



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

Centre de santé et de services sociaux
Haut-Richelieu – Rouville



TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	5
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS.....	7
RAPPORT DE LA DIRECTION	9
PRÉSENTATION DU CSSS HAUT-RICHELIEU – ROUVILLE : UN ÉTABLISSEMENT BIEN ANCRÉ DANS SON MILIEU	11
LES RÉSULTATS AU REGARD DES PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES 2014-2015 ET DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	19
CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX.....	45
LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT.....	49
ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS.....	51
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	71
ANNEXE : GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS & CONTRATS DE SERVICE	87

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

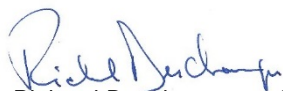
Avec la présentation de ce rapport annuel de gestion 2014-2015, c'est une page d'histoire de plus de dix ans qui se tourne pour le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Haut-Richelieu – Rouville. En effet, avec l'adoption de la loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, l'établissement fait désormais partie, depuis le 1^{er} avril 2015, du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre. Cette fusion organisationnelle regroupe également le CSSS Champlain – Charles-Le Moyne, l'Institut Nazareth et Louis-Braille et des fonctions régionales de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, dont la santé publique, le technocentre, la gestion du programme de soutien aux organismes communautaires et la sécurité civile.

Considérant la dissolution du conseil d'administration du CSSS Haut-Richelieu – Rouville le 1^{er} avril dernier, ses pouvoirs me sont maintenant conférés, à titre de président-directeur général du CISSS de la Montérégie-Centre, et ce, jusqu'à la mise en place du nouveau conseil d'administration ou jusqu'au 30 septembre 2015.

Comme vous pourrez le constater à sa lecture, le dernier bilan du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville fait état d'un établissement ayant réussi à développer un grand nombre de processus et de façons de faire porteuses pour le futur qui lui ont permis de moderniser l'offre de services aux citoyens de son territoire tout en s'assurant d'une saine gestion de ses ressources humaines, matérielles et financières.

Au cœur de cette modernisation, mentionnons spécifiquement les cinq grandes priorités organisationnelles déployées au cours de l'année et qui ont porté leurs fruits, dont la transformation clinique pour améliorer l'expérience de soins du patient et de ses proches, le développement de nos infrastructures, et plus particulièrement le projet majeur d'agrandissement de l'Hôpital du Haut-Richelieu qui bat toujours son plein, les excellents résultats obtenus lors de la visite d'Agrément Canada avec une note de 97,4%, une amélioration spectaculaire de nos taux d'incidence des infections nosocomiales de *C. difficile*, le déploiement d'une culture d'amélioration continue *Lean*, l'optimisation de nos pratiques de gestion de la main-d'œuvre autour de quatre chantiers prioritaires et, finalement, l'atteinte de l'équilibre budgétaire pour assurer une saine gestion des dépenses publiques.

En terminant, je ne saurais terminer ce mot sans remercier chaleureusement les directeurs généraux qui ont accompagné la destinée du CSSS Haut-Richelieu – Rouville au cours des dernières années et qui en ont fait, avec les différentes équipes, un établissement « en santé » qui rayonne au-delà de ses frontières. Mes plus sincères remerciements vont également à tous ces bénévoles qui ont fait partie du conseil d'administration au fil des ans. Votre rigueur, votre engagement et votre excellente collaboration ont été un gage de succès pour la saine administration de l'établissement. Enfin, je suis très heureux de pouvoir continuer de compter sur la disponibilité, le professionnalisme et le très grand dynamisme des membres du personnel, des médecins et des bénévoles du CSSS Haut-Richelieu – Rouville. Votre expertise et votre savoir-faire seront des atouts précieux au cours des prochaines années dans la création de notre toute nouvelle famille élargie qu'est le CISSS de la Montérégie-Centre.



Richard Deschamps, président-directeur général

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

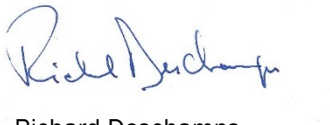
À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville :

- 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 2015.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Richard Deschamps', is positioned above the printed name.

Richard Deschamps

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville ont été complétés par la direction 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 Haut-Richelieu – Rouville reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration¹ surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve 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 du 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 conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général,



Richard Deschamps

La directrice des ressources financières,



Denise Bédard

¹ En vertu de l'article 195 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2), le président-directeur général exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première des deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres soit nommée.

PRÉSENTATION DU CSSS HAUT-RICHELIEU – ROUVILLE : UN ÉTABLISSEMENT BIEN ANCRÉ DANS SON MILIEU

Créé en 2004, le Centre de santé et des services sociaux Haut-Richelieu – Rouville est situé en Montérégie, au sud de Montréal, et occupe un vaste territoire à trame urbaine et rurale. Il se compose d'une équipe dynamique de plus de 3 800 employés, 293 médecins et 354 bénévoles qui œuvrent quotidiennement dans un milieu de travail humain, enrichissant et hautement stimulant.

Répartie dans une quinzaine d'installations au sein d'un vaste territoire, notre équipe travaille avec cœur et engagement auprès d'une population de plus de 183 000 personnes et offre une gamme variée de services généraux et spécialisés répondant à trois missions de services complémentaires, soit celles d'hôpital, de CLSC et de centre d'hébergement. De par sa taille, le CSSS Haut-Richelieu – Rouville est l'un des dix plus importants CSSS au Québec.

NOTRE MISSION

La mission de notre établissement est d'assurer à la population du territoire Haut-Richelieu – Rouville une gamme de services de santé et de services sociaux de qualité, continus, accessibles, sécuritaires et adaptés à ses besoins. Offerts avec les organismes et établissements partenaires du réseau local, ces services intègrent les dimensions préventives, curatives et de soutien.

NOTRE VISION

Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville vise à :

- Améliorer ses continuums de soins et de services de façon à les rendre toujours plus pertinents et efficaces.
- Développer des pratiques cliniques et de gestion innovantes au niveau des soins et des services offerts qui nous permettent d'être un CSSS qui rayonne au-delà de ses frontières.
- Construire un milieu de travail accueillant, dynamique, chaleureux et stimulant, contribuant ainsi à devenir un employeur de choix qui s'adapte aux nouvelles réalités.
- Se démarquer par des services empreints d'humanité et de sollicitude et encourager la participation de l'utilisateur et de ses proches aux soins.

NOS VALEURS

Les rapports que les personnes qui œuvrent au CSSS Haut-Richelieu – Rouville entretiennent avec la population, les usagers, leurs collègues et partenaires s'imprègnent de cinq grandes valeurs chères à l'établissement, inspirées par l'**excellence** et l'**innovation** :

SOUCI DE LA PERSONNE

Avoir le souci de la personne, c'est placer l'être humain, ses intérêts et son bien-être au centre de nos actions et de nos décisions.

RESPECT ET CONSIDERATION

Manifester du respect et de la considération consiste à avoir le souci de ne pas porter atteinte à « l'autre » dans ses paroles ou dans ses gestes, à traiter « l'autre » avec de grands égards et à se conduire avec lui avec respect.

ENGAGEMENT ET COLLABORATION

Faire preuve d'engagement et de collaboration signifie s'associer ensemble pour réaliser un objectif commun et manifester de la solidarité et du soutien.

COMMUNICATION OUVERTE ET TRANSPARENTE

La communication ouverte et transparente réfère à la création d'une relation ouverte où les vraies choses se disent et qui résulte en un portrait clair d'une situation pour toutes les personnes impliquées.

ÉPANOUISSEMENT DES COMPÉTENCES

Valoriser l'épanouissement des compétences indique que chacun a le pouvoir de poser des gestes et des actions pour parfaire ses connaissances (le savoir), acquérir et maintenir de nouvelles habiletés (le savoir-faire) et développer des attitudes positives (le savoir-être).

LES INSTALLATIONS DU CSSS HAUT-RICHELIEU – ROUVILLE

Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville dispose de plusieurs installations différentes réparties dans trois MRC (MRC de Rouville, MRC du Haut-Richelieu et MRC de la Vallée-du-Richelieu), soit :

- 1 hôpital de 307 lits de soins généraux et spécialisés;
- 4 CLSC et un point de chute;
- 6 centres d'hébergement totalisant 639 lits de longue durée, 40 lits de réadaptation fonctionnelle intensive, 3 centres de jour et un hôpital de jour;
- des services de consultation externe en psychiatrie, en troubles envahissants du développement et en réadaptation pédiatrique;
- des services professionnels de soins palliatifs offerts dans une ressource de type intermédiaire de 15 lits;
- des services de santé au travail en entreprise;
- 1 clinique jeunesse à Saint-Jean-sur-Richelieu et des services professionnels de clinique jeunesse offerts à la Clinique des jeunes du Bassin de Chambly en partenariat avec le milieu socio communautaire;
- la Maison de naissance du Haut-Richelieu – Rouville;
- le Service régional Info-Santé de la Montérégie.

LES SERVICES OFFERTS

SERVICES GÉNÉRAUX

Consultations en nutrition	Santé au travail (services aux entreprises)
Consultations médicales en CLSC	Soins infirmiers au CLSC
Info-Santé de la Montérégie	Vaccination
Prélèvements	

HABITUDES DE VIE, PRÉVENTION ET PROBLÈMES DE SANTÉ (SANTÉ PUBLIQUE)

Alcoolisme : prévention	Diabète
Arrêt tabagique	En santé après 50 ans
Asthme	Maladies pulmonaires
Cancer	Prévention des chutes – aînés
Cancer du col de l'utérus – prévention	Saines habitudes de vie
Cancer du sein – dépistage	Santé cardio-vasculaire
Consultations en nutrition	Sida et ITSS

SERVICES PSYCHOSOCIAUX, DE SANTÉ MENTALE ET POUR LES DÉPENDANCES

Intervention de crise et prévention du suicide	Consultations en santé mentale
Hospitalisation en santé mentale	Dépendances : drogues, alcool, jeu pathologique
Consultations psychosociales en CLSC	

SOINS ET SERVICES HOSPITALIERS

Urgence	Médecine spécialisée
Hospitalisation	Cardiologie
Cliniques externes	Dermatologie
Médecine générale	Endocrinologie
Diabète	Endoscopie
Gériatrie	Gastroentérologie
Médecine générale en psychiatrie	Gynécologie et obstétrique
Obstétrique et pouponnière	Hémato-oncologie
Réadaptation en médecine générale	Médecine interne
Troubles infectieux	Néphrologie
Troubles des systèmes pulmonaire, cardiovasculaire et digestif	Neurologie
Pharmacie	Oncologie
Services de réadaptation (ergo, physio, etc.)	Orthopédie
Services sociaux	Pédiatrie
Imagerie médicale et services diagnostiques	Pneumologie
Médecine nucléaire	Psychiatrie
Microbiologie	Soins intensifs
Radiologie	Chirurgies
	Chirurgies d'un jour
	Chirurgies générales et spécialisées

SERVICES POST HOSPITALISATION

Réadaptation fonctionnelle intensive	Soins de post hospitalisation à domicile
Lits de convalescence	Soins infirmiers au CLSC

DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET PHYSIQUES

Services psychosociaux de 1^{re} ligne pour les personnes ayant un diagnostic de DI-DP (déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement, déficience physique)

Clinique d'évaluation de troubles envahissants du développement (TED)
0-12 ans

Soutien à la famille, assistance personnelle, soins à domicile, programmes de répit, transport, hébergement.

SERVICES AUX FEMMES ENCEINTES ET AUX JEUNES FAMILLES

Grossesse et accouchement
Rencontres prénatales
Grossesse à risque
Services de sages-femmes et maison de naissance
Soutien à l'allaitement
Suivi postnatal

Développement de la petite enfance
Vaccination – nourrissons et jeunes enfants

SERVICES POUR LA JEUNESSE

Services psychosociaux et de santé à l'école
Programme préventif d'hygiène dentaire
Clinique Jeunesse
Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE)

Équipe Intervention Jeunesse (EIJ)
Santé mentale jeunesse
Jeunes et familles en difficulté

SERVICES POUR PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Services à domicile
Répit et soutien aux aidants
Soins infirmiers
Soins médicaux
Soutien psychosocial
Services de réadaptation
Prêts d'équipement

Centres de jour
Hôpital de jour
Services d'hébergement
Centres d'hébergement
Ressources de type familial
Ressources intermédiaires

SOINS PALLIATIFS

Soins palliatifs à domicile

Soins palliatifs en ressource intermédiaire

ORGANISATION ET INTERVENTION COMMUNAUTAIRE

ACTIVITÉS DE BÉNÉVOLAT ET SERVICES SPIRITUELS

PROFIL DEMOGRAPHIQUE ET PORTRAIT DE SANTE DE LA POPULATION DU RESEAU LOCAL DE SANTE (RLS) DU HAUT- RICHELIEU – ROUVILLE

CONDITIONS DEMOGRAPHIQUES

Selon les estimations de population du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), le RLS compte plus de 183 000 personnes en 2014, dont environ 39 000 en milieu rural². Il s'agit du 5^e territoire en importance en Montérégie quant à la taille de sa population (12,2 %), du 4^e territoire quant à sa superficie et du 6^e territoire quant à sa densité de population. La population du RLS s'est accrue de 14,5 % entre 2004 et 2014, soit une augmentation supérieure à celle de la Montérégie (11,6 %).

