi que par ses valeurs qui reposent sur les éléments de la mission du CSSS-IUGS :

- le respect des droits des usagers;
- l'équité dans son offre de service;
- une accessibilité et une continuité des soins et des services;
- une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

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

•••

Le plan stratégique 2012-2015 édicte les valeurs du CSSS-IUGS :

- Le respect
- La collaboration
- La transparence
- L'excellence

De plus, le plan stratégique 2012-2015 met en place les grands éléments d'ambition de l'établissement :

- Les Sherbrookois et les Estriens ont accès à des services de santé de qualité correspondant à leurs besoins.
- Les services du CSSS-IUGS : vivre une expérience positive.
- La santé et le mieux-être des Québécois sont améliorés grâce à l'expertise du CSSS-IUGS.
- Le CSSS-IUGS et ses intervenants communiquent de façon transparente et efficace.
- Les décisions en lien avec la santé des Sherbrookois et des Estriens sont prises de façon éthique.
- La communauté du CSSS-IUGS évolue dans un environnement stimulant qui favorise la santé et l'engagement.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET CHAMPS D'APPLICATION

Le présent code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration du CSSS-IUGS, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur, mais ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus.

Ce code :

1° Édicte le rôle et les responsabilités des membres du conseil d'administration
2° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
3° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
4° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
5° Traite des devoirs et obligations des administrateurs;
6° Prévoit des mécanismes d'application du c ode.

Le présent code s'applique à tout administrateur du CSSS-IUGS. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

Définitions

•••

Conflit d'intérêts :
désigne toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect.

Faute grave :
résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt :
désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique.

Renseignements confidentiels :
une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées, qui peuvent, d'une part, porter préjudice à une personne ou à l'établissement ou, d'autre part, procurer un avantage indu.

1. RÔLE ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les pouvoirs et les devoirs du conseil d'administration sont déterminés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Il doit, dans l'exercice de ses fonctions, respecter les obligations que lui imposent la loi, ses règlements d'application, l'acte constitutif et ses règlements de régie interne.

Le conseil d'administration gère les affaires de l'établissement et en exerce tous les pouvoirs, sous réserve des dispositions prévues dans la Loi sur les services de santé et de services sociaux ainsi que dans la Loi constitutive de l'établissement.

Le mandat confié au conseil d'administration contient les responsabilités et les devoirs suivants :

- adopter le plan stratégique et le rapport annuel de gestion;
- établir les priorités et les orientations de l'établissement et voir à leur respect;
- s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services offerts;
- s'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
- adopter un plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique;
- s'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- s'assurer du suivi de la performance et de la reddition de compte des résultats;
- approuver l'entente de gestion et d'imputabilité;
- adopter un protocole d'application des mesures de contrôle des personnes;
- solliciter l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il offre;
- nommer, à la suite des consultations prévues au contrat d'affiliation : le directeur général et les cadres supérieurs, les médecins, dentistes et pharmaciens et les chefs de départements médicaux;
- conclure les contrats de service avec les sages-femmes;
- s'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;
- se doter d'un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel;
- adopter un cadre conceptuel éthique qui encadre les missions de soins et services, d'enseignement et de recherche;
- établir annuellement ses orientations financières et adopter le budget de fonctionnement de l'établissement;
- approuver les états financiers au plus tard le 15 juin de chaque année;
- constituer les comités et conseils obligatoires et facultatifs nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement;
- adopter les politiques et règlements de l'établissement;
- assumer toutes les responsabilités relatives au développement durable;
- s'assurer du respect de la mission d'enseignement et de recherche de l'établissement;
- définir et adopter les grandes orientations du plan directeur des ressources informationnelles;
- s'assurer de l'élaboration et de la mise à jour, par la direction, du plan local des mesures d'urgence.

2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste.

2.1. L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

2.2. L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux sécuritaires et de qualité.

2.3. L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

2.4. L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services offerts, principes préconisés en vertu de la LSSSS.

2.5. L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en s'assurant de l'utilisation économique, efficiente et efficace des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'établissement.

2.6. L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

2.7. L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de l'ambition de l'établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

3. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateur.