La population du RLS du Haut-Richelieu-Rouville est légèrement plus jeune que celle de la Montérégie. En 2014, la proportion de jeunes de moins de 18 ans est semblable (20 % c. 20 %) et celle des personnes âgées de 65 ans et plus, plus faible (15 % c. 17 %) qu'en Montérégie.

Néanmoins, à l'instar du Québec et de la région, le RLS n'échappera pas au vieillissement de sa population. Entre 2014 et 2036, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 15 à 25 %.

Le vieillissement de la population se produit à un rythme plus rapide sur le territoire du Haut-Richelieu-Rouville qu'en Montérégie. Entre 2014 et 2036, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 64 % dans le RLS comparativement à 58 % en Montérégie. À cet égard, Haut-Richelieu-Rouville est l'un des RLS de la Montérégie où le vieillissement de la population sera le plus rapide.

CONDITIONS SOCIOECONOMIQUES ET CULTURELLES

Dans l'ensemble, le RLS présente un profil socioéconomique similaire à celui de la région. Si le RLS compte proportionnellement un peu moins de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (8 % c. 9 % en 2010) et un taux d'emploi plus élevé (66 % c. 63 % en 2011), il affiche une proportion plus élevée de personnes sous-scolarisées (21 % c. 19 % en 2011).

Haut-Richelieu-Rouville est l'un des RLS de la Montérégie où la proportion de personnes d'expression anglaise³ (4 %) est moins élevée que la valeur régionale (11 %). Selon le Recensement de 2011, leur nombre s'élève à près de 7 320 personnes, soit près de 5 % de la population d'expression anglaise de la Montérégie.

En 2011, on dénombre 5 430 immigrants sur le territoire du Haut-Richelieu-Rouville, soit 3 % de la population du RLS, et 4 % des immigrants de la Montérégie.

ESPERANCE DE VIE

En 2007-2011, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui résident sur le territoire du Haut-Richelieu-Rouville s'élève à 80,3 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la

² Selon le recensement de 2011.

³ Définis selon la première langue officielle parlée.

naissance plus élevée que celle des hommes (82,5 c. 78,2 ans), quoique l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec le temps. Les résidents du RLS ont une espérance de vie à la naissance significativement moins longue que leurs homologues québécois; en 2007-2011, l'écart se chiffre à 0,7 an chez les hommes (78,2 c. 78,9 ans) et à 0,9 an chez les femmes (82,5 c. 83,4 ans).

NOUVEAU-NES

En 2011, les femmes du RLS ont donné naissance à 2 119 enfants et le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,83. Pour la période 2007-2011, 6,9 % des nouveau-nés étaient prématurés (moins de 37 semaines) et 7,9 % des naissances (non gémellaires) avaient un faible poids pour l'âge gestationnel. Depuis le début des années 1980, la proportion de naissance de bébés de faible poids pour l'âge gestationnel a diminué et la proportion de bébés prématurés a fluctué, mais est maintenant à la baisse. Pour la période 2007-2011, 5,3 % des nouveau-nés avaient une mère faiblement scolarisée (moins de 11 ans de scolarité) et 2,4 %, une mère âgée de moins de 20 ans. La proportion de bébés ayant une mère faiblement scolarisée est significativement inférieure à celle observée à l'échelle de la province.

SANTE PHYSIQUE

Les tumeurs

En 2007-2011, 33 % des décès enregistrés dans le RLS du Haut-Richelieu-Rouville sont attribuables aux tumeurs malignes. Avec une moyenne de 402 décès par année, les tumeurs malignes figurent au premier rang des causes de décès. Le RLS affiche un taux de mortalité par tumeurs malignes significativement supérieur à celui du Québec.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. Dans le RLS, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 609 à 894 entre les périodes 1991-1995 et 2006-2010. Le taux d'incidence est toutefois relativement stable depuis 1986-1990, mais il s'avère significativement supérieur à celui du Québec depuis 2001-2005. Par ailleurs, pour la période 2006-2010, les taux d'incidence du cancer du poumon et de la prostate sont significativement plus élevés dans le RLS qu'au Québec.

On compte 1 402 hospitalisations en 2013-2014 pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 8 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée. Le taux d'hospitalisation pour tumeurs est significativement plus élevé que celui du Québec.

Les maladies de l'appareil circulatoire

La mortalité attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire a grandement diminué au cours des dernières décennies. La mortalité régresse chez les hommes et les femmes, mais les hommes continuent de présenter des taux de mortalité supérieurs à ceux des femmes. Depuis 1990-1994, le RLS affiche un taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire significativement supérieur à celui du Québec.

En 2011-2012, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque, ce qui représente près de 7 900 personnes sur le territoire de Haut-Richelieu-Rouville. Chez les Montérégiens de 65 ans et plus, cette proportion grimpe à 16 %.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, le nombre de personnes âgées de 20 ans et plus atteintes d'hypertension artérielle est passé de 16 696 à 31 137 personnes, soit une augmentation de 86 %. Au cours de cette même période, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle a augmenté d'environ 38 % dans le RLS. Depuis 2005-2006, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle

est significativement plus élevée dans le RLS qu'au Québec. En 2010-2011, la prévalence brute de l'hypertension artérielle se chiffre à 23 % dans le RLS.

En 2013-2014, 12 % des hospitalisations de la population du RLS en soins physiques de courte durée – soit 2 194 hospitalisations – sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès, mais également d'hospitalisations. Pour cette même période, le taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus élevé dans le RLS qu'au Québec.

Les maladies de l'appareil respiratoire

Selon les dernières données disponibles, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 10 % des décès et 11 % des hospitalisations de la population du RLS. Ce dernier affiche un taux de mortalité et un taux d'hospitalisation significativement supérieurs à ceux du Québec.

En 2011-2012, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 4 % des Montérégiens de 35 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir de bronchite chronique, d'emphysème ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, ce qui représente respectivement 13 460 et 3 860 personnes à l'échelle du RLS.

Le diabète

Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a plus que doublé depuis 2000-2001, pour atteindre 11 021 personnes en 2010-2011.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, la prévalence ajustée du diabète a augmenté d'environ 41 % dans le RLS. Fort heureusement, cette hausse de la prévalence ne s'accompagne pas d'une hausse de la mortalité due au diabète. Au contraire, depuis le début des années 2000, la mortalité ne cesse de diminuer chez les diabétiques. Cette baisse de la mortalité contribue d'ailleurs à l'augmentation de la prévalence du diabète⁴.

En 2010-2011, la prévalence brute du diabète se chiffre à 8,3 % dans le RLS.

Quelques facteurs de risque

En 2009, les adultes du RLS du Haut-Richelieu – Rouville vivant en ménage privé présentent les facteurs de risque suivants :

- environ 45 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour;
- environ 33 % des adultes pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine;
- environ 29 % des adultes fument tous les jours ou à l'occasion, cette proportion est significativement plus élevée que celle de la Montérégie;
- environ 53 % des adultes présentent un surplus de poids, soit 38 % de l'embonpoint et 15 % de l'obésité.

⁴ Pigeon, É. et I. Larocque (2011). « Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007. » *Surveillance des maladies chroniques* (5). Disponible sur : http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1239_TendancesDiabete2000-2001A2006-2007.pdf

SANTE MENTALE/PSYCHOSOCIALE

En 2013-2014, on dénombre 1 687 hospitalisations pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

En 2007-2011, le nombre annuel moyen de suicides s'élève à 24 sur le territoire du Haut-Richelieu-Rouville. Le taux de mortalité par suicide est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

JEUNESSE

En 2013-2014, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 1 741 signalements concernant les enfants du RLS, soit une augmentation de 73 % par rapport à 2002-2003. Le nombre de signalements retenus a lui aussi augmenté pour se chiffrer à 679 en 2013-2014. Depuis 2007-2008, les abus physiques et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Au nombre de 168, les nouvelles prises en charge représentent 25 % des signalements retenus en 2013-2014.

En Montérégie, en 2010-2012, le taux de grossesse chez les adolescentes se situe à 9,2 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans. À l'échelle du RLS, cela représente en moyenne 41 grossesses par année.

UN PORTRAIT A NUANCER

Un portrait global comme celui-ci peut difficilement traduire adéquatement la réalité de l'ensemble de la population d'un territoire donné. Ainsi, le RLS du Haut-Richelieu-Rouville doit tenir compte des disparités importantes entre chacun des deux secteurs de mission CLSC. Par exemple, le secteur du Richelieu est le plus favorisé au plan économique, le plus jeune au plan démographique. Le secteur Vallée-des-Forts se distingue comme étant le secteur le plus peuplé et où la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu, de personnes sous-scolarisées est plus élevée. Nul doute que cette situation génère des disparités de santé ou de bien-être, qui cependant ne peuvent toutes être identifiées ou mesurées. Les données relatives à certains indicateurs de santé suggèrent de tels écarts de santé. En 2006-2010, on observe un taux ajusté d'incidence du cancer significativement supérieur à celui du Québec pour le cancer du poumon au CLSC de la Vallée-des-Forts, tandis que le CLSC du Richelieu présente un taux d'incidence plus élevé que celui de la province pour le cancer de la prostate. En 2010-2011, le taux ajusté de prévalence du diabète chez les personnes de 20 ans et plus est significativement moins élevé que celui de la province pour le CLSC du Richelieu. Il importe donc que l'identification des besoins de santé tienne compte le plus possible des disparités du territoire.

LES RÉSULTATS AU REGARD DES PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES 2014-2015 ET DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Beaucoup de chemin a été parcouru depuis le lancement de la planification stratégique réalisée en 2010 et plusieurs résultats ont confirmé notre engagement à viser l'amélioration de notre performance, tant clinique qu'administrative, au cours des années couvertes par ce plan. Ainsi, en continuité de ce premier plan stratégique complété et en préalable au démarrage d'un nouveau cycle de planification stratégique, cinq grandes priorités organisationnelles ont été déterminées pour l'année 2014-2015.

NOS CINQ PRIORITÉS ORGANISATIONNELLES

Priorité 1 – Assurer des soins et des services sécuritaires

Priorité 2 – Déployer la transformation clinique pour améliorer l'expérience de soins du patient et de ses proches

Priorité 3 – Améliorer les pratiques de gestion de la main-d'œuvre

Priorité 4 – Développer nos infrastructures pour mieux répondre aux besoins de notre population

Priorité 5 – Atteindre l'équilibre budgétaire pour assurer une saine gestion des finances publiques

PRIORITÉ 1 – ASSURER DES SOINS ET DES SERVICES SÉCURITAIRES



- OBJECTIFS :
- ✓ Prévenir et contrôler les infections nosocomiales.
 - ✓ Préparer l'exercice d'Agrément 2014-2018.
 - ✓ Poursuivre le déploiement stratégique de l'approche *Lean*.

Prévenir et contrôler les infections nosocomiales : Une importante éclosion de *C. difficile* a sévi à l'Hôpital du Haut-Richelieu pendant plus de 18 mois. Toutefois, grâce à la mise en place d'un très grand nombre de mesures et de nouvelles façons de faire exceptionnelles, nous avons réussi à diminuer significativement notre taux d'incidence. En effet, le taux d'incidence pour 2014-2015 s'est établi à 6,2 % par 10 000 jours-présence alors qu'il était de 16,9 % par 10 000 jours-présence en 2013-2014. Ce taux est similaire à celui de l'année 2011-2012. Notons également que notre transformation clinique a favorisé la diminution du nombre de lits dans certaines chambres de l'hôpital, ce qui a sûrement influencé à la baisse notre taux d'infections.

La lutte aux infections nosocomiales est une des grandes priorités organisationnelles incontournables et demeure une préoccupation de tous les instants pour le CSSS. Nous ne négligeons donc aucune avenue qui pourrait nous aider en ce sens.

Ainsi, afin de circonscrire cette éclosion, rappelons que dès l'an dernier, nous nous sommes dotés d'un plan d'action très étoffé en matière de prévention des infections et que nous avons resserré l'ensemble des mesures prévues. Nous avons également travaillé étroitement avec la Direction de la santé publique de la Montérégie et des experts externes pour nous aider à identifier des pistes d'amélioration.

Nous appliquons les meilleures pratiques dans ce domaine. Voici globalement les mesures mises en place et qui portent fruit, bien que le combat des infections nosocomiales en soit un de tous les instants :

- À la suite de la visite d'experts en environnement l'année précédente, nous avons instauré la pluri fréquence qui consiste en un nettoyage 4 fois par jour des zones fréquemment touchées dans toutes les chambres en isolement ainsi que dans les chambres non en isolement lorsqu'une unité est en éclosion. Elle s'applique également aux secteurs de l'urgence et de l'observation sur 3 quarts de travail (civières et chaises d'aisance).
- De nouveaux produits désinfectants ont aussi été introduits. Notons que cette nouvelle façon de faire va au-delà des lignes directrices de la Santé publique. Cette pluri fréquence, débutée à la fin janvier 2014, semble prometteuse.
- Instauration d'une cohorte dédiée.
- Consolidation du programme de surveillance des antibiotiques (pharmacovigilance) avec, notamment, la mise en place du comité de parrainage des antibiotiques, l'optimisation de l'utilisation des antibiotiques, la surveillance de la prescription des antibiotiques et la sensibilisation des médecins prescripteurs.
- Prise en charge par le service de salubrité de la désinfection du matériel de soins et de l'équipement dédiés/non dédiés sur l'ensemble des unités de soins (ajout d'effectifs).
- Poursuite des audits dans tous les secteurs tels que pour l'hygiène des mains, l'hygiène et la salubrité, l'organisation de l'environnement de travail, les présentoirs dans les chambres, le respect des précautions additionnelles, etc.
- Formation continue du personnel.
- Contrôle des visiteurs exercé.
- Campagne de communication interne en place pour rappeler les messages de prévention importants dont l'hygiène des mains en 4 étapes.
- Présence ponctuelle d'agents en prévention et contrôle des infections qui soutiennent l'application des bonnes pratiques au quotidien sur les unités de soins.
- Poursuite du processus de renouvellement des fauteuils, des tables, des chaises d'aisance et des somnos afin de bénéficier d'équipements plus facilement lavables et conformes.
- Rangements de matériel souillé et propre aménagés afin d'éviter la contamination croisée et de manière similaire pour favoriser l'efficacité. Il n'y a maintenant plus de croisement entre le propre et le souillé.
- Désinfection des équipements dans la chambre du patient au moment du congé de celui-ci.

Préparer la visite d'agrément 2014-2018 : C'est avec beaucoup de fierté que le CSSS Haut-Richelieu – Rouville a obtenu son agrément avec un remarquable taux de conformité de 97,4 % sur près de 3 000 normes. Ce succès est une amélioration par rapport à la dernière visite où nous avons atteint un taux de conformité de 96 %. Ce sont donc 333 critères conformes de plus qu'en 2011 qui ont été constatés. À la suite de la visite d'agrément s'étant déroulée du 2 au 7 novembre 2014, les neuf visiteurs ont souligné les éléments suivants comme étant de véritables succès pour notre établissement :

- la prévention et le contrôle des infections (éclosions);
- le déploiement de l'approche *Lean* / projets d'optimisation;
- l'amélioration continue de la qualité / gestion des risques;
- le plan des mesures d'urgence;
- le projet de développement des infrastructures;
- la création d'une Unité de médecine de famille (UMF);
- l'implantation d'une Maison de naissance;
- le projet de transformation de l'offre de services en cours.

Il est primordial de remercier l'ensemble du personnel et les médecins pour l'engagement, la collaboration et tous les efforts déployés en lien avec le processus d'agrément. Les résultats de l'évaluation sont le reflet du travail quotidien et de la conviction à offrir des soins et services de qualité et sécuritaires à nos usagers.

Poursuivre le déploiement stratégique de l'approche *Lean* : À l'instar de quinze autres établissements, le CSSS a été choisi par le ministère de la Santé et des Services sociaux (à la suite d'un appel de candidatures), pour réaliser la phase 2 de l'implantation de l'approche *Lean Healthcare Six Sigma* dans notre établissement. Cette 2^e phase visait plus particulièrement les établissements déjà en mouvement dans une démarche de déploiement du *Lean* de façon globale afin de poursuivre leur engagement dans cette transformation organisationnelle et leur donner les moyens de mettre tout en place pour assurer la pérennisation de leur démarche. Les établissements ciblés ont été ceux qui avaient déjà amorcé plusieurs projets (dimension opérationnelle), inscrit des changements à leur structure, et débuté ou amorcé des modifications tangibles à leurs pratiques de gestion (dimension management) et, surtout, qui ont resitué l'usager au cœur de leur vision et de toutes leurs décisions et changements (dimension leadership).

Prévue sur une période de deux ans, notre participation à ce programme permet de mettre en œuvre les différentes stratégies qui favoriseront le développement d'une culture d'amélioration continue dans notre organisation.

Notons que le CSSS Haut-Richelieu – Rouville expérimente des projets de type *Lean* depuis 2008. Toutefois, nous avons constaté que seul le déploiement de projets ne suffisait pas et qu'il fallait trouver une façon d'assurer la pérennité de ceux-ci et s'attaquer au défi auquel faisaient face nos gestionnaires, soit de transformer les habitudes de gestion pour favoriser la naissance d'une nouvelle culture. Afin d'inculquer un véritable changement du mode de gestion, dans le but de réaliser des gains de performance à long terme, de soutenir la création de valeur aux yeux de nos usagers et d'instaurer un véritable processus d'amélioration continue, nous nous sommes engagés dans l'implantation d'une culture *Lean* dans notre établissement.

Ainsi, depuis la fin de 2011, notre démarche ne se limite plus seulement à des projets *Lean* ponctuels. En effet, nous avons développé une approche pour laquelle nous avons fait des apprentissages importants. Nous avons mis sur pied un comité de partenaires internes composé de représentants de conseils professionnels et de syndicats. Nous souhaitons maintenant impliquer

davantage l'usager dans le déploiement de l'approche « patient-partenaire ». Par ailleurs, nous avons aussi déployé une salle de suivi des opérations et de la stratégie qui permet d'afficher les résultats obtenus et l'état d'avancement des objectifs annuels. Cette salle de gestion a également trouvé écho, au cours de la dernière année, dans le déploiement de tableaux de gestion dans chacune des directions de l'établissement qui permettent de suivre régulièrement, à l'aide d'indicateurs, les succès et les écarts de performance des différents objectifs visés.

Toutefois, nous poursuivons tout de même l'amélioration de la performance opérationnelle et la fluidité à l'intérieur des trajectoires de soins et services à travers certains projets dont :

- Programme des grands consommateurs et des longs consommateurs;
- Refonte de la centrale de rendez-vous de l'Hôpital;
- Déploiement d'un standard de pratiques de gestion à l'ensemble des unités de l'Hôpital.
- Accueil psychosocial en CLSC.
- Projet d'amélioration de la qualité de vie des résidents au Centre d'hébergement Champagnat.
- Révision de l'organisation du travail du Service des archives et de l'accueil.

PRIORITÉ 2 – DÉPLOYER LA TRANSFORMATION CLINIQUE POUR AMÉLIORER L'EXPÉRIENCE DE SOINS DU PATIENT ET DE SES PROCHES



OBJECTIF : ✓ Développer davantage l'alternative à l'hospitalisation et à l'hébergement pour mieux répondre aux besoins de la clientèle en accord avec les meilleures pratiques en matière d'utilisation des ressources.

À l'été 2014, le CSSS Haut-Richelieu – Rouville entreprenait une importante transformation clinique dans le but d'offrir de meilleurs soins et services à la bonne personne, au bon endroit et au bon moment. À travers la réorganisation de certains secteurs, le développement ou l'adaptation de services, c'est l'ensemble du personnel et des médecins qui a été concerné par les mesures déployées à l'hôpital, en CLSC et en centres d'hébergement. Pour atteindre cet objectif, nous avons travaillé sur trois points : renforcer la première ligne qui comprend tous les services offerts dans la communauté, élargir la gamme de services offerts aux personnes âgées et assurer une meilleure gestion clinique des patients hospitalisés. Certains scénarios de cette transformation avaient déjà été envisagés lors de la planification stratégique 2010-2014 afin d'adapter nos services à la croissance démographique et au vieillissement important de la population. Toutefois, ce n'est qu'en février 2014, à la suite de l'analyse détaillée de nos parcours de soins, que nous avons identifié les principaux axes sur lesquels nous devons travailler pour améliorer l'expérience de soins du patient et de ses proches. De plus, l'ouverture d'un CHSLD en partenariat public-privé de 66 places sur le territoire et l'activation des travaux d'agrandissement majeur de l'hôpital, jumelés aux compressions budgétaires importantes, ont favorisé le déploiement du plan global de transformation clinique.

Cinq axes de transformation ont été identifiés afin de relever les principaux défis permettant d'améliorer les soins et services offerts.

Axe A : une durée de séjour hospitalier propice au prompt rétablissement de la personne. Cet axe a pour but de diminuer le temps d'hospitalisation évitable du patient afin de réduire son risque d'exposition aux infections et le risque de précipiter le déclin de son état de santé général. Pour atteindre cet objectif, nous avons entrepris de déployer une offre de services ambulatoires et post-hospitaliers répondant mieux aux besoins des usagers. À ce jour, nous avons noté un effet positif des mesures mises en place pour diminuer les longs séjours. Alors que l'an dernier, nous comptons plusieurs séjours de 20 jours, nous les avons réduits à 10 jours cette année.

Axe B : Mieux soutenir dans la communauté les personnes ayant des problématiques complexes en évitant l'urgence et l'hospitalisation. Cet axe s'adresse aux grands consommateurs, soit les usagers qui consultent cinq fois ou plus à l'urgence et qui ont été hospitalisés trois fois ou plus sur une période d'un an. L'objectif est d'offrir au patient une meilleure coordination des soins pour diminuer son recours à l'urgence, son hospitalisation et son risque d'exposition aux infections. À ce jour, nous avons identifié 1 000 grands consommateurs qui seront suivis en gestion de cas complexes (programme Synergie), un modèle de prestation de services qui vise à améliorer les soins aux personnes qui présentent une complexité clinique souvent associée à une maladie chronique. Les résultats au 31 mars nous indiquent que, comparativement à l'an dernier, nous avons réduit de 50 % le temps passé sur civière des patients déjà pris en charge. Une meilleure coordination des soins de première ligne avec l'implication des GMF (avec la prise en charge de plus de 400 usagers identifiés par le programme Synergie), nous a permis de réduire la consommation de services pour un équivalent de 10 lits de courte durée au cours des derniers mois.

Axe C : Quand l'hospitalisation n'est plus requise. Pour les personnes âgées hospitalisées et dont le congé est signé par le médecin, cet axe vise à réduire la durée des hospitalisations non nécessaires de même que le risque d'exposition aux infections en coordonnant un départ rapide de l'hôpital. En ce sens, un suivi de la condition du patient est assuré grâce aux programmes spécifiques adaptés aux besoins des personnes âgées en centre d'hébergement ou à domicile. Pour cet axe, les initiatives déployées jusqu'à maintenant ont permis de passer de 22 lits occupés quotidiennement à un nombre se situant entre 5 à 10 lits.

Axe D : Pour offrir un milieu d'hébergement adapté aux besoins spécifiques des personnes. Afin de répondre aux besoins des usagers présentant des problèmes cognitifs, nous souhaitons leur offrir un accès rapide aux unités adaptées à leur condition. Des travaux amorcés en ce sens se poursuivront au cours de la prochaine année.

Axe E : Agir rapidement auprès des personnes âgées qui vivent un changement soudain de leur état de santé et favoriser leur retour à domicile. Sur référence d'un professionnel de la santé (médecin, infirmière, etc.), cet axe vise à permettre un accès rapide, simplifié et sans passage par l'urgence à une unité d'évaluation, d'intervention et d'orientation spécialement conçue pour les personnes âgées dont l'état de santé présente un changement soudain. Par ce programme, qui n'est pas encore déployé, nous visons le retour à domicile des personnes tout en offrant les services appropriés.

De façon globale, le déploiement du plan de transformation clinique nous a permis de mieux gérer le pic d'achalandage observé annuellement en janvier à l'hôpital. En réduisant le temps d'occupation des lits et des civières, nous avons pu traiter davantage de patients. En comparaison avec les années précédentes, aucun patient n'a été traité dans les corridors au niveau des unités de soins. Nous avons toutefois dû avoir recours à notre plan de contingence faisant en sorte de

devoir rouvrir des lits pendant cette période, mais cette mesure temporaire était déjà programmée en cas de débordement important.

Cette transformation se poursuivra au cours des prochains mois puisqu'il s'agit d'un processus en constante évolution. Il s'agit en fait d'un chantier d'amélioration continue qui vise à optimiser l'expérience de soins du patient et de ses proches. Ce chantier fait également référence à notre nécessaire adaptation aux réalités et besoins nouveaux de nos usagers de même que l'utilisation efficace et efficiente de nos ressources humaines, financières et matérielles.

PRIORITÉ 3 – AMÉLIORER LES PRATIQUES DE GESTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE



- OBJECTIFS :
- ✓ Assurer l'utilisation optimale de la main-d'œuvre disponible afin d'offrir une prestation de service continue, sécuritaire et de qualité, à l'intérieur des ressources financières disponibles.
 - ✓ Identifier les possibilités organisationnelles pouvant réduire la pression financière.
 - ✓ Améliorer le degré de mobilisation organisationnelle.

Au cours de l'année 2014-2015, le CSSS Haut Richelieu – Rouville a maintenu ses activités de recrutement afin de répondre adéquatement aux besoins de main-d'œuvre de l'organisation.

Ainsi, le CSSS comptait 3 728 employés au 31 mars 2015, soit une diminution de 1,9 % de nos effectifs comparativement à 2013-2014. Le maintien de 42 activités de recrutement à travers le Québec, le recrutement en France avec Recrutement Santé-Québec et nos campagnes publicitaires ciblées nous ont permis de recruter 403 personnes alors que 502 départs ont été enregistrés.