Disponibilité et participation active

3.1. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

Respect

3.2. L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

3.3. L'administrateur agit de manière courtoise et entretient des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

3.4. L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Compétence

3.5. L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'établissement.

Neutralité

3.6. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

3.7. L'administrateur doit placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

3.8. L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur de l'information objective et suffisante.

3.9. L'administrateur partage avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

3.10. L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de

l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

3.11. L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'établissement.

3.12. L'administrateur s'abstient d'utiliser de l'information confidentielle obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

3.13. L'administrateur respecte la politique de l'établissement sur les relations avec les médias.

3.14. L'administrateur adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions personnelles.

Charge publique

3.15. L'administrateur informe le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

3.16. L'administrateur doit informer le conseil d'administration de son élection à une charge publique. Le comité de gouvernance et d'éthique évaluera les enjeux, notamment en lien avec le statut de membre indépendant, et émettra les commentaires et recommandations nécessaires.

Biens et services de l'établissement

3.17. L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'établissement.

3.18. L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions prescrites par la règle adoptée à cette fin et en conformité avec les balises édictées par le gouvernement.

Avantages et cadeaux

3.19. L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

3.20. L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent code est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

3.21. L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

3.22. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

3.23. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif et l'établissement.

4. CONFLIT D'INTÉRÊTS

4.1. L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

4.2. L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;

b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;

c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;

d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;

e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

4.3. L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire de l'annexe II du présent code.

4.4. L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'annexe III du présent code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question est débattue.

4.5. Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).

4.6. L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

4.7. Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Le comité de gouvernance et d'éthique analysera la situation et émettra les commentaires ou recommandations, le cas échéant.

4.8. La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

5. FIN DU MANDAT

5.1. L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

5.2. L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

5.3. À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

5.4. L'administrateur demande l'approbation du comité de gouvernance et d'éthique, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, avant de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

6. APPLICATION DU CODE

Adhésion au code

6.1. Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent code ainsi que les lois applicables.

6.2. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

6.3. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement.

Comité de gouvernance et d'éthique

6.4. En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement a pour fonctions de :

a) veiller à ce que les administrateurs remplissent leurs devoirs et obligations comme prévu au code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;

b) prévenir tout manquement au code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;

c) examiner les déclarations d'intérêt des nouveaux administrateurs et en constater la conformité ou non;

d) recevoir, examiner et, s'il y a lieu, enquêter et faire les recommandations nécessaires au conseil d'administration sur les suites à donner relativement à toute situation de manquement, de la part d'un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie par la Loi ou par le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration;

e) procéder à la révision du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration.

7. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Introduction d'une demande d'examen

7.1. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent code visant un administrateur doit être transmise au président ou à la présidente du comité d'éthique et de déontologie ou, s'il s'agit de ce dernier ou de cette dernière, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente jours suivants.

7.2. Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

Tenue de l'enquête

7.3. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'identité de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

7.4. Au moment où il le juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au conseil d'administration

7.5. Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et, le cas échéant, soit une recommandation de sanction, soit toutes autres mesures que le comité juge appropriées.

7.6. Par ailleurs, lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur ou l'administratrice concerné n'a pas enfreint la loi ou le présent code, il peut, malgré cela, transmettre au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête en vue de soumettre des recommandations, tout en préservant la confidentialité de la situation à l'origine de ces recommandations.

Décision

7.7. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ou cette dernière ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Sanctions

7.8. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. Le conseil d'administration peut aussi, s'il le juge opportun, imposer toutes autres mesures qu'il juge appropriées. La décision du conseil doit tenir compte de toutes les circonstances entourant la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite reprochée. L'administrateur ou l'administratrice est informé, par écrit, de la décision du conseil d'administration.

ANNEXE I
(Article 6.2)

ENGAGEMENT PERSONNEL ET AFFIRMATION D'OFFICE DE L'ADMINISTRATEUR

Je, soussigné(e), _____, administrateur du conseil d'administration du CSSS-IUGS, déclare avoir pris connaissance du code applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CSSS-IUGS. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CSSS-IUGS et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature	Date	Lieu

ANNEXE II
(article 4.3)

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS D'UN ADMINISTRATEUR

Je, soussigné(e), _____, administrateur du CSSS-IUGS déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le CSSS-IUGS ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ou organismes concernés.

3. J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	_____
_____	_____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	Date	Lieu

ANNEXE III
(Article 4.4 de ce Code)

FORMULE DE DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné(e) _____, déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts au regard des faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Signature de l'administrateur Date Lieu

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2014**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de l'ICCA*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011	R	La direction applique les directives exigées à cet effet par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec			x
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						

Rapport à la gouvernance						