En continuité des objectifs de 2013-2014, nous avons maintenu l'alignement en fonction des grands chantiers prioritaires portant sur la gestion de la main-d'œuvre et de concert avec le projet de transformation clinique. Une attention particulière a été apportée dans la gestion des changements organisationnels, notamment par l'accompagnement et le soutien du personnel et des gestionnaires touchés par la transformation des pratiques. La dernière année a donc été l'occasion d'actualiser nos stratégies d'intervention afin d'optimiser l'utilisation de la main-d'œuvre dans l'organisation dans le but d'offrir une prestation de service continue, sécuritaire et de qualité, et ce, à l'intérieur des ressources financières disponibles. Plus précisément, nos efforts ont été concentrés sur la planification optimale des ressources, la révision de la structure et de l'offre de service de la gestion des remplacements, la diminution des heures en temps supplémentaire et en main-d'œuvre indépendante ainsi que le déploiement d'un plan d'action en matière de présence au travail visant la diminution des heures en assurance-salaire. Concrètement, notre participation à la démarche du *Lean* Montérégien en assurance salaire a permis la révision de 13 processus. Au 31 mars 2015, le CSSS Haut-Richelieu – Rouville avait un taux de conformité situé 88 %. La continuité du projet amène une perspective pour l'année suivante d'atteinte d'un taux de conformité de plus de 95 %. Nous avons également élaboré un plan d'action avec le comité de la relève en soins infirmiers afin d'être plus présents auprès des nouveaux employés. Ce plan d'action favorise particulièrement l'intégration et la rétention des jeunes professionnels en soins infirmiers.

De plus, les résultats obtenus nous ont permis de réduire à un niveau historique le pourcentage des heures travaillées en temps supplémentaire pour l'ensemble des titres d'emploi de l'organisation et le pourcentage des heures travaillées en main-d'œuvre indépendante pour les infirmières, soit respectivement 2,17 % et 1,30 %. Parallèlement, nos efforts nous ont permis d'afficher des taux d'utilisation d'heures en main-d'œuvre indépendante à 0 % pour les infirmières auxiliaires et pour les inhalothérapeutes pour l'année 2014-2015.

Notre taux de rétention sur 12 mois a, quant à lui, augmenté de 5,4 % pour atteindre 69,5 % pour l'ensemble du CSSS au 31 mars 2015.

En terminant, mentionnons que l'amélioration des pratiques en gestion des ressources humaines étant un principe que nous endossons pleinement, plusieurs projets réalisés tout au long de la dernière année en ont grandement témoigné.

PRIORITÉ 4 – DÉVELOPPER NOS INFRASTRUCTURES POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE NOTRE POPULATION



OBJECTIF : ✓ Réaliser les travaux du projet d'agrandissement majeur de l'hôpital.

Après l'octroi du contrat du lot 2 de l'agrandissement majeur de l'Hôpital du Haut-Richelieu par la Société québécoise des infrastructures (SQI) à l'entrepreneur Pomerleau inc., les travaux visant la construction de notre projet d'agrandissement ont avancé selon l'échéancier prévu. Ainsi, les premières étapes d'excavation se sont amorcées à l'été 2014 pour permettre l'enfoncement, au cours de l'automne et de l'hiver, de 375 pieux qui soutiendront le nouveau bâtiment. Par la suite, l'entrepreneur s'est attaqué aux travaux en lien avec les fondations de la nouvelle aile et l'érection de la structure d'acier ainsi que la formation de dalles de béton nécessaires à la constitution des trois étages. On aperçoit dorénavant le squelette d'une imposante structure qui offrira un accroissement de 43 % de la superficie actuelle de l'Hôpital dont les travaux seront complétés en 2017. Mentionnons le travail colossal des équipes cliniques qui s'investissent énormément dans la planification et la gestion des mesures de transition, et ce, à travers leurs nombreuses activités régulières.

En parallèle, d'autres travaux ont permis la construction des quais de livraison des marchandises temporaires en collaboration avec les différents partenaires soit la (SQI), l'entrepreneur Pomerleau inc. et l'établissement. La livraison de marchandises transite désormais par ce nouvel accès jusqu'à la fin des travaux de la nouvelle structure.

Enfin, rappelons que ce projet majeur représente un investissement très important de 105 M\$ qui offrira des aménagements physiques conformes aux normes d'aujourd'hui à des secteurs névralgiques tels l'urgence, le bloc opératoire, les soins intensifs et les laboratoires. La réalisation de ce projet immobilier nous propulsera véritablement vers une nouvelle ère de modernisme qui nous permettra de mieux répondre aux besoins croissants de toute la population de notre vaste territoire. Nous sommes tous très mobilisés face à la réalisation de ce projet d'envergure qui est d'une importance capitale, tant pour notre population, nos médecins, notre personnel que pour notre relève.

PRIORITÉ 5 – ATTEINDRE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE POUR ASSURER UNE Saine gestion des finances publiques



OBJECTIF : ✓ Réussir à atteindre l'équilibre budgétaire au 31 mars 2015 et viser le remboursement de notre déficit.

L'année financière 2014-2015 a été particulièrement marquée par des changements majeurs, tant au niveau organisationnel qu'au niveau financier. En début d'exercice, l'établissement a donc dû composer avec une réduction de son financement de plus de 6 M\$, un déficit structurel de 4 M\$, en plus de devoir rembourser le déficit de l'année précédente de 2,2 M\$.

Afin de rencontrer l'équilibre budgétaire, qui est une obligation légale pour tous les établissements de santé et de services sociaux, le CSSS Haut-Richelieu-Rouville a mis en place plusieurs mesures, dont le déploiement de la transformation clinique en mode ambulatoire, la redéfinition des rôles de certains employés et la révision des heures de service. De plus, l'ouverture, à l'automne 2014, d'un CHSLD en partenariat public-privé, nous a permis de libérer de nombreux lits de courte durée à l'hôpital qui étaient occupés par des personnes en attente d'une place en hébergement.

Les différentes mesures d'optimisation mises en place ont obtenu des succès percutants au niveau financier. Ainsi, l'établissement a connu une baisse importante de la main-d'œuvre indépendante au niveau clinique par rapport à l'année dernière, de même qu'une diminution du temps supplémentaire en général tout en ayant pratiquement maintenu au même niveau que l'an dernier les heures travaillées par l'ensemble du personnel.

Ainsi, les efforts conjugués de tous nos secteurs d'activités, de même que la rigueur, l'efficacité et l'efficience de notre gestion opérationnelle, en misant sur la pertinence de nos actions, nous ont permis de présenter un excellent bilan positif au 31 mars 2015. En effet, nous avons atteint notre équilibre budgétaire tout en remboursant la majeure partie du déficit accumulé. L'assainissement de nos finances et la transformation de nos pratiques constitueront donc des leviers de premier plan pour faire face aux défis des prochaines années.

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITE 2014-2015

L'entente de gestion et d'imputabilité convenue entre le CSSS Haut-Richelieu – Rouville et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie couvre un ensemble d'indicateurs qui nous permettent d'évaluer notre performance, tant dans les volets de l'accessibilité, de la continuité que de la qualité de nos soins et services que pour certains aspects reliés à la main-d'œuvre. L'établissement est en voie d'atteindre, a atteint ou a dépassé ses engagements pour cinquante-huit (58) indicateurs alors qu'il n'a pu atteindre ses objectifs pour quarante (40) indicateurs. Six (6) autres indicateurs ne comportaient pas d'engagements spécifiques pour l'année 2014-2015, mais uniquement des résultats bruts d'activités. Le nombre de cibles avec engagements atteints ou en voie d'être atteints est à la hausse comparativement aux dernières années avec un taux de 60%.

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2014-2015

1.1 SANTÉ PUBLIQUE

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.01.12-B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 ^e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (prénatale), au cours de l'année de référence	0,37	0,13	0,25	147,1	↗	Engagements dépassés.
1.01.12-B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^e semaine de vie de l'enfant (postnatale 1), au cours de l'année de référence	0,81	0,67	0,68	119,8	↗	
1.01.12-B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^e semaine au 12 ^e mois de vie de l'enfant (postnatale 2), au cours de l'année de référence	0,29	0,19	0,20	146,3	↗	
1.01.12-B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13 ^e au 60 ^e mois de vie de l'enfant (postnatale 3), au cours de l'année de référence	0,17	0,12	0,15	112,8	↗	
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	81,6	58,9	60	136,0	↗	
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC - leur 1 ^{re} dose de vaccins contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	89,3	91	90	99,2	→	Engagement très près de la cible.

1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC - leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	85,2	73,6	90	94,6	↘	Engagement non atteint, mais la révision de nos processus a permis une nette amélioration.
1.01.22-EG2 Nombre d'activités de counseling post-test ITSS avec intervention préventive	0	NA	ND	NA		
1.02.23-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des clientèles vulnérables	0	NA	ND	NA		

1.1 SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.01.11A-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	100	100	100	100	↗	Engagement atteint.
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	0	0	100	0	↘	Engagement non atteint. Dans les faits, nous atteignons 81 % de la cible, mais le système d'information ne nous permet pas cette nuance. Toutefois, le financement reçu ne permet pas de compléter à 100 % le ratio recommandé par le MSSS en fonction du nombre de lits au permis. Conséquemment, nous priorisons là où les risques d'infections sont les plus élevés (courte durée) et y assignons les ressources dont nous disposons.
1.01.11D-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales-CHPSY	0	0	100	0	↘	Engagement non atteint. Dans les faits, nous atteignons 13 % de la cible, mais le système d'information ne permet pas cette nuance. Toutefois, le financement reçu ne nous permet pas de compléter à 100 % le ratio recommandé par le MSSS en fonction du nombre de lits au permis. Conséquemment, nous priorisons là où les risques d'infections sont les plus élevés (courte durée) et y assignons les ressources dont nous disposons. Notons que l'unité de psychiatrie est couverte par le personnel présent en courte durée.

1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100	100	100	100	↗	Engagements atteints.
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	100	100	100	100	↗	
1.2 SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE						
Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	877	798	723	121,3	↗	Engagements dépassés.
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	5,96	5,16	5,18	115,1	↗	
1.3 PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT						
Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	224 307	203 199	206 729	108,5	↗	Engagements dépassés.
1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	77,37	NA	70,00	110,5	↗	
1.4 DÉFICIENCE PHYSIQUE						
Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	93,2	89,9	90	103,5	↗	Engagement dépassé.
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	85,7	96,8	90	95,2	↘	Engagement non atteint en raison de l'absence d'un ergothérapeute non remplacé en raison de la pénurie de ressources de ce type.
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis	94,4	90	90	104,8	↗	Engagement dépassé.

comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE						
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	95,3	92,4	90	105,9	↗	Engagement dépassé.
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	89,3	92,5	90	99,2	→	Engagement presque atteint.
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	96,1	93,6	90	106,7	↗	Engagement dépassé.
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED						
Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	98,2	95,2	90	109,1	↗	Engagements dépassés.
1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	100,0	77,8	90	111,1	↗	
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et DRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	98,1	96,7	90	108,9	↗	

1.7 DÉPENDANCES

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par les CSSS	5	4	61	8,1		Engagement non atteint. Bien que le Réseau intégré dépendance soit en place, nous avons rencontré des difficultés de compilation des données qui ne traduisent pas le nombre véritable de personnes ayant reçu des services. Des travaux sont en cours pour que les statistiques représentent fidèlement les services dispensés.

1.8 SANTÉ MENTALE

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	49	45	49	100,0		Engagement atteint.
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	106	101	102	103,9		Engagement dépassé
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	7,99	9,49	12	133,4		Engagement largement dépassé.
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	1,42	2,47	0	0		Engagement non atteint. La clientèle en santé mentale dont le séjour est de plus de 48 heures à l'urgence est celle qui requiert un monitoring en lien avec un problème de santé physique non stabilisé. L'Unité d'évaluation et de traitement transitoire (UETT) n'est pas équipée et qualifiée pour assurer les traitements ou la surveillance d'un état clinique physique. Cela peut expliquer le délai du transfert vers la psychiatrie.
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS - mission CLSC	1918	1834	1 834	104,5		Engagement dépassé.

1.08.10-EG1 Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2° ou 3° ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	64	27	0	0	↘	Engagement non atteint. Pour la clientèle de pédopsychiatrie des 13 à 18 ans, les délais sont reliés au fait qu'il n'y a pas d'équipe interdisciplinaire dédiée et qu'il y a peu de temps de pédopsychiatrie disponible. Les évaluations requièrent plus de temps en raison des problèmes complexes de ce groupe d'âge. Pour la clientèle adulte, nous avons également connu une réduction de la disponibilité du temps de psychiatrie pour une prise en charge de nouveaux cas.
--	----	----	---	---	---	--

1.9. SANTÉ PHYSIQUE – SÉJOUR À L'URGENCE

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	14,58	15,2	12	78,4	↘	Engagements non atteints et légère amélioration par rapport à l'an dernier. Nous avons observé une affluence plus grande de 1389 visites à l'urgence et nous avons eu 606 admissions de plus à partir de l'urgence par rapport à l'an dernier. Dans ce contexte, l'amélioration démontre l'effort déployé au niveau des processus.
1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	22,76	23,84	12	10,3	↘	
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	6,4	7,2	0	93,5	↘	
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,1	16,2	0	85,9	↘	
1.09.31-PS Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	19,20	19,56	15	72,0	↘	

1.9. SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS – RADIO-ONCOLOGIE

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.09.05-EG1 Nombre d'utilisateurs en soins palliatifs à domicile	501	473	469	106,8	↗	Engagement dépassé.
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	22,13	23,64	15,53	142,4	↗	Engagement largement dépassé.
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	69,7	61,2	90	77,3	↘	Engagement non atteint, car pour 30% des patients, le délai a été de 30 jours plutôt que de 28 jours ou moins. Toutefois, mentionnons que ce type de chirurgie est toujours priorisé. Des améliorations sont à réaliser au niveau de la coordination avec les services diagnostics ainsi que dans l'allocation du temps opératoire et la disponibilité des chirurgiens.

1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	94,5	93,8	100	94,4	↘	Engagement non atteint en raison principalement de l'état de santé des patients amenant un délai au niveau de la chirurgie.
--	------	------	-----	------	---	---

1.9. SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE – NOMBRE

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.09.32.00 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	2	NA	ND	NA		
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	1	0	100	↗	Engagement atteint.
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	1	2	0	0	↘	Engagement non atteint. Moins de chirurgies ont pu être réalisées compte tenu d'un bris à la stérilisation et d'une diminution du nombre de lits disponibles.
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	0	0	0	100	↗	Engagement atteint
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	1	2	0	0	↘	Engagement non atteint. Moins de chirurgies ont pu être réalisées compte tenu d'un bris à la stérilisation et d'une diminution du nombre de lits disponibles.
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	0	4	0	100	↗	Engagement atteint.
1.09.32.06-EG2 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	0	NA	NA	NA		

1.9. SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE - DURÉE DE L'ATTENTE

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.09.20.00-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour l'ensemble des chirurgies	94,1	ND	NA	NA		
1.09.20.01-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	78,1	82,8	90	86,7	↘	Engagement non atteint. Moins de chirurgies ont pu être réalisées compte tenu d'un bris à la stérilisation et d'une diminution du nombre de lits disponibles.
1.09.20.02-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme	73,2	63,6	90	81,3	↘	Engagement non atteint. Moins de chirurgies ont pu

central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou						être réalisées compte tenu d'un bris à la stérilisation et d'une diminution du nombre de lits disponibles.
1.09.20.03-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,7	99,4	90	110,7	↗	Engagement dépassé.
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	93,3	88,2	90	103,7	↗	Engagements atteints.
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	93,9	92,1	90	104,2	↗	

1.9. SANTÉ PHYSIQUE - RESSOURCES

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
3.07-PS Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	6	2	ND	NA		

1.9. SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE – IMAGERIE MÉDICALE

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	100	100	100	100	↗	Engagements atteints.
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	100	100	100	100	↗	
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100	95	100	100	↗	
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100	100	100	100	↗	
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	46,9	65,4	100	46,9	↘	Engagement non atteint en raison de la forte demande pour la clientèle hospitalisée.

1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	41,1	46,8	100	41,0	↘	Engagement non atteint. La demande de services dépasse la capacité.
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	60,8	52,9	100	60,8	↘	Engagement non atteint. La demande de services dépasse la capacité.
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	51	51	100	51,0	↘	Engagement non atteint. Toutefois, une entente avec un autre centre hospitalier permettra de diminuer l'attente.
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	48,4	40,7	100	48,4	↘	Engagement non atteint. La demande de services dépasse la capacité.
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	95,2	94,3	100	95,2	→	Engagement en voie d'être atteint.
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	91,8	92,3	100	91,8	↘	Engagement non atteint dû en partie à la disponibilité des ressources humaines.
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	96,1	88,8	100	96,1	→	Engagement en voie d'être atteint. Nette amélioration.
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	99,7	98,7	100	99,7	→	Engagement très près de la cible.
1.09.35.05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100	98,6	100	100	↗	Engagement atteint.
1.09.35.06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	98,7	96,6	100	98,7	→	Engagements très près de la cible.
1.09.35.07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	94,8	93,5	100	94,8	→	

1.09.35.08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	97,8	95,6	100	97,8	→	
1.09.35.09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	78,0	70,6	100	78,0	↘	Engagement non atteint. Nette amélioration malgré le manque de disponibilité des ressources humaines.
1.09.36.01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	97,0	100	90	97,0	→	Engagement en voie d'être atteint.
1.09.36.02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	100	100	100	100	↗	Engagements atteints.
1.09.36.03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100	100	100	100	↗	
1.09.36.04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100	99,87	100	100	↗	
1.09.36.05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	64,02	66,48	100	64,0	↘	Engagement non atteint. La demande dépasse la capacité.
1.09.36.06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	63,85	65,16	100	63,8	↘	Engagements non atteints. . La demande dépasse la capacité.
1.09.36.07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	57,16	55,53	100	57,1	↘	
1.09.36.08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	73,71	69,03	100	73,7	↘	

1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	78,73	67,78	100	78,7	↘	Engagement non atteint. La demande dépasse la capacité.
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	80,33	62,72	100	80,3	↘	Engagements non atteints, mais nette progression. La transcription par le service des archives est complétée dans les délais. Toutefois, le délai d'approbation des rapports par les spécialistes cause un retard.
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	86,67	70,31	100	86,7	↘	
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	65,29	3,59	100	65,2	↘	
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	89,52	78,62	100	89,5	↘	
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100	100	100	100	↗	Engagement atteint.
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	69,96	10,53	100	69,9	↘	Engagements non atteints, mais nette progression. La transcription par le service des archives est complétée dans les délais. Toutefois, le délai d'approbation des rapports par les spécialistes cause un retard.
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	65,92	40,54	100	65,9	↘	
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	72,25	56,12	100	72,2	↘	
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	72,64	19,84	100	72,6	↘	

2.2 HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement	Commentaire
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	100	Engagement atteint.

3.1. RESSOURCES HUMAINES

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement	Commentaire
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	8,01	7,04	6,75	81,3	Engagement non atteint lié à la complexité des réclamations en assurance-salaire.
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4,00	4,41	5,33	124,9	Engagements dépassés.
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,28	2,49	3,37	132,3	Engagements dépassés.
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	1,27	4,84	2,82	155,1	Engagement dépassé.
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0	0	0,43	200,0	Engagements largement dépassés.
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,10	0	0,37	174,0	Engagements largement dépassés.
3.06.04-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0	1,65	0,41	200,0	Engagement dépassé.

4.1. URGENCES (DÉSENCOMBREMENT)

Indicateur	Résultat 14-15	Résultat 13-14	Engagement	% d'atteinte de l'engagement	Commentaire
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	1,4	2,5	3	153,9	Engagement dépassé.
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	10,5	12,7	3	0	L'engagement n'a pas été atteint puisque l'ouverture du CHSLD en partenariat public-privé de 66 places n'a ouvert ses portes qu'en 6 ^e période de l'année financière, soit en 2 ^e moitié d'année. Les données des 6 premiers mois de l'année viennent donc

						teinter largement la non atteinte de la cible.
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	1,7	3,6	3	144,0		Engagement dépassé.

SECURITE DES SOINS ET SERVICES

LES ACTIONS REALISEES POUR PROMOUVOIR, DE FAÇON CONTINUE, LA DECLARATION DES INCIDENTS/ACCIDENTS

Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville est le seul établissement en Montérégie à offrir la formation « Facteurs humains en relation avec la sécurité des patients ». En 2014-2015, ce sont 25 employés de plusieurs secteurs (urgence, Unité de médecine de famille, bloc opératoire, hémodialyse, pédiatrie, etc.) qui ont pris part à l'aventure des Facteurs Humains. Cette formation est l'occasion de faire le point sur nos pratiques de soins et de voir à l'amélioration continue de nos gestes quotidiens afin de garder au centre de nos préoccupations la sécurité du patient qui, souvent, est assurée par des gestes simples. Cette formation est inscrite à la SOFEDUC et l'établissement a formé à ce jour 216 employés et médecins.

LES PRINCIPAUX CONSTATS TIRES DE L'EVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTROLE DES USAGERS (ART. 118.1)

L'année 2014-2015 se caractérise par la poursuite des travaux d'harmonisation des pratiques en matière de mesures de contrôle et de prévention des chutes à travers le CSSS.

SECTEUR INSTITUTIONNEL DES CENTRES D'HÉBERGEMENT

Le nombre global de porteurs de contention, incluant les ridelles, diminue d'année en année. En effet, nous sommes passés de 219 porteurs de contention en 2010-2011, à 99 en 2014-2015. Il s'agit d'une diminution importante malgré un alourdissement de la clientèle. Cela signifie que le nombre de porteurs de contention est passé de 34,5 % en 2010-2011 à 16 % en 2014-2015. Selon les recommandations faites lors des visites ministérielles, la cible à atteindre dans les centres d'hébergement est de moins de 25 %. Nous sommes fiers de mentionner que nous répondons à cette cible puisque nous sommes en deçà de celle-ci dans tous nos centres d'hébergement. Plusieurs facteurs ont favorisé cette réduction des mesures de contrôle. Parmi ceux-ci, il importe de souligner le soutien de l'équipe interdisciplinaire.

Les mesures alternatives les plus utilisées sont, entre autres, le détecteur de mobilité, l'utilisation d'une cloche d'appel plate, les barres d'appui installées au lit, les lits avec quatre ridelles et le tapis de chute.

Recommandations pour les mesures de contention à être appliquées en 2015-2016 :

- Maintenir le calendrier des réunions de révision de l'utilisation de la contention pour toutes les unités de vie afin de réviser la pertinence ou non de maintenir la mesure dans un délai maximal de 90 jours (LSSS, 2008) et de consolider la pratique actuelle.
- Poursuivre l'achat de mesures alternatives, principalement les lits munis de quatre ridelles et, si possible, de détecteurs de mobilité.

SECTEUR NON INSTITUTIONNEL

Dans le secteur non institutionnel, 1 seul porteur de contention a été recensé. La mesure qui était une tablette installée sur un fauteuil gériatrique, a été utilisée durant 1 mois avant d'être retirée.

SECTEUR HOSPITALIER

Les données disponibles pour l'Hôpital du Haut-Richelieu cette année indiquent que le nombre global de porteurs de contention est de 47 pour toutes les unités de soins, comparativement à 55 pour l'année dernière. Parmi les 47 usagers porteurs de contention, 15 mesures ont été utilisées aux soins intensifs en tant que contentions de poignet pour des usagers intubés.

Les visites de « coaching terrain » effectuées sur les unités par les membres de l'équipe itinérante (infirmière, ergothérapeute ou physiothérapeute) ont permis de consolider les bonnes pratiques en matière d'utilisation de mesure de contrôle. Elles ont également favorisé la sensibilisation du personnel à la recherche de mesures alternatives.

Recommandations pour les mesures de contention à être appliquées en 2014-2015 :

- Maintenir le coaching terrain de l'équipe itinérante.
- Autoriser l'achat de mesures alternatives telles que les détecteurs de mobilité.

LES TYPES D'INFECTIONS NOSOCOMIALES FAISANT L'OBJET D'UNE SURVEILLANCE SYSTÉMATIQUE ET LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE CETTE SURVEILLANCE

Le taux d'incidence moyen de *Clostridium difficile* à l'Hôpital du Haut-Richelieu pour 2014-2015 est de 6,5 par 10 000 jours-présence. L'an passé, le taux était de 16,9 par 10 000 jours-présence. Notre incidence est approximativement la même que la moyenne régionale en Montérégie avec un taux de 6,3 par 10 000 jours-présence. Notre taux par période a varié entre 0 et 12,8 par 10 000 jours-présences.

En 2014-2015, nous observons une baisse marquée du nombre de cas d'acquisition nosocomiale du SARM dans l'hôpital. En effet, notre taux d'incidence de SARM est de 3,9 par 10 000 jours-présence. L'an passé, le taux était de 5,7. L'utilisation des lingettes de chlorhexidine 2 % pour l'hygiène quotidienne est toujours en place, ce qui pourrait expliquer en partie le faible taux de transmission.

Pour le ERV, le taux d'incidence moyen pour 2014-2015 est de 7,8 par 10 000 jours-présence. L'an passé, le taux était de 2,5 par 10 000 jours-présence. Bien que notre taux d'incidence de colonisation ait augmenté au cours de la dernière année, il se situe bien en dessous de la moyenne régionale qui a un taux de 12,8 par 10 000 jours-présence. Notre taux par période a varié entre 0 et 27,7 par 10 000 jours-présence. Nous avons eu 66 cas de colonisation à ERV comparativement à 22 cas l'année précédente. Nous avons eu 1 seul cas à infection nosocomiale à ERV cette année contrairement à 0 pour 2013-2014.

De plus, nous avons procédé à la révision du cahier de références en prévention et contrôle des infections et au développement de nouvelles références disponibles sur le site intranet du CSSS :

Politiques, directives et procédures, ordonnances collectives

Adoptées :

- D-DSI-008 Nettoyage et désinfection d'un amplificateur « pocket talker »
- D-DSI-009 Nettoyage et désinfection des coussins de physiothérapie- ergothérapie avec housse.
- D-DSI-010 Installation et utilisation de l'unité mobile à pression négative
- D-DSI-011 Nettoyage et désinfection du chariot à médicaments à l'hôpital
- PR-DSI-002 Gestion des lits à HHR (révision 2014-10)
- PR-DSI-004 Pratiques de base au bloc opératoire (révision 2015-03-23)

- PR-DSI-005 Indications de dépistage de SARM et d'ERV en centre d'hébergement (CH), hébergement temporaire et unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) chez la clientèle admise en chambre partagée
- PR-DSI-015 Port de la blouse (révision 2014-10)
- PR-DSI-016 Port de masque (révision 2014-10)
- PR-DSI-017 Hygiène des mains (révision 2014-10)
- PR-DSI-018 Protection oculaire (révision 2014-10)
- PR-DSI-019 Port de gants (révision 2014-10)
- PR-DSI-020 Nettoyage et désinfection du mobilier et du matériel de soins dans les services offrant des soins ambulatoires (révision 2014-10)
- PR-DSI-021 Précautions additionnelles à l'hôpital (révision 2014-10)
- PR-DSI-022 Nettoyage et désinfection des nasopharyngoscopes
- PR-DSI-023 Nettoyage et désinfection du matériel de soins, du matériel de soins non critique entre chaque usager et lors du congé à l'hôpital
- OC-INF-18 : Ordonnance collective : Dépistage de SARM (révision 2014-11-21)
- OC-INF-19 : Ordonnance collective : Recherche de Toxine de *Clostridium difficile* (révision 2014-11-21)
- OC-INF-020 : Ordonnance collective : Demande de prélèvements dans un but de prévention et contrôle des infections (révision 2014-11-21)

En attente d'adoption :

- OC-INF-092 Dépistage d'entérocoque résistant à la vancomycine

En consultation :

- PR-DSI-006 Transport des usagers à l'extérieur de l'établissement et prévention des infections (révision mai 2015)
- PR-DSI-009 Le bain ou la douche d'un usager en précautions additionnelles en centre hospitalier (révision février 2015)
- D-DSI-XXX Nettoyage et désinfection de l'appareil d'évaluation du volume vésical (Bladder scan) entre chaque usager
- PROT-INF-XX-XXX Protocole de prévention et mesures de contrôle des infections au staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM) en centre hospitalier (révision 2014-12-02)

En travail :

- Nettoyage et désinfection des baignoires et civières-douches en centre d'hébergement, hébergement temporaire, réadaptation, unité transitoire de réadaptation fonctionnelle et soins palliatifs.
- Vaccination contre l'influenza saisonnière : volet vaccination des usagers hébergés.
- Guide de prévention des infections liées à la maladie de Creutzfeldt-Jakob classique.
- Vaccination anti-pneumococcique à l'hôpital.

Cette année, nous avons organisé la campagne de sensibilisation sur l'hygiène des mains avec trois volontaires enrôlés au sein de Jeunesse Canada Monde (JCM) et Syto-Bénin. Les jeunes devaient avoir un projet de travail qui leur permettait d'acquérir des compétences en élaboration et réalisation d'activités ou d'événements, des compétences en communication ainsi que d'animation d'ateliers. La préparation de cette campagne annuelle répondait très bien à leurs objectifs de stage. Les activités se sont déroulées du 20 au 24 octobre. Le taux de participation a été plus faible que les années précédentes avec, au total, 171 participants à l'hôpital et 187 en CHSLD.

Nous avons poursuivi notre programme de formation à l'intention de tout le personnel et des médecins. Cette année encore, l'équipe a été très impliquée dans tous les travaux de construction et rénovation à travers le CSSS.

LES CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS D'UN CORONER

Pour l'année 2014-2015, le CSSS Haut-Richelieu – Rouville a reçu un rapport du coroner avec recommandation.

Le coroner recommandait de réviser les procédures de gestion et de prescription des médicaments et de s'assurer que ce protocole est conforme aux normes en vigueur. Pour répondre à cette recommandation, le département de pharmacie a révisé le formulaire de prescription de la thromboprophylaxie en ajoutant un filet de sécurité supplémentaire. Ainsi, les infirmières doivent cocher si la thromboprophylaxie a été prescrite. Également, le pharmacien qui révisé l'ordonnance doit communiquer avec le médecin s'il constate que la thromboprophylaxie n'a pas été prescrite afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une omission.

Par ailleurs, le sous-comité de gestion des risques et de la qualité étudie et analyse les rapports d'investigation du coroner avec recommandations émises à l'intention d'autres établissements de santé afin de s'assurer que notre CSSS soit conforme à ces recommandations et agisse à titre préventif pour éviter la survenance d'événements de même nature.

EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

LES MOYENS POUR LA POPULATION D'ACCEDER AU RAPPORT ANNUEL DE L'ETABLISSEMENT PORTANT SUR L'APPLICATION DE LA PROCEDURE D'EXAMEN DES PLAINTES, LA SATISFACTION DES USAGERS ET LE RESPECT DE LEURS DROITS

Au cours de l'année 2014-2015, un total de 456 dossiers de plaintes ont été traités par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, alors que 83 autres plaintes ont été reçues par le médecin examinateur. Sur le plan de la promotion, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a rencontré des groupes d'usagers et des membres du personnel pour faire connaître le régime d'examen des plaintes. Son rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes est diffusé annuellement auprès de plusieurs instances participatives. En plus de transmettre son rapport sur demande, le rapport annuel de la commissaire est accessible directement sur le site Internet de l'établissement (www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville), tout comme sur son site intranet.

INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

LES MODES D'INFORMATION ET DE CONSULTATION DE LA POPULATION UTILISES AFIN DE METTRE CELLE-CI A CONTRIBUTION A L'EGARD DE L'ORGANISATION DES SERVICES ET DE CONNAITRE SA SATISFACTION EN REGARD DES RESULTATS OBTENUS

Les modes d'information disponibles pour la population sont multiples au CSSS Haut-Richelieu – Rouville. Plus particulièrement, l'établissement gère un site Internet riche et varié

(www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville) qui permet la diffusion d'une information complète quant à l'offre de services de l'organisation et les différentes façons d'y accéder.

De plus, des relations de presse soutenues permettent régulièrement de faire connaître différents aspects des soins et services que nous dispensons ainsi que nos bons coups, et différents outils tels que dépliants, brochures, affiches, messages téléphoniques, etc., sont conçus afin de répondre de façon spécifique aux différents besoins d'information de nos usagers.

Par ailleurs, de façon continue, un sondage général est envoyé auprès des clientèles du volet hospitalier, soit les usagers ayant reçu des services d'hospitalisation, des services de l'urgence, des cliniques externes et des services ambulatoires.

De plus, dans le cadre du processus d'agrément 2014-2018, des sondages de satisfaction de la clientèle ont été administrés en centre d'hébergement. Les résultats obtenus permettent de dégager plusieurs pistes d'amélioration des services offerts.

CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

LES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Alfred Croisetière, président (collège de désignation « personne désignée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie »)
- Jacqueline Drouin, 1^{er} vice-président (collège électoral « population »)
- Claudia Dubé, 2^e vice-présidente (membre cooptée)
- Anne-Marie Demers, trésorière (membre cooptée)
- Lise Pouliot, secrétaire, directrice générale par intérim (membre d'office)
- Gilles Delorme (collège électoral « population »)
- Philippe-Antoine Baillargeon (collège électoral « fondation »)
- Claudine Vallières (collège de désignation « comité des usagers »)
- Poste vacant (collège de désignation « comité des usagers »)
- Carole Boisvert (collège de désignation « conseil des infirmières et infirmiers »)
- Amélie Lavoie (collège de désignation « conseil des sages-femmes »)
- Danyel Murphy (collège de désignation « personnel non clinique »)
- Huguette Pelletier (collège de désignation « conseil multidisciplinaire »)
- Dr Gilles Perreault, (collège de désignation « conseil des médecins, dentistes et pharmaciens »)
- Jean Martin (collège de désignation « personne désignée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie »)
- Poste vacant (membre cooptée – organismes communautaires)
- Daniel Dyotte, (membre coopté)
- Huguette Hébert (membre cooptée)
- Nicole A. Laporte (membre cooptée)

LISTE DES COMITES ET CONSEILS INSTITUES PAR LA LOI

- Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration
- Comité de vérification et d'investissements du conseil d'administration
- Comité de gestion des risques
- Comité de vigilance et de qualité du conseil d'administration
- Comité de révision du conseil d'administration
- Comité des usagers
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Conseil des infirmières et infirmiers
- Conseil multidisciplinaire
- Conseil des sages-femmes

COMITE DE GESTION DES RISQUES

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2014-2015

LES PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENTS/ACCIDENTS MIS EN ÉVIDENCE AU MOYEN DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE (ART. 183.2)

Pour l'année 2014-2015, nous constatons une diminution de 336 déclarations d'incidents et d'accidents par rapport à l'année précédente. Nous poursuivons sans relâche l'implantation de la culture de sécurité dans l'établissement afin de promouvoir la déclaration.

INCIDENTS / ACCIDENTS	2012-2013	2013-2014	2014-2015
NOMBRE TOTAL D'ÉVÉNEMENTS	10 217	11 049	10 713
Erreurs de médicaments	38 %	40 %	34 %
Chutes d'usagers ou de résidents	36 %	33 %	38 %
Erreurs reliées aux traitements ou tests diagnostiques	9 %	9 %	10 %
Événements reliés à l'équipement, au matériel, aux bâtiments	4 %	4 %	3 %
Autres causes diverses	13 %	12 %	15 %
GRAVITÉ	2012-2013	2013-2014	
Erreurs détectées AVANT d'atteindre l'utilisateur (A-B)	9 %	9 %	8 %
Erreurs SANS conséquence pour l'utilisateur (C-D)	78 %	79 %	79 %
Erreurs AVEC conséquences temporaires nécessitant des soins pour l'utilisateur (E-F)	14 %	12 %	13 %
Erreurs AVEC conséquences graves pour l'utilisateur (G-H-I) (événements sentinelles)	0,04 %	0,02 %	0,03 %
TOTAL	100 %	100%	100 %

LES RECOMMANDATIONS ET LES SUIVIS EFFECTUÉS PAR LE COMITÉ EN LIEN AVEC LES PRIORITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT EN MATIÈRE DE GESTION DES RISQUES D'INCIDENTS/ACCIDENTS ET DE SURVEILLANCE, PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Recommandations et principaux suivis du comité de gestion des risques dans le cadre d'analyse d'événements survenus auprès d'usagers :

- Aucune recommandation n'a été émise par le comité de gestion des risques à cet égard au cours de l'année 2014-2015.

COMITE DE VIGILANCE ET DE LA QUALITE

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2014-2015

Le comité prend connaissance d'un résumé de toutes les plaintes et interventions de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Si des recommandations ou engagements ne sont pas mis en œuvre, la commissaire en saisit le comité afin qu'il en fasse le suivi.

Le comité fait par ailleurs le suivi des plans d'action demandés par la commissaire à la suite de plaintes et chaque conclusion du Protecteur du citoyen fait l'objet d'un suivi. Au cours de la dernière année, le comité a constaté que plusieurs mesures ont été prises pour améliorer la qualité des services.

Les rapports ou bilans transmis par le conseil d'administration ont été analysés. Notons, par exemple, les rapports suivants :

- Bilan des sondages de satisfaction de la clientèle.
- Plans d'action des visites ministérielles aux Centres d'hébergement Gertrude-Lafrance, Saint-Joseph et Champagnat.
- Rapport annuel d'application de la procédure d'examen des plaintes incluant celui de la commissaire locale, des médecins examinateurs, du comité de révision et du comité de vigilance et de la qualité.
- Rapport annuel du conseil multidisciplinaire.
- Rapport annuel des activités reliées à la sécurité de l'information.
- Rapport annuel du comité de prévention et de lutte contre les infections.
- Rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers.
- Rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.
- Rapport de la visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie au Centre d'hébergement Saint-Joseph.
- Rapport de la visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie au Centre d'hébergement Champagnat.
- Suivi du comité de gestion des risques.
- Suivi du plan d'action du bloc opératoire à l'Hôpital du Haut-Richelieu.
- Suivi des plans d'action suivant les rencontres annuelles des familles des six centres d'hébergement.
- Suivi des recommandations du Protecteur du citoyen.

Après avoir établi les liens systémiques entre ces rapports et ces recommandations, nous avons conclu que les mécanismes sont en place et, lorsqu'une recommandation est faite, des actions sont posées dans le but d'améliorer la qualité des services. Notons que ces recommandations visent généralement à assurer la sécurité des usagers et leur qualité de vie.

COMITE DE REVISION

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2014-2015

Le comité de révision du conseil d'administration, qui a pour fonction de réviser, sur demande, le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager ou de toute autre personne par le médecin examinateur du CSSS, a tenu quatre réunions au cours de l'année 2014-2015.

Deux demandes de révision du traitement d'une plainte concernant les médecins ont été enregistrées au cours de l'année, pour un total de trois demandes examinées. Aucune demande de révision concernant un dentiste, un pharmacien ou un résident n'a été formulée au cours de la dernière année. Le délai moyen pour traiter une demande de révision a été de 53 jours.

Pour les trois plaintes révisées, deux motifs concernaient les communications/attitudes, un motif avait trait au respect et deux motifs relevaient du traitement/intervention/services.

Une plainte examinée a confirmé les conclusions du médecin examinateur. Une deuxième plainte a été transmise au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour étude, à des fins disciplinaires, et une troisième plainte a été rejetée, car le médecin examinateur avait rejeté le dossier le jugeant vexatoire et de mauvaise foi.

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

LES EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT	2014-2015	2013-2014	VARIATION
Personnel cadre (en date du 31 mars 2015)			
Temps complet (Nombre de personnes)	106	112	(6)
Temps partiel :			
• Nombre de personnes	4	4	0
• Équivalents temps complet (ETC)	1,6	2	(0,4)
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	0	0	0
Personnel régulier (en date du 31 mars 2015)			
Temps complet (Nombre de personnes)	1 538	1 539	(1)
Temps partiel :			
• Nombre de personnes	1 405	1 410	(5)
• Équivalents temps complet (ETC)	838	821	17
Personnels bénéficiant de la sécurité d'emploi	2	0	2
Personnel non détenteur de postes (occasionnels)			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 364 136	1 470 565	(106 429)
Équivalents temps complet (ETC)	747	805	(58)

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 201
745, rue Gadbois
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3A 0A1
Téléphone : 450 348-6886
Télécopieur : 450 348-3716
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de
Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015. 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 Haut-Richelieu-Rouville.

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 de 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 (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 Haut-Richelieu-Rouville pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément

Membre de Grant Thornton International Ltd

aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que, 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 Haut-Richelieu-Rouville au 31 mars 2015 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.

1

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

Saint-Jean-sur-Richelieu
Le 30 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A122543

ÉTAT 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	255 800 284	251 980 223	7 541 669	259 521 892	251 642 075
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294) 2	100 080				100 080
Contributions des usagers 3	17 492 513	17 959 511	XXXX	17 959 511	17 365 101
Ventes de services et recouvrements 4	2 923 699	3 021 284	XXXX	3 021 284	2 872 371
Donations (FI:P294) 5	1 314 020	439 777	1 082 096	1 521 873	1 674 913
Revenus de placement (FI:P302) 6	76 953	74 172	1 522	75 694	77 092
Revenus de type commercial 7	542 992	130 873	XXXX	130 873	586 262
Gain sur disposition (FI:P302) 8					
9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302) 11	1 147 926	890 640	13 409	904 049	1 601 617
TOTAL (L.01 à L.11) 12	279 398 467	274 496 480	8 638 696	283 135 176	275 919 511
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales 13	188 645 498	194 228 078	XXXX	194 228 078	188 298 466
Médicaments 14	9 175 198	9 471 917	XXXX	9 471 917	9 387 621
Produits sanguins 15	3 331 663	3 642 666	XXXX	3 642 666	3 243 161
Fournitures médicales et chirurgicales 16	13 610 176	14 067 537	XXXX	14 067 537	14 257 599
Denrées alimentaires 17	2 835 853	2 435 059	XXXX	2 435 059	2 688 118
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles 18	12 050 374	12 249 660	XXXX	12 249 660	12 390 421
Frais financiers (FI:P325) 19	2 506 000	5 933	2 423 570	2 429 503	2 389 060
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations 20	2 621 090	2 515 156	171 855	2 687 011	3 091 223
Créances douteuses 21	60 171	60 539	XXXX	60 539	60 399
Loyers 22	3 327 256	3 513 947	XXXX	3 513 947	3 350 732
Amortissement des immobilisations (FI:P422) 23	5 457 600	XXXX	5 770 811	5 770 811	5 465 251
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421) 24	100 000	XXXX	327 031	327 031	148 492
25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325) 27	33 603 278	31 266 806		31 266 806	32 817 050
TOTAL (L.13 à L.27) 28	277 324 157	273 457 298	8 693 267	282 150 565	277 587 593
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28) 29	2 074 310	1 039 182	(54 571)	984 611	(1 668 082)

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

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-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	9 973 868	73 804	10 047 672	2 932 963
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	6 565 492	528 392	7 093 884	11 074 267
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	3 192 779	1 625 059	4 817 838	4 975 697
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(475 946)	475 946	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	18 257 687	7 721 321	25 979 008	24 347 265
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	235 576	235 576	197 026
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	489 239	87	489 326	790 667
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	38 003 119	10 660 185	48 663 304	44 317 885
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		25 975 598	25 975 598	13 011 589
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	22 066 884	1 369 165	23 436 049	20 192 474
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	4 949 184	4 949 184	5 251 337
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		531 417	531 417	515 697
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	845 440	5 124 106	5 969 546	8 671 831
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	66 843 901	66 843 901	62 243 549
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	22 197 604	XXXX	22 197 604	21 506 106
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	302 950	16 341	319 291	740 500
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	45 412 878	104 809 712	150 222 590	132 133 083
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(7 409 759)	(94 149 527)	(101 559 286)	(87 815 198)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	95 990 227	95 990 227	80 901 890
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	2 051 843	XXXX	2 051 843	2 091 102
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	1 050 991		1 050 991	1 371 370
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	3 102 834	95 990 227	99 093 061	84 364 362
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(4 306 925)	1 840 700	(2 466 225)	(3 450 836)
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					

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	(82 711 046)	(8 808 579)	(79 006 619)	(87 815 198)
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	(82 711 046)	(8 808 579)	(79 006 619)	(87 815 198)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		1 039 182	(54 571)	984 611
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:					
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(21 186 179)	(21 186 179)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	5 770 811	5 770 811
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	327 031	327 031
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX		
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX		
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	(15 088 337)	(15 088 337)
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				(786 386)
Utilisation de stocks de fournitures	17		39 259	XXXX	39 259
Utilisation de frais payés d'avance	18		320 379		320 379
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		359 638		359 638
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20				
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		1 398 820	(15 142 908)	(13 744 088)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(82 711 046)	(7 409 759)	(94 149 527)	(101 559 286)
					(87 815 198)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-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	(5 346 107)	1 895 271	(3 450 836)	(1 782 754)	
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	(5 346 107)	1 895 271	(3 450 836)	(1 782 754)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	1 039 182	(54 571)	984 611	(1 668 082)	
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	(4 306 925)	1 840 700	(2 466 225)	(3 450 836)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(2 466 225)	(3 450 836)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(2 466 225)	(3 450 836)	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	984 611	(1 668 082)

ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:

Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	359 638	(784 068)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	327 031	148 492
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7	(540 772)	(249 764)
Amortissement des immobilisations	8	5 770 811	5 465 251
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(1 701 646)	(2 215 544)
Autres	13		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	4 215 062	2 364 367
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	5 536 854	(3 995 246)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	10 736 527	(3 298 961)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Acquisitions d'immobilisations	17	(21 186 179)	(13 441 117)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(21 186 179)	(13 441 117)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	17 693 129	20 031 945
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(3 637 605)	(10 874 230)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4	(9 455 172)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		(999 716)
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	31 198 528	18 615 375
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	(17 693 129)	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(541 390)	(12 348 100)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	17 564 361	14 425 274
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):	14	7 114 709	(2 314 804)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	2 932 963	5 247 767
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	10 047 672	2 932 963
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	10 047 672	2 932 963
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	10 047 672	2 932 963

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	3 980 383	5 056 322
Autres débiteurs	2	157 861	(134 315)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	69 903	50 751
Frais reportés liés aux dettes	4	(38 550)	(52 449)
Autres éléments d'actifs	5	301 341	(139 264)
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	3 243 573	(4 194 166)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	(302 153)	(4 591 908)
Intérêts courus à payer	9	15 720	(51 533)
Revenus reportés	10	(2 161 513)	(672 449)
Passifs environnementaux	11		(43 000)
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	691 498	737 069
Autres éléments de passifs	13	(421 209)	39 696
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	5 536 854	(3 995 246)
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15		
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18	94 698	1 831 561
Intérêts encaissés (revenus)	19	128 518	1 882 902
Intérêts débiteurs (dépendances)	20	1 838 613	1 975 650
Intérêts déboursés (dépendances)	21	1 822 893	2 026 061
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 - CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le centre administratif du centre est situé au 978, boulevard du Séminaire Nord à Saint-Jean-sur-Richelieu. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1^{er} avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région sociosanitaire visée, d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), issu de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, le CSSS Haut-Richelieu-Rouville a fusionné avec l'Agence de la santé et des services sociaux, le CSSS Champlain-Charles-Lemoyne et l'Institut Nazareth et Louis-Braille qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Le présent rapport financier annuel est établi conformément aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*, en tenant compte des particularités édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, sur la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée dans 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.

Les entités incluses dans le périmètre comptable de l'établissement sont énumérées à la note complémentaire 6 ainsi que la méthode de consolidation utilisée.

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 lorsque l'établissement bénéficiaire a respecté 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 passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

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, comme stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme de revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). 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 auxquelles 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 équilibrer 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 créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

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.

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.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif mais dont l'état émane d'un événement imprévu 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 et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

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 ministère de la Santé et des Services sociaux, 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 des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de :

— Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers d'assurance salaire observés, en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Pour l'exercice 2014-2015, la provision évaluée par le MSSS selon la méthode globale a été révisée à la lumière des résultats de l'année et tient aussi compte des résultats des trois dernières années.

— Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

— Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées sont les suivantes :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie – année courante et aux vacances		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	-
Accumulation des congés de vacances et de maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

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
Équipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	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 au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

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

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

Instruments financiers

Le chapitre SP 3450, « 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 cotés 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 l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un *Manuel de gestion financière*, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et à la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et les placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement plutôt qu'à la juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, 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, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2015 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 ou de perte de réévaluation.

En vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, 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 la Loi sur les services de santé et les services sociaux en ce sens. De plus, les données financières des établissements sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1^{er} avril 2016.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs – agences et MSSS, les autres débiteurs et les placements de portefeuille sont classés dans la catégorie des actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs – agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer, excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer et les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

— *Trésorerie et équivalents de trésorerie*

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire, le cas échéant, et les placements temporaires.

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 relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Prêts interfonds

Les prêts 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.

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

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 reliée 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.;

— Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. 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 se 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'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

NOTE 3 - PRÉSENTATIONS DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 11 juillet 2014.

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) sont celles relatives aux fonds d'exploitation adoptées par le conseil d'administration le 11 juillet 2014.

NOTE 4 – DETTES À LONG TERME

OBJET	TAUX D'INTÉRÊT	VERSEMENT		ÉCHÉANCE	MONTANT TOTAL
Billet à terme	2,437 %	annuel	342 087 \$	Décembre 2019	7 473 603 \$
Billet à terme	2,437 %	annuel	65 077 \$	Décembre 2019	325 385 \$
Billet à terme	6,31 %	annuel	306 204 \$	1 ^{er} décembre 2015	1 404 608 \$
Billet à terme	3,835 %	annuel	630 120 \$	Décembre 2016	6 922 891 \$
Billet à terme	3,594 %	annuel	133 555 \$	Décembre 2017	2 804 662 \$
Billet à terme	4,692 %	annuel	119 684 \$	Décembre 2035	2 513 370 \$
Billet à terme	1,9628 %	annuel	314 962 \$	Avril 2017	6 929 173 \$
Sous-total - Financement Québec					28 373 693 \$
Billet à terme	2,1184 %	annuel	920 064 \$	Décembre 2018	19 111 881 \$
Billet à terme	2,1413 %	annuel	321 029 \$	21 août 2019	5 759 395 \$
Billet à terme	2,598 %	annuel	498 784 \$	1 ^{er} mars 2023	11 332 896 \$
Billet à terme	2,181 %	annuel	100 140 \$	16 décembre 2020	600 837 \$
Sous-total - Fonds de financement					36 805 010 \$

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

Emprunt bancaire	préférentiel	annuel	80 800 \$	15 mars 2029	1 131 199 \$
Emprunt bancaire	3,65 %	annuel en capital	89 000 \$	14 décembre 2020	534 000 \$
Sous-total - Emprunts bancaires					1 665 199 \$
					68 843 901 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

2015-2016	5 019 912 \$
2016-2017	9 277 953 \$
2017-2018	11 373 465 \$
2018-2019	17 968 288 \$
2019-2020	11 534 019 \$
2020 et subséquents	11 670 264 \$
	66 843 901 \$

NOTE 5 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉES

L'établissement détient un intérêt économique dans la Fondation Santé Haut-Richelieu-Rouville puisque la Fondation organise des levées de fonds exclusivement au profit du CSSS Haut-Richelieu-Rouville.

Au cours de l'exercice, l'établissement a effectué les opérations suivantes avec la Fondation Santé Haut-Richelieu-Rouville:

	Exercice courant	Exercice précédent
1) Dons		
Fonds d'exploitation (activités principales et accessoires)		
Exploitation du parc de stationnement	130 000 \$	586 917 \$
Déneigement et entretien du parc	71 236 \$	57 260 \$
Dons	434 813 \$	510 947 \$
	636 049 \$	1 155 124 \$
Fonds d'immobilisations	446 877 \$	899 067 \$
2) Comptes à recevoir		
Fonds d'exploitation	150 390 \$	6708 39 \$
Fonds d'immobilisations	28 741 \$	68 105 \$
3) Comptes à payer	0	5 027 \$

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques et les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600. L'agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 6 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, l'établissement a respecté cette obligation légale.

NOTE 7 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AUX RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques relativement à ses instruments financiers. La 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.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2015 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 ou de perte de réévaluation.

NOTE 8 - INSTRUMENTS FINANCIERS

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode linéaire, alors que, selon les Normes comptables canadiennes pour le secteur public, la méthode du taux d'intérêt effectif aurait dû être utilisée.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux d'intérêt effectif n'a pas d'impact important sur les résultats des activités et sur la situation financière.

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, les débiteurs – agences et MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille, étant donné que le manquement d'une de ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière.

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.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir – réforme comptable est faible, puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 30 jours suivant la fin de l'exercice.

Le risque de crédit associé aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, du gouvernement du Canada et de la Fondation Santé Haut-Richelieu-Rouville.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de recouvrement. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, sur l'historique de paiement, sur la situation financière du débiteur et sur l'antériorité de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 38% du montant total recouvrable (42% au 31 mars 2014).

Chronologie des autres débiteurs	Exercice courant
Autres débiteurs non en souffrance	2 377 898 \$
Autres débiteurs en souffrance :	
Moins de 30 jours	879 737 \$
de 30 à 59 jours	310 531 \$
de 60 à 89 jours	132 466 \$
de 90 jours et plus	1 297 671 \$
Sous-total	4 998 303 \$
Provision pour créances douteuses	(180 465)\$
Total	4 817 838 \$

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant
Provision pour créances douteuses au début	(171 443)\$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	(28 865)\$
Montants recouvrés	19 843 \$
Provision pour créances douteuses à la fin	(180 465)\$

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non paiement.

De plus, l'article 269 de cette même loi stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution, autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

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.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs – agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer ainsi que les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des ouvertures de crédit. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime, puisqu'elles sont prises en charge par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin de l'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
Moins de 6 mois	23 436 049\$	20 192 474\$
De 6 mois à 1 an	0	0
De 1 an à 3 ans	0	0
De 3 ans à 5 ans	0	0
De plus de 5 ans	0	0
Total des autres créditeurs	23 436 049\$	20 192 474\$

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds, en provenance de l'agence - Enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, les soldes de ces postes sont représentés comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	25 975 598\$	13 011 589\$
Avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées	4 949 184\$	5 251 337\$
Dettes à long terme	66 843 901\$	62 243 549\$

Le montant des emprunts temporaires totalisant 25 975 598 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,05 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

Le montant des avances de fonds en provenance de l'agence –enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 70 127 886 \$, représente des emprunts portant intérêt à taux fixes, pour lesquels les intérêts sont pris en charge par le MSSS ou l'agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Une somme de 1 665 199\$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables et ne sont pas pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

NOTE 9 - OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

Voir page 635.

NOTE 10 - ÉVENTUALITÉS

Voir page 636.

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 : Régulé 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 2014-2015	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						
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						
Processus de compilation des unités de mesure: écarts dans les données quantitatives soumises par l'établissement, non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle pour le centre d'activité suivant: à l'unité de mesure "le kilogramme" du centre d'activités "Gestion des déchets biomédicaux (7650)".	2011-2012					NR

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

Le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville dispose d'un code d'éthique et de déontologie qui a été adopté en 2005.

Au cours de l'année 2014-2015 :

- Deux cas ont été traités en vertu de ce code d'éthique et de déontologie.
- À la suite d'une dénonciation, le comité sur l'éthique et la déontologie du conseil d'administration a tenu une enquête ayant fait l'objet d'un rapport qui conclut que deux membres du conseil d'administration ont, à plusieurs occasions et individuellement ou de manière concertée, contrevenu aux obligations et devoirs auxquels elles étaient assujetties.
- Conséquemment et conformément au code d'éthique et de déontologie, le conseil d'administration, après avoir étudié l'ensemble de la documentation qui lui a été soumise, avoir laissé l'opportunité à mesdames Micheline Stjagow-Lapointe et Claudine Vallières et à leurs procureurs de faire des représentations, avoir pris connaissance de la recommandation du comité et après avoir délibéré, décide à l'unanimité de déclarer madame Micheline Stjagow-Lapointe déchue de ses fonctions de membre du CA à compter du 9 mars 2015 et de déclarer madame Claudine Vallières suspendue de sa fonction de membre du CA pour une période continue d'un mois à compter du 9 mars 2015.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX HAUT-RICHELIEU—ROUVILLE
(Règlement n° 1 de 2005)

PRÉAMBULE

Le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville est né de la fusion en juillet 2004 du CLSC du Richelieu et Centre Rouville, de l'Hôpital du Haut-Richelieu et des CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts. Par cette fusion, il répond à trois missions de services complémentaires, soit celles de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, de Centre local de services communautaires et de centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ses mandats sont enchassés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) et dans la Loi 25.

Pour la réalisation de ses mandats, l'établissement obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'établissement présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent *Code d'éthique et de déontologie*, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'établissement adhèrent.

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.04, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux de se doter d'un code d'éthique et de déontologie. Cette disposition prévoit de plus qu'un tel code doit porter sur les devoirs et obligations des personnes visées et doit entre autres :

- ✓ Traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration d'intérêts;
- ✓ Traiter de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- ✓ Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes;
- ✓ Traiter des devoirs et obligations de ces personnes même après qu'elles ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- ✓ Prévoir des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de l'application du code et la possibilité de sanctions.

Ce code doit être rendu accessible au public et être publié au rapport annuel. Le rapport annuel doit en outre faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, de leur décision et des sanctions imposées par l'autorité compétente ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 174, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'établissement et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au *Code civil du Québec*, prévoit ce qui suit :

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

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'un établissement de santé et de services sociaux peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'établissement et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 174 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., chapitre S4.2), qui prévoit que les administrateurs de l'établissement doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, des établissements qu'ils administrent et de la population desservie;

ATTENDU l'article 3.04 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'établissement de se doter d'un code d'éthique et de déontologie suivant certains paramètres;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité;

Les administrateurs du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- ◆ **Primauté des intérêts de la population à desservir**
- ◆ **Utilisation efficiente et équitable des ressources de l'établissement**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent *Code d'éthique et de déontologie* applicables à chacun des administrateurs du Centre de Santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville . Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe 1.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'établissement, de favoriser la transparence au sein de l'établissement et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :

- traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- traite des règles liées à la rémunération et avantages;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine, des droits fondamentaux de la personne, des besoins de services des individus et des groupes le plus près possible de leur milieu de vie et d'une gestion efficiente des ressources mises à la disposition de l'établissement.
4. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt du Centre de Santé et de Services sociaux Haut-Richelieu—Rouville et de la population desservie.

Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II DÉFINITIONS

5. Dans le présent Code les mots et expressions suivantes ont le sens qui y apparaît, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
 - a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville ;
 - b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
 - c) « **code** » désigne le présent Code;
 - d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
 - e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville ;
 - f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;
 - g) « **établissement** » désigne le Centre de Santé et de Services sociaux Haut-Richelieu—Rouville.

III DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie

À cette fin, l'administrateur :

6. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.
7. Contribue à la réalisation des fonctions de l'établissement et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.
8. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

9. Sensure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
10. Sensure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

11. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à fournir ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

12. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'établissement; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'établissement et contribue à leur respect.

Neutralité

13. Sous réserve des règles applicables en matière de conflits d'intérêts, l'administrateur doit exercer son droit de vote lorsque requis aux séances du conseil d'administration. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisans. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.
14. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

15. Le président du conseil d'administration ou le directeur général doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisans.
16. Le président du conseil d'administration ou le directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale doit en informer le conseil d'administration.

Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale doit en informer le président du conseil d'administration.
17. Le président du conseil d'administration ou le directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique électorale doit se démettre de ses fonctions.
18. Le directeur général qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique électorale dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.
19. Le directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique électorale dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

20. Le directeur général qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30^e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30^e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.
21. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection, doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discretion

22. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'établissement respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

23. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.
24. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le directeur général.
25. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
26. L'administrateur reconnaît que le président du conseil d'administration est le représentant du conseil et que le directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'établissement vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

27. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, entreprise ou association.

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'établissement dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'établissement et de l'administration de tous les biens qu'il possède ou dont il a la garde.

Notamment, l'administrateur doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration ou de l'établissement, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

28. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.
29. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'établissement et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

30. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'établissement puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'établissement ou qu'un administrateur puisse faire des pressions pour l'obtention de services.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

31. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

32. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause 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).

L'administrateur et les conflits de rôle

33. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'établissement.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'établissement et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le directeur général et les conflits d'intérêts

34. Le directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge et de son congédiement, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement. Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

Le conseil d'administration doit, dès qu'il constate que le directeur général se trouve en conflit d'intérêts, prendre des mesures afin d'intenter un recours en déchéance de charge contre lui. Il doit en outre, dans les 10 jours qui suivent, en informer par écrit la régie régionale en lui indiquant la nature du cas et les mesures qu'il a prises.

Le directeur général doit, dans les 60 jours qui suivent sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute régie régionale. Cette déclaration doit être mise à jour dans les 60 jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général.

Le directeur général doit également déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec un établissement ou avec une régie régionale par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires, dans les 30 jours qui suivent la conclusion de ce contrat.

35. L'administrateur qui siège sur un comité ou une commission relevant du conseil d'administration doit déclarer les situations de conflits d'intérêts ou de conflits de rôle pour toute décision que le comité prend en vertu d'une délégation du conseil d'administration ou pour toute recommandation ou tout avis transmis au conseil d'administration.

L'exclusivité de fonctions du directeur général

36. Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction.

Il peut toutefois occuper un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service si aucune rémunération ou aucun avantage quelconque, direct ou indirect, ne lui est accordé de ce fait.

Le directeur général peut de même, avec l'autorisation du conseil d'administration, occuper hors du domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé.

Il peut aussi, avec l'autorisation de la régie régionale et du conseil d'administration, occuper dans le domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé. Toutefois, seule l'autorisation du conseil d'administration est requise, s'il s'agit d'une charge ou d'une fonction occupée au sein d'une association regroupant la majorité des établissements exerçant des activités propres à la mission de centres de même nature ou au sein d'une association de directeurs généraux des services de santé et des services sociaux reconnue par décret à des fins de relations de travail ou au sein d'un organisme d'agrément des établissements.

Il peut aussi, à la demande du ministre, exercer tout mandat que celui-ci lui confie.

Il peut également occuper une charge publique élective.

Le conseil d'administration doit, dès qu'il constate que le directeur général contrevient à l'une des règles prévues au présent article, le suspendre sans traitement ou prendre des mesures afin d'intenter un recours en déchéance de charge contre lui, selon la gravité de la contravention. Il doit en outre, dans les 10 jours qui suivent, en informer la régie régionale et le ministre en leur indiquant la nature du cas et les mesures qu'il a prises. Une suspension imposée en vertu du présent alinéa peut varier de trois à six mois.

Biens de l'établissement

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'établissement. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'établissement pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.
41. Le directeur général ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.
42. L'administrateur qui reçoit un avantage indu en contravention du présent code ou des lois et règlements, est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Transparence

43. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

44. Hormis le directeur général, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du directeur général ou de tout cadre supérieur.
45. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
46. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'établissement.
47. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'établissement.
48. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
49. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'établissement; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera l' huis clos pour ce faire.
50. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
51. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
52. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'établissement, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat

À cette fin, l'administrateur :

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

53. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
54. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
55. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.
56. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'établissement.
57. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y oeuvrent.
58. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V MÉCANISMES D'APPLICATION

59. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'établissement. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.
60. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au Comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

61. Le Comité sur l'éthique et la déontologie décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

62. Au moment où il juge opportun, le Comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

63. Suite à son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

Décision

64. Suite au rapport du Comité sur l'éthique et la déontologie, le conseil d'administration doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

65. 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 avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

VI ENGAGEMENTS

66. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'Annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe III du présent Code.

VII LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

67. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII PUBLICITÉ DU CODE

68. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du *Code d'éthique et de déontologie* des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

69. L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le *Code d'éthique et de déontologie* des administrateurs.

70. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
- du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

71. Par le présent Code, un Comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autres que le président du conseil d'administration et le directeur général.

Le mandat de chacun des ces membres est d'une durée d'un an.

72. Une personne cesse d'être membre du Comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

73. Sous réserve de l'article 72, un membre du Comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

74. Toute vacance survenant au Comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 71 du présent Code.

75. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du Comité, ce dernier ne peut siéger au Comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décider par le conseil.

76. Le quorum des réunions du Comité est de trois membres.

Les décisions du Comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

77. Les fonctions du Comité sont les suivantes :

- a. Sassurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code ;
- b. Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code ;
- c. Déterminer, suite à une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code ;
- d. Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

78. Le directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le Comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

XI DISPOSITIONS FINALES

79. Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent code.

80. Le présent *Code d'éthique et de déontologie* entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace et abroge tout code, règlement ou directive sur les mêmes objets.

ANNEXE : GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS & CONTRATS DE SERVICE

GESTION ET CONTROLE DES EFFECTIFS

Le nombre d'heures totales rémunérées entre janvier et mars 2015 respecte la cible fixée par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui est égale ou inférieure au nombre d'heures rémunérées pour la période de janvier à mars 2014.

En effet, pour cette même période, le nombre d'heures totales rémunérées a été de 1 486 044, soit 0,6% de moins que l'année précédente qui était de 1 494 671 heures.

CONTRATS DE SERVICES

Contrats de services comportant une dépense de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	0	-----
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	9	1 970 945 \$
Total des contrats de services	9	1 970 945 \$

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

Ce rapport annuel de gestion 2014-2015 a été produit par la Direction des ressources humaines, des communications et affaires juridiques du CISSS de la Montérégie-Centre – Juin 2015.

Il est disponible en version électronique sur le site Internet suivant :
www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville