

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec**

Québec



Centre de santé et de services sociaux
d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Affilié universitaire

Chaque personne
est importante.

Ensemble, nous avons fait du chemin.

Rapport annuel
2014-2015

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de président-directeur général du CIUSSS MCQ, 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 d'Arthabaska-et-de-l'Érable :

- 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 du CIUSSS MCQ,
Martin Beaumont

ISBN 978-2-9813489-3-7

ISSN 1717-8851

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada



Table des matières

Message du président-directeur général	6
Message du président du CA et du directeur général	7
<u>Présentation de l'établissement</u>	
Mission, vision et valeurs	9
Ressources humaines et installations	11
Plan d'organisation	12
Population et données de santé	14
Liste des services offerts	18
<u>Faits saillants</u>	
Au plan des services	21
Au plan de la qualité et de la sécurité	23
Au plan du capital humain	26
Au plan des infrastructures et des technologies	28
Au plan de l'optimisation et de l'innovation	29
<u>Données opérationnelles et financières</u>	
Tableau de bord - Planification stratégique 2010-2015	30
Tableau de bord - Ententes de gestion	31
Tableau de bord - Autres engagements	36
Portrait statistique de l'organisation	38
Rapport de la direction	47
Rapport de l'auditeur indépendant	48
Rapport financier 2014-2015	50
<u>Conseils et comités</u>	
Conseil d'administration	63
Comité de vérification	63
Comité de révision	63
Comité de gouvernance et d'éthique	64
Comité de vigilance et de la qualité	65
Comité d'éthique clinique	66
Comité de gestion des risques	67
Comité des usagers	70
Comités de résidents	71
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	72
Conseil des infirmières et infirmiers	73
Conseil multidisciplinaire	74
<u>Annexes</u>	
Prix reconnaissance	75
Fondations	76
Bénévoles	80
Code d'éthique et de déontologie des membres du CA	81
Coordonnées des installations	89

Liste des acronymes

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée	IMP	Interventions multifactorielles personnalisées
ADE	Auxiliaire dédiée en ergothérapie	INF	Infirmier (ère)
AEO	Accueil-Évaluation-Orientation	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
AIT	Accident ischémique transitoire	MADO	Maladies à déclaration obligatoire
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux	MCQ	Mauricie et Centre-du-Québec
ASSTSAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
ACV	Accident vasculaire cérébral	MRC	Municipalité régionale de comté
BCM	Bilan comparatif des médicaments	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
BNQ	Bureau de normalisation du Québec	OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèle
CA	Conseil d'administration	OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
CH	Centre d'hébergement	ORL	Oto-rhino-laryngologie
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	PALSP	Plan d'action local en santé publique
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	PCI	Prévention et contrôle des infections
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	PCP	Pratique clinique préventive
CLSC	Centre local de services communautaires	PDCI	Plan directeur clinique et immobilier
CM	Conseil multidisciplinaire	PDSB	Principes du déplacement sécuritaire des bénéficiaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	PTG	Prothèse totale du genou
CRDG	Comité régional des directeurs généraux	PTH	Prothèse totale de la hanche
CSA	Centre de soins ambulatoires	RI	Ressource intermédiaire
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	RNI	Ressource non institutionnelle
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	RLS	Réseau local de services
CSSSAE	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable	RPA	Résidence pour aînés
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
DG	Direction générale	SCAS	Service centralisé d'addition aux solutés
DI-TED	Déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
DMS	Durée moyenne de séjour	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
DP	Déficiences physiques	UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
DPFSPSM	Direction des programmes Famille, Santé publique et Santé mentale		
DPPPA	Direction du programme Personnes en perte d'autonomie		
DPSP	Direction du programme Santé physique		
DRH	Direction des ressources humaines		
DRIP	Direction des ressources informationnelles, performance et direction associée à la DSPAM		
DSF	Direction des services financiers		
DSI	Direction des soins infirmiers		
DSPAM	Direction des services professionnels et des affaires médicales		
DSTA	Direction des services techniques et d'alimentation		
ETC	Équivalent temps complet		
ETP	Équivalent temps plein		
GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline		
GMF	Groupe de médecine familiale		
HDA	Hôtel-Dieu d'Arthabaska		

Message du président-directeur général

À titre de président-directeur général du nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, je désire souligner l'excellent travail de gestion et de collaboration réalisé par les dirigeants des douze établissements de la région. Je tiens à remercier chaleureusement les membres bénévoles des conseils d'administration dont l'engagement soutenu au fil des ans a permis d'assurer une gouvernance de qualité nous permettant aujourd'hui de compter sur un réseau en santé.

Vous trouverez, dans ce dernier rapport annuel de gestion du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable, un portrait très intéressant de leurs principales réalisations pour l'année 2014-2015 et je vous invite à en prendre connaissance avec attention.

Je profite de cette publication pour remercier également tous les directeurs généraux et leurs équipes de direction, les gestionnaires, les médecins, les bénévoles, les organismes communautaires et les partenaires du réseau pour les efforts consacrés au mieux-être des citoyens de la région. Je tiens à transmettre ma reconnaissance à tous les employés pour leur engagement et leur professionnalisme dans les services et les soins offerts à la population. Votre contribution à la vitalité du réseau de la santé et des services sociaux est méritoire.

Le 7 février dernier, l'adoption 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 » a profondément modifié l'organisation du réseau régional. Afin d'assurer le succès de la mise en place de notre nouvel établissement, nous avons retenu les valeurs qui faisaient consensus au sein des différentes organisations de la région comme fondement de notre action. C'est sur cette base que nous mettons en œuvre notre vision, soit de créer, par un leadership collectif, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Encore merci à tous et poursuivons notre collaboration active dans le nouveau CIUSSS!



M. Martin Beaumont
Président-directeur général
CIUSSS MCQ

Message du président du CA et du directeur général

Au nom des membres du conseil d'administration, nous sommes fiers de présenter le bilan des réalisations de l'établissement pour l'année 2014-2015. Cette année, tout à fait particulière, a permis de poursuivre la consolidation de l'offre de service mais également de souligner les 10 ans du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable.

Célébrer notre 10^e anniversaire nous ramène au thème choisi pour le premier rapport annuel de l'établissement (2004-2005) : *Cap sur la réussite*. Ce leitmotiv nous a guidés au fil du temps. La réussite signifie pour nous : qualité, accessibilité, et sécurité des services. Nous avons constamment cherché à nous dépasser pour répondre le mieux possible aux différents besoins exprimés par notre population, à tendre vers l'excellence dans tous les domaines cliniques et administratifs, ainsi qu'à être un employeur de choix.

D'ailleurs, en 2010, le Vérificateur général du Québec accordait au CSSSAE la note de 85 % pour sa performance globale. À cela s'ajoute la réponse positive reçue en 2007 par le Conseil québécois d'agrément à l'effet que notre établissement répondait positivement aux exigences fixées et démontrait sa capacité à améliorer encore ses modes de fonctionnement.

De plus, les deux démarches suivantes d'agrément (89,4 % et 94,4 %) nous ont toujours confirmés dans nos orientations. Les résultats obtenus au fil des ans le prouvent par ces démarches rigoureuses. De même, nous avons réalisé deux planifications stratégiques basées sur les besoins de la population, la richesse des partenariats locaux et régionaux ainsi que la recherche de l'équilibre entre les ressources financières disponibles et les soins et services à offrir. Notre équipe n'a pas cessé de se développer, de se perfectionner, de tendre vers des pratiques prometteuses et efficaces. Tout au long de ces années, nous avons choisi de contribuer à l'amélioration des soins et services, un défi collectif auquel nous sommes fiers de participer.

Zoom sur l'année 2014-2015

De manière contemporaine et malgré des bouleversements importants, nous constatons qu'effectivement, *Ensemble, nous avons fait du chemin*. Cette année était la dernière de la planification stratégique 2010 – 2015 - *Le défi de protéger l'équilibre*. Nous avons ainsi consolidé la clinique de soins intégrés de maladies chroniques, ainsi qu'adopté et déployé le Plan de développement des services aux personnes âgées 2013-2016, en vue d'ajuster notre offre de service et assurer une équité de services sur l'ensemble du territoire. Aussi, un nouveau service visant l'amélioration de l'accès à l'évaluation des difficultés motrices chez les jeunes a été implanté et les travaux de déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) se sont poursuivis montrant graduellement un changement de culture chez le personnel et les usagers en vue du maintien de l'autonomie des usagers hospitalisés.

Au plan du capital humain, l'établissement a reçu la certification Entreprise en santé, attribuée par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ). Il devient ainsi le premier CSSS de la région Mauricie et Centre-du-Québec à obtenir cette certification. Cette reconnaissance témoigne de l'engagement de l'établissement envers la santé et le mieux-être de son personnel. Cette certification est importante pour nous qui avons fait le double pari que le développement de saines habitudes de vie pour un mode de vie sain est un facteur déterminant pour la santé et que l'amélioration des conditions de travail n'est pas un obstacle à la qualité des services. Il était donc important, à titre d'employeur, d'agir sur la qualité de vie au travail de nos employés pour offrir de meilleurs services à la population.

Sur le plan des infrastructures, beaucoup de projets ont été réalisés. En premier lieu, l'établissement s'est porté acquéreur de la Résidence des Hospitalières d'Arthabaska. Grâce à cette acquisition, nous avons l'occasion de repenser nos espaces pour améliorer l'organisation et l'efficacité de nos services. Ce geste permet aussi de consolider notre emprise sur le site en permettant l'expansion des services pour les prochaines années.

Nous avons aussi inauguré le nouveau centre de production alimentaire desservant les résidents des centres d'hébergement de soins longue durée et des clients de la région. C'est un projet novateur qui s'inscrit dans un esprit d'optimisation visant la recherche d'amélioration continue de la qualité des services, mais aussi l'offre de service d'alimentation au meilleur coût possible. Enfin, la construction de la clinique oncologique et de la clinique pédiatrique a débuté en septembre 2014. Ce rêve que nous avons porté a été rendu possible avec le support de l'Agence de la santé et des services sociaux et la Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska qui a contribué à la hauteur de 1,4 M\$.

Reconnaissance et fierté

Les succès des dernières années passent par l'engagement précieux du personnel, des gestionnaires, des médecins et de nos partenaires. La qualité des soins et des services et le bien-être des usagers sont au cœur de leurs préoccupations. Il importe aussi de saluer l'implication des bénévoles auprès des usagers dont chaque geste et chaque sourire font la différence. Enfin, nous souhaitons souligner l'implication généreuse et assidue des membres du conseil d'administration qui, année après année, ont appuyé l'équipe de gestion, ont fait preuve de courage, même lors de décisions difficiles à prendre, et ce, dans le but d'assurer une saine gouvernance du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable.

Également, nous voulons souligner la générosité de nos fondations et de leurs partenaires philanthropiques. Nos quatre fondations, qui couvrent des volets spécifiques de notre mission, ont été fidèles au rendez-vous et nous ont supportés par l'achat d'équipements ou la réalisation de projets d'envergure. Les sommes recueillies au fil des ans représentent une forme de reconnaissance inestimable de la communauté et une contribution à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité, de la qualité et de la sécurité des services.

Pour toutes ces années, nous souhaitons dire merci à chacun. Nous vous souhaitons une belle poursuite à travers la grande aventure du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec qui s'amorce.



M. Marcel Dubois
Président du
conseil d'administration



M. Claude Charland
Directeur général

Note : En février 2015, le ministère a adopté la « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales ». Ainsi, au 1^{er} avril 2015, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) était créé à partir de la fusion des 12 établissements publics de santé et de services sociaux de cette région sociosanitaire, dont le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable.

Mission, vision et valeurs

MISSION

Le CSSSAE est un centre affilié universitaire qui a pour mission de maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population des MRC d'Arthabaska et de l'Érable. Cette mission comprend :

- des soins et des services de santé et des services sociaux en termes de prévention, de promotion, de protection, de surveillance, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soins de longue durée et de fin de vie;
- des soins et des services de qualité, sécuritaires, accessibles et continus, en collaboration avec les établissements et organismes partenaires;
- l'implication des intervenants du milieu à la formation professionnelle, collégiale et universitaire pour la préparation d'une relève compétente;
- la collaboration du milieu à la recherche et à l'évaluation des nouvelles technologies et des modes d'interventions en santé;
- la mobilisation et la coordination des partenaires du réseau local de services de santé et de services sociaux en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population du territoire des MRC d'Arthabaska et de l'Érable.

VISION

La vision véhicule comment nous souhaitons être perçus par nos clientèles, nos partenaires et notre personnel. Le CSSSAE entend se démarquer sous les aspects suivants :

- le professionnalisme et l'humanisme dans les soins et services;
- une bonne intégration des soins et services entre les missions et programmes du CSSSAE, en lien avec les partenaires, se traduisant par la fluidité et la continuité des services pour l'utilisateur;
- un milieu de travail sain et stimulant où les gens ont le sentiment d'être respectés, reconnus et d'utiliser leurs compétences et leurs talents;
- une organisation apprenante qui encourage le partage d'expertises, le développement des compétences et applique des pratiques exemplaires;
- des infrastructures physiques modernisées, adaptées aux besoins des clientèles et des professionnels;
- une organisation apprenante et axée sur l'amélioration continue, qui fait des avancées constantes en matière d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité.

L'actualisation de cette vision repose sur :

- une recherche continue d'équilibre entre les ressources disponibles, les besoins de la population et un climat de travail serein.

PRINCIPES DIRECTEURS

Le bon service, au bon endroit, au bon moment, par la bonne personne

Ce principe suppose que :

- l'utilisateur est au centre de nos préoccupations;
- les portes d'entrée et les trajectoires de services sont bien connues et fonctionnent bien, tant à l'interne qu'à l'externe;
- l'organisation du travail favorise l'utilisation optimale des compétences de notre personnel et de nos médecins;
- des corridors de services sont organisés vers d'autres établissements, organismes ou partenaires lorsque les services ne sont pas offerts par le CSSSAE.

Les meilleures pratiques

Ce principe suppose :

- l'application de pratiques éprouvées et l'ouverture à l'innovation, dans une philosophie d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité;
- la rigueur, ce qui implique de mesurer les résultats dans l'optique de témoigner de la portée des orientations prises.

Le principe vaut au sein des équipes comme en matière de gouvernance et de gestion.

VALEURS

L'acronyme « CROIRE » a été retenu pour symboliser les valeurs de l'organisation. Il peut être décliné sous différents aspects :

- croire à la valeur de ce que nous faisons;
- croire à notre capacité de relever des défis importants;
- croire aux forces et aux compétences de l'utilisateur, du personnel, des médecins et des partenaires.

C	La cohérence donne un sens à l'action. Cela implique : • La cohérence des orientations de l'établissement en lien avec les orientations ministérielles et régionales; • La cohérence avec la vision et les valeurs de l'organisation.
R	Le respect engendre le respect. Cela implique : • Le respect réciproque dans les relations entre un usager, un proche et un intervenant. • Le respect réciproque dans les relations entre collègues, supérieurs et partenaires (reconnaître les contributions, valoriser, encourager, s'entraider).
O	L' ouverture est un moyen d'améliorer les services. Cela implique : • L'ouverture à l'interdisciplinarité, à la collaboration et au partenariat. • L'ouverture à la communication pour créer un climat de confiance. • L'ouverture à l'amélioration continue, au changement et aux nouvelles pratiques. • L'ouverture à la critique constructive.
I	L' intégrité attire la confiance. L'intégrité implique l'honnêteté dans nos rapports avec : l'utilisateur, la communauté, le personnel, les collègues et partenaires.
R	La responsabilité est un rapport envers soi-même et les autres. Cela concerne : • La responsabilité de l'utilisateur envers sa santé, son plan de traitement ou d'intervention, ses habitudes de vie. • La responsabilité du personnel de maintenir ses compétences, de s'informer et de participer à l'atteinte des objectifs du CSSSAE. • La responsabilité du CSSSAE de mettre en place les conditions favorisant l'atteinte des objectifs organisationnels.
E	L' engagement est un moteur de l'action. Notre engagement est de contribuer à améliorer la santé et le bien-être de la population. Cela suppose : • L'engagement et la mobilisation de tous à la réussite du projet d'organisation. • L'engagement des intervenants et des partenaires d'être solidairement responsables envers la clientèle pour favoriser la continuité des services. • L'engagement du personnel à reconnaître les forces et les compétences de l'utilisateur. • L'engagement du CSSSAE à reconnaître la contribution du personnel et des partenaires à la réussite du projet d'organisation.

Ressources humaines et installations

Le CSSSAE c'est...

Missions

- Centre hospitalier
- Centre local de services communautaires
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée

Enseignement

- Centre affilié à l'Université de Sherbrooke

Ressources humaines

- 2361 employés
- 240 membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- 287 bénévoles (excluant ceux des fondations)

En réseau avec 125 partenaires des milieux communautaire, scolaire et municipal.

Territoire

94 184 personnes
34 municipalités

MRC d'Arthabaska

75 % de la population
71 560 personnes
23 municipalités

MRC de l'Érable

25 % de la population
23 624 personnes
11 municipalités

INSTALLATIONS DU CSSSAE

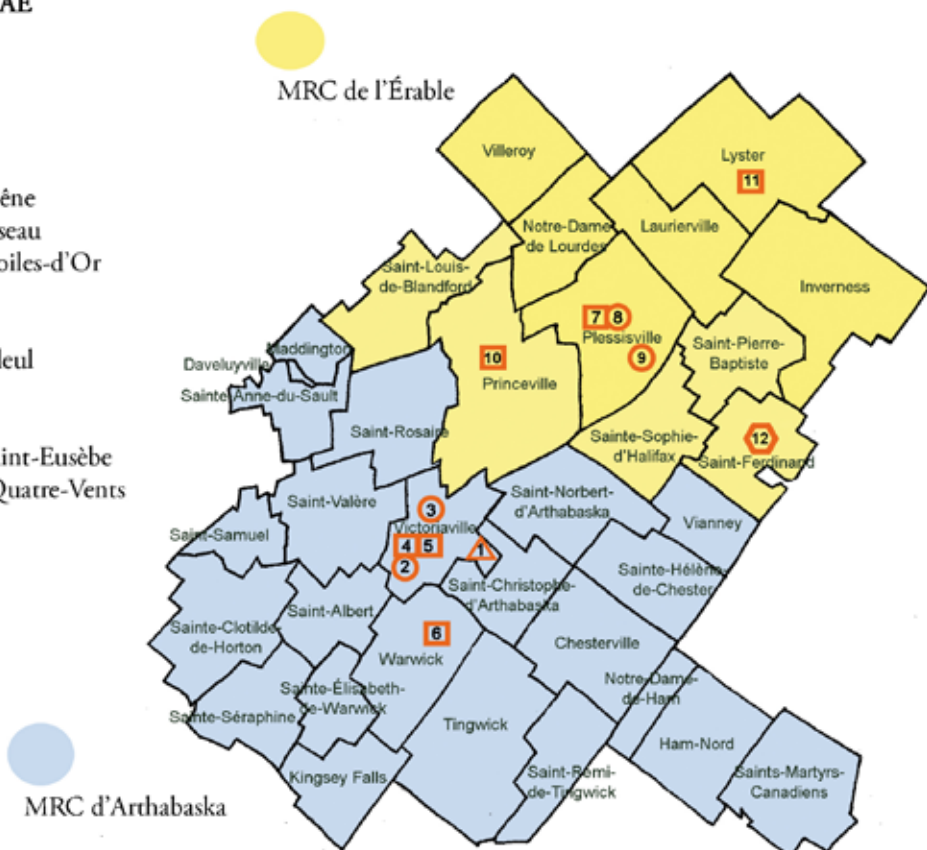
MRC d'Arthabaska

1. Hôtel-Dieu d'Arthabaska
2. CLSC Suzor-Coté
3. CLSC des Bois-Francis
4. Centre d'hébergement du Chêne
5. Centre d'hébergement du Roseau
6. Centre d'hébergement des Étoiles-d'Or

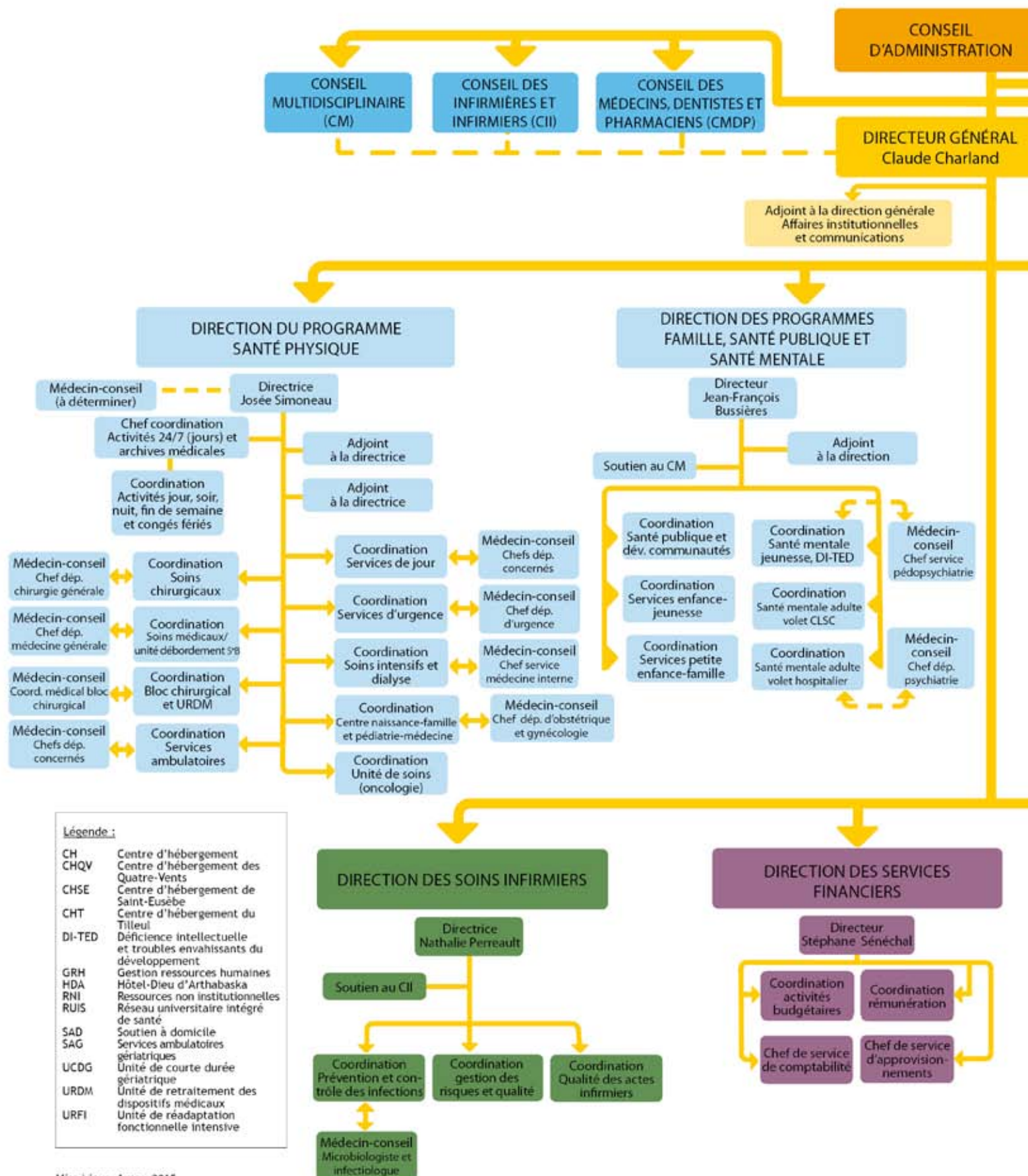
MRC de l'Érable

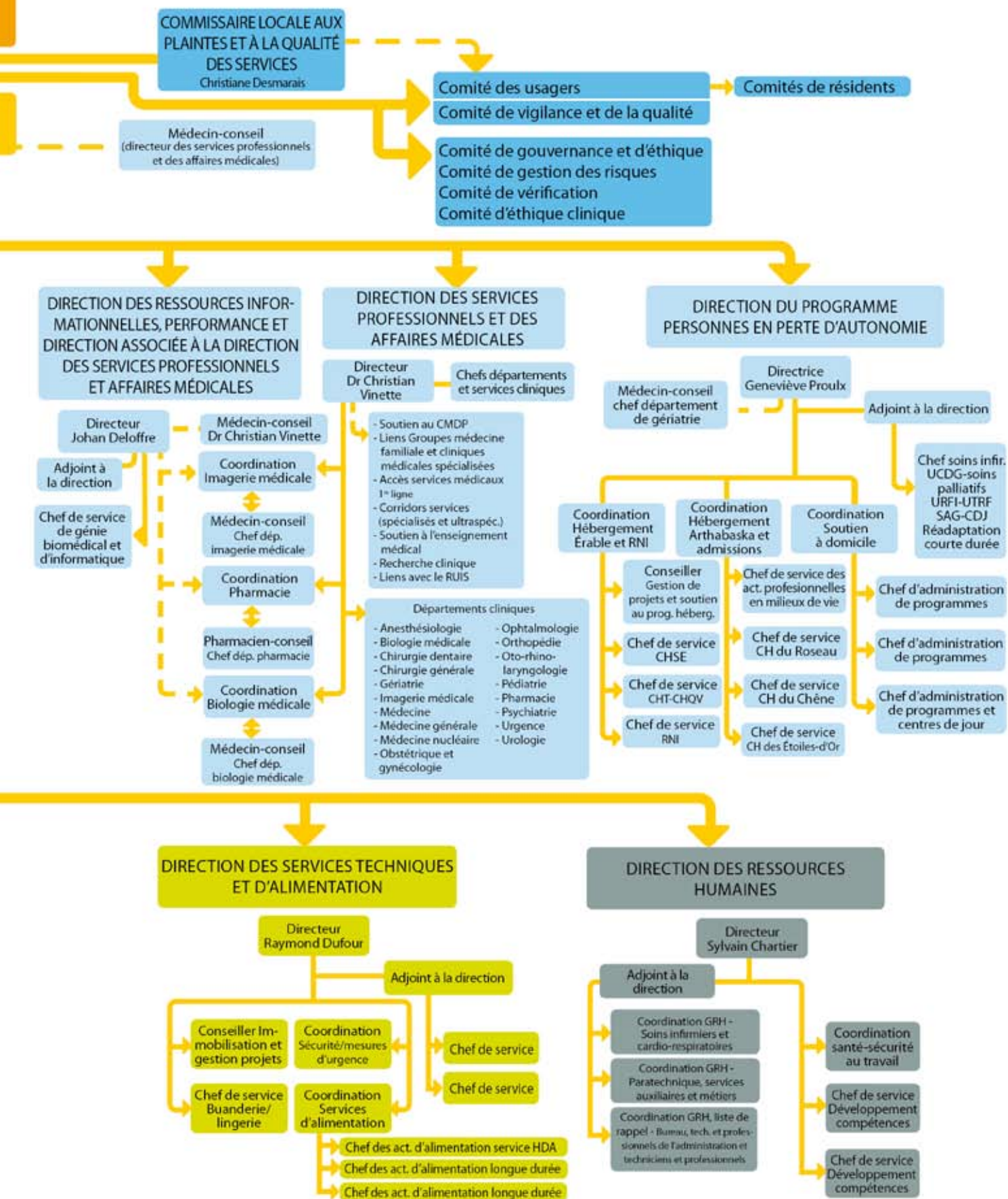
7. Centre d'hébergement du Tilleul
8. CLSC de l'Érable
9. CLSC de la Samare
10. Centre d'hébergement de Saint-Eusèbe
11. Centre d'hébergement des Quatre-Vents
12. Complexe Saint-Ferdinand

- △ Hôpital
- CLSC
- Centre d'hébergement
- ⬡ Complexe



Plan d'organisation





Population et données de santé

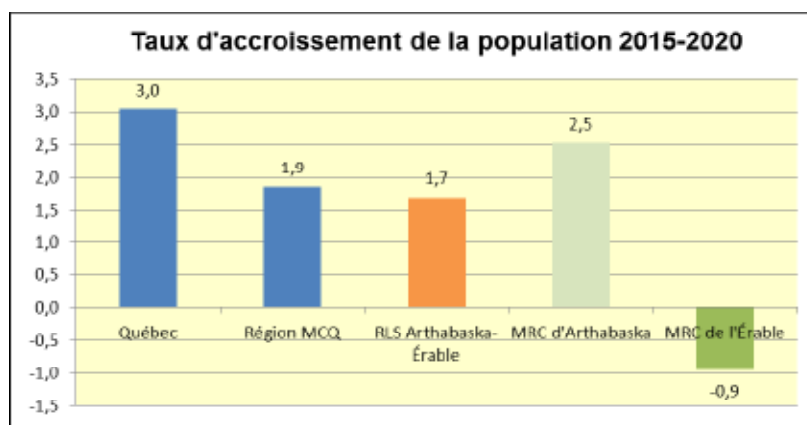
POPULATION

Taux d'accroissement de la population

Entre 2015 et 2020 :

L'accroissement de la population du Réseau local de services (RLS) sur 5 ans est légèrement inférieur à celui de la région Mauricie et du Centre-du-Québec et nettement moins élevé que la projection de croissance pour le Québec.

La MRC d'Arthabaska va voir sa population augmenter alors que la MRC de l'Érable va connaître un décroissement de population.



Taux d'accroissement des grands groupes d'âge par territoire de desserte

Entre 2015 et 2020 :

Globalement, la proportion des jeunes sur le territoire va décroître légèrement dans les 5 prochaines années passant de 19 658 en 2015, à 19 579 en 2020, pour représenter alors 21 % de la population totale. La population de 65 ans et plus va augmenter, passant de 18 806 en 2015 à 22 446 en 2020. Sa proportion passera de 20,1 % à 23,6 %.

Les tendances observées continueront de s'accroître d'ici 2031 avec une projection de population des 19 ans est moins qui comptera pour 19,7 % de la population totale alors que 30,6 % de la population sera âgée de 65 ans et plus.

Évolution de la population – Réseau local d'Arthabaska-et-de-l'Érable									
Groupes d'âge	2010	2015	Variation 2010-2015	Proportion dans la population (%)					
				2010			2015		
				RLS	Région MCQ	Qc	RLS	Région MCQ	Qc
0 – 17 ans	18 118	17 509	- 3,4 %	19,8	18,1	19,3	18,7	17,3	18,7
18 – 44 ans	29 875	29 442	- 1,4 %	32,6	31,9	35,8	31,5	31,0	35,0
45 – 64 ans	28 037	27 747	- 1,0 %	30,6	31,8	29,5	29,7	30,5	28,7
65 ans et +	15 650	18 806	20,2 %	17,0	18,2	15,4	20,1	21,1	17,6
Total	91 680	93 504	2,0 %						

Groupes d'âge	2010	2015	Variation 2010-2015	Proportion dans la population (%)					
				2010			2015		
				RLS	Région MCQ	Qc	RLS	Région MCQ	Qc
65 – 74 ans	8663	10 840	25,1 %	9,4	9,8	8,4	11,6	12,0	10,1
75 – 84 ans	5025	5547	10,4 %	5,5	6,0	5,1	5,9	6,2	5,2
85 ans et +	1962	2419	23,3 %	2,1	2,4	1,9	2,6	2,9	2,3
Total 65 ans et +	15 650	18 806	20,2 %	17,1	18,2	15,4	20,1	21,1	17,6

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031, édition 2010.

PRINCIPALES DONNÉES DE SANTÉ

Les données suivantes sont tirées du portrait de santé du Réseau local de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable (RLS) publié en janvier 2014 par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Conditions sociales-économiques

Parmi les adultes de 25-64 ans de notre territoire, 20,5 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et seulement 11,7 % détiennent au moins un baccalauréat (23,3 % au Québec). Toutefois, le RLS se démarque favorablement du Québec au chapitre du taux d'emploi (61,5% contre 59,9%) ou du taux de chômage (5,9% contre 7,2%).

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance de notre population, sexes réunis (80,7 ans), se compare à celle du Québec. Toutefois, le RLS présente une surmortalité chez les 5-14 ans, les 15-24 ans et les 25-44 ans comparativement au Québec¹. De son côté, l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 67,9 ans (66,9 chez les hommes et 68,9 ans chez les femmes soit davantage que pour les Québécoises).

¹ Principaux indicateurs du portrait de santé du RLS d'Arthabaska-de-l'Érable, Direction de santé publique, janvier 2014

Habitudes de vie et comportements

Au sein de la population, des catégories de personnes sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé importants. Ainsi, pour la population de notre territoire, 54 % de la population de 18 ans et plus présente un surpoids (22 % d'obèses contre 16 % au Québec). Chez les 20 ans et plus, près d'une personne sur quatre est hypertendue (24,8 %) et 8,7 % sont diabétiques. Du fait du vieillissement de sa population, le RLS compte proportionnellement plus de personnes présentant une hypertension diagnostiquée qu'au Québec. Rappelons que le diabète, l'hypertension et l'obésité sont des facteurs de risque du syndrome métabolique.²

Tabagisme

La proportion des personnes âgées de 12 ans et plus ayant déclaré fumer est supérieure à la proportion de déclarations de la province et du Canada.² Notons aussi que près de 91 % des jeunes du secondaire sont non-fumeurs.

Activité physique

Globalement, l'indicateur d'activité physique, représenté par le pourcentage de personnes de 12 ans et plus ayant déclaré être physiquement actives ou modérément actives durant leurs loisirs, demeure constant depuis une dizaine d'années. Il demeure néanmoins inférieur à celui de la province et pour l'ensemble du Canada, en 2013 respectivement 50,7 %, 51,8 % et 55,2 %.

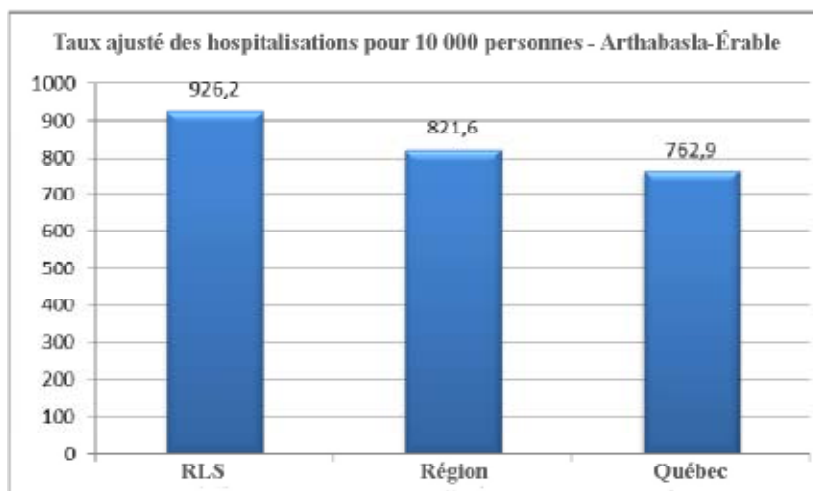
Consommation de fruits et de légumes

Sur le plan des autres habitudes de vie, nous constatons qu'un nombre insuffisant de jeunes consomment au moins leurs cinq portions quotidiennes de fruits et légumes (46 %). Les bonnes comme les mauvaises habitudes se prennent tôt et rappelons qu'elles sont aussi influencées par le milieu familial.

Les hospitalisations

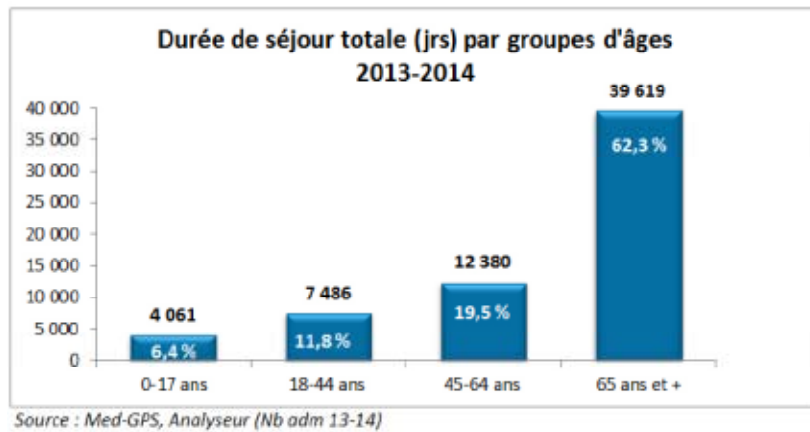
Les maladies de l'appareil circulatoire, celles de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil digestif, les lésions traumatiques et les tumeurs constituent les principales causes d'hospitalisation (si on exclut celles pour grossesses et accouchements).²

Les résidents du RLS présentent un taux ajusté d'hospitalisation de courte durée supérieur à celui du Québec (926 contre 762 pour 10 000). Ainsi, sans égard à sa structure par âge, la population de notre RLS est davantage hospitalisée que celle du Québec. Le vieillissement plus marqué du territoire vient accroître cette tendance. L'écart avec le Québec se voit pour la majorité des principales causes d'hospitalisation, sauf pour les tumeurs.



² ICIS (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, OCDE), 2013.

La proportion d'hospitalisation augmente avec les groupes d'âge de même que la durée moyenne de séjour.



Le défi que posent les maladies chroniques s'accroît avec le vieillissement de la population, car leur prévalence augmente avec l'âge. Ces maladies sont parfois évitables et leur survenue peut être retardée, notamment par l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Selon l'Organisation mondiale de la santé, il serait possible de prévenir le tiers des cancers par l'adoption de saines habitudes de vie. De plus, la détection précoce et les traitements pourraient permettre d'en prévenir un autre tiers. Ces données de santé sont à l'origine de la Planification stratégique 2010-2015 de l'établissement.

Liste des services offerts

Les services en CLSC

FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES MAMANS

- Rencontres prénatales pour les futurs parents.
- Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE), à partir de la 12^e semaine de grossesse et jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans.
- Programme de soutien OLO (Œuf-Lait-Orange) pour les femmes enceintes et allaitantes à faible revenu.
- Services sages-femmes au CLSC Suzor-Coté par les sages-femmes de la Maison de naissance de la Rivière (Nicolet).
- Services infirmiers postnataux pour la mère, le père et le nouveau-né.
- Services en nutrition pour les grossesses à risque.

ENFANTS DE 0 À 5 ANS ET LEUR FAMILLE

- Ateliers de stimulation précoce pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité.
- Dépistage et intervention pour les enfants présentant des problématiques développementales et comportementales.
- Services en orthophonie.
- Services psychosociaux.
- Services en nutrition.
- Vaccination.

JEUNES DE 5 À 17 ANS ET LEUR FAMILLE

- Services professionnels en milieu scolaire (infirmière, intervenant social, hygiéniste dentaire).
- Interventions préventives et éducatives en santé physique, psychosociale et sexuelle.
- Clinique santé-sexualité : infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), contraception, grossesse.
- Services psychosociaux pour les jeunes présentant des problèmes de développement, de comportement ou aux prises avec des difficultés d'adaptation sociale. Services offerts au jeune et à sa famille.
- Vaccination.

ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

- Soutien d'initiatives locales autour d'enjeux déterminants pour la santé et le bien-être de la communauté. L'organisation communautaire contribue à l'empowerment collectif des milieux où elle intervient.

PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE

- Centre d'abandon du tabac.
- Programme Alcochoix +.
- Programme 0-5-30 en milieu de travail.
- Campagne sociétales en activités physiques et alimentation.
- Viactive.
- Services d'experts - conseils en activité physique, alimentation et tabagisme auprès des professionnels du CSSSAE, des municipalités, du milieu scolaire et des partenaires du réseau local de santé et services sociaux.

PRÉVENTION DES CHUTES

- Programmes PIED (programme intégré d'équilibre dynamique).
- Programme DEBOUT (programme de prévention de l'aménagement du domicile par les pairs)

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

- Service-conseil en pratiques cliniques préventives (soutien à une démarche d'intégration de la prévention) auprès des professionnels du CSSSAE ainsi que des médecins, dentistes et pharmaciens de première ligne.

Les services en CLSC

SANTÉ PHYSIQUE

CLSC DE L'ÉRABLE

- Accueil, évaluation et orientation (de 8 h à 16 h du lundi au vendredi).
- Clinique de prélèvements divers.
- Clinique médicale sans rendez-vous et services de santé courants (de 8 h à 17 h du lundi au jeudi et de 8 h à 16 h le vendredi).
- Nutrition clinique.
- Physiothérapie.
- Radiologie générale.
- Services de soins ambulatoires (soins infirmiers) : pansements, retraits de points, injections, traitements médicamenteux, etc., sur rendez-vous et référence médicale.

CLSC SUZOR-COTÉ ET CLSC DE L'ÉRABLE

- Centre d'enseignement sur l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), tests de spirométrie.
- Info-Santé, disponible 24 heures, 7 jours. Numéro à composer : 811.
- Évaluation santé et psychosocial pour l'ensemble des nouveaux réfugiés.

SANTÉ PUBLIQUE

- Clinique santé-sexualité : infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), contraception, interruption volontaire de grossesse, etc.
- Clinique de vaccination et de santé des voyageurs.

SERVICES PSYCHOSOCIAUX

- Accueil, évaluation et orientation pour des personnes (adultes, enfants et adolescents) aux prises avec des problèmes psychosociaux.
- Services de consultation psychosociale.
- Services ambulatoires en santé mentale.
- Services de soutien d'intensité variable dans la communauté pour les personnes ayant des troubles sévères de santé mentale en collaboration avec le département de psychiatrie de l'hôpital et les ressources communautaires en santé mentale.
- Service d'intervention de crise (Info-social) disponible 24 heures, 7 jours. Numéro à composer : 811.

SOUTIEN À DOMICILE

- Service de prêt d'équipement.
- Service d'aide à l'hygiène.
- Services professionnels : évaluation et suivi psychosocial, soins infirmiers, soins médicaux, inhalothérapie, ergothérapie, physiothérapie, nutrition, psychologie (soins palliatifs).
- Répit-dépannage-gardiennage : soutien financier pour les familles ou les proches présentant une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou une déficience physique.
- Soins palliatifs : à domicile et à la Maison Marie-Pagé.

RETARD DE DÉVELOPPEMENT, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (0-100 ANS)

- Intervention individuelle : évaluation, stimulation, éducation.
- Intervention auprès des familles.
- Accompagnement et soutien dans le milieu.

Les services à l'hôpital

DÉPARTEMENTS ET SERVICES CLINIQUES

Anesthésiologie

Chirurgie

Chirurgie dentaire
Chirurgie générale
Obstétrique et gynécologie
Ophtalmologie
Orthopédie
Oto-rhino-laryngologie
Urologie

Imagerie médicale

Échographie
Médecine nucléaire
Radiologie générale
Résonance magnétique
Tomodensitométrie

Laboratoires

Biochimie
Hématologie
Microbiologie
Pathologie-cytologie

Médecine

Dermatologie
Gériatrie
Hémo-oncologie
Médecine interne

Médecine générale et soins palliatifs

Pédiatrie

Pharmacie

Psychiatrie et pédopsychiatrie

Psychiatrie adulte
Pédopsychiatrie

HOSPITALISATION de courte durée (médecine, gériatrie active, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, psychiatrie, soins intensifs, soins palliatifs)

URGENCE, 24 heures, 7 jours

SERVICES AMBULATOIRES

Audiologie
Centre de prélèvements
Chirurgie d'un jour et pré-admission
Clinique de prévention et de gestion intégrée des maladies chroniques
Consultations externes
- Chirurgie générale
- Dermatologie
- Médecine interne
- Obstétrique et gynécologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- Orthopédie (incluant une clinique interdisciplinaire musculo-squelettique)
- Oto-rhino-laryngologie
- Urologie
Électrophysiologie médicale (ECG, EEG, ENG, Holter, Potentiel évoqué auditif du tronc cérébral, vérification de pacemaker)
Endoscopie
Ergothérapie
Hémodialyse
Inhalothérapie
Nutrition clinique
Orthophonie
Physiothérapie
Psychiatrie
- Centre de soins spécialisés
- Hôpital de jour
Psychologie
Services de jour - Accueil, évaluation, orientation
- Hôpital de jour / accueil clinique
- GACO (Guichet d'accès pour la clientèle orpheline)
- Médecine de jour
- Pédiatrie de jour
- Services de santé courants

Les services en centre d'hébergement

SERVICES AMBULATOIRES

- Centre de jour gériatrique
- Services ambulatoires gériatriques

SERVICES TEMPORAIRES

- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
- Unité transitoire de récupération fonctionnelle

SERVICES D'HÉBERGEMENT

- Ressources intermédiaires pour les personnes ayant une perte d'autonomie modérée
- Hébergement temporaire
- Convalescence
- Hébergement permanent, incluant des unités prothétiques pour la clientèle ayant des troubles cognitifs.

Au plan des services

Plan de développement des services aux personnes âgées 2013-2016

Le conseil d'administration a adopté le 29 avril 2014, le Plan de développement des services aux personnes âgées 2013-2016. Ce plan d'investissement de 5,2 M\$ permettra d'augmenter les services à domicile et d'ajouter 92 places en mission hébergement; soit 89 places en ressources intermédiaires et en ressources non institutionnelles (RI-RNI) et 3 places en réadaptation. Au cœur de ce vaste plan, nous croyons qu'il est possible de mieux desservir la population âgée, qui se retrouve de plus en plus nombreuse sur le territoire, et offrir les services selon les besoins. En ce sens, les 402 lits en CHSLD sont maintenus, mais la distribution est modifiée pour être en mesure de répondre aux besoins, au prorata de la population sur le territoire : 75 % dans la MRC d'Arthabaska et 25 % dans la MRC de l'Érable. En conséquence, les 27 lits du Centre d'hébergement du Sacré-Coeur situés à Saint-Ferdinand sont déplacés dans la MRC d'Arthabaska. Plus précisément, au Centre d'hébergement du Roseau (25 lits) et au Centre d'hébergement du Chêne (2 lits). Cet ajustement permettra aux gens hébergés d'être le plus près possible de leur lieu de résidence et des membres de leur famille.

Repérage systématique des personnes âgées de 75 ans et plus

Depuis juin 2014, les personnes âgées de 75 ans et plus se présentant à l'urgence bénéficient d'un repérage systématique via la grille de repérage PRISMA-7. Ce projet permet d'identifier précocement les personnes vulnérables qui risquent une perte d'autonomie afin d'agir en prévention et de les informer sur les continuums de soins et services. Neuf mois après l'implantation du repérage systématique, 315 personnes et leur famille ont accès à un intervenant social du soutien à domicile pour les supporter et les orienter vers les services requis.

La clinique de soins intégrés de maladies chroniques

L'objectif de la clinique de soins intégrés de maladies chroniques est de favoriser une meilleure prise en charge de la prévention et de la gestion intégrée des maladies chroniques. Dans cet esprit, l'équipe composée d'infirmières, de nutritionnistes et d'une kinésologue, accompagne les usagers aux prises avec une maladie chronique tant au plan de leur santé qu'au plan de leurs habitudes de vie. Les maladies chroniques prises en compte à la clinique sont : l'insuffisance cardiaque, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, insuffisance rénale et le syndrome métabolique.

Dans la dernière année, des efforts importants ont été consentis pour mettre sur pied la clinique de réadaptation pulmonaire et la jumeler à la clinique de réadaptation cardiaque. Cette façon de faire permet d'offrir à la population une offre de service élargie.

En 2014-2015, 5032 interventions ont été réalisées à la clinique de soins intégrés de maladies chroniques. Précisément, 1321 nouveaux usagers ont été reçus par l'équipe qui a effectué 2374 suivis individuels et 1337 usagers ont pu bénéficier de rencontres de groupe.

Une démarche Lean à l'urgence

Depuis sept ans, dans le cadre de son Palmarès des urgences, le journal *La Presse* positionne l'urgence de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska dans le peloton de tête de sa catégorie. Malgré ces résultats, l'établissement a choisi d'entreprendre une démarche Lean afin de poursuivre l'amélioration de ses pratiques, de permettre à la population d'avoir un accès plus rapide aux services d'urgence, tout en supportant le personnel dans la qualité de son environnement de travail ainsi que les conditions inhérentes.

Accompagnée par une firme externe, l'équipe de l'urgence a identifié et mis en place des éléments d'amélioration visant certains processus de travail, la collaboration au sein des équipes, le délai de séjour de la clientèle principalement dans les salles sommaires, etc.

Au fil du processus, différents changements ont été apportés, notamment la mise en place d'un code d'éthique et de règles de travail d'équipe, la standardisation de la pratique infirmière, l'amélioration de la qualité par la formation du personnel et du fonctionnement au triage en augmentant l'autonomie de l'infirmière et le réaménagement des lieux de travail. Un effort important est déployé afin d'assurer le suivi des actions et des changements apportés, dans un processus d'amélioration continu.

Améliorer l'accès à l'évaluation des difficultés motrices chez les jeunes

Un nouveau service s'est mis en place dans la dernière année afin de faciliter l'accès aux parents et aider les enfants et les jeunes qui éprouvent des difficultés motrices. Le Guichet d'accès sur le Retard global du développement, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (RGD-DI-TED) est la porte d'entrée vers les services pour les enfants et les jeunes de 3 à 17 ans présentant des difficultés motrices. Ce service d'évaluation des besoins est offert, suite à la référence d'un professionnel, selon des critères spécifiques. Essentiellement, l'évaluation se déroule en deux temps. Une première rencontre s'effectue avec un psychoéducateur qui évalue l'enfant afin de cibler les besoins. L'ergothérapeute observe ensuite le niveau d'autonomie dans les sphères occupationnelles et évalue les habiletés perceptuelles, sensorielles et motrices afin de comprendre ses difficultés. Cette nouvelle offre de service permet de mieux déceler les difficultés motrices de l'enfant pour ensuite l'orienter vers un service adapté à ses besoins.

Approche adaptée à la personne âgée

L'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier poursuit son implantation telle que planifiée pour notre organisation. Plusieurs actions sont mises en place afin de promouvoir cette nouvelle approche.

Parmi celles-ci, la formation s'est poursuivie pour les modules 4-5-6 à l'hiver 2015. Nous avons formé 100 % des intervenants ciblés (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et tous les professionnels qui interviennent auprès de la personne âgée hospitalisée). Des études de dossiers ainsi que d'autres mesures sont prises afin de valider la qualité de l'implantation. Du coaching est donné directement sur les unités de soins afin de faciliter et de renforcer l'intégration des meilleures pratiques, et ce, selon les opportunités d'amélioration issues des lacunes mesurées. La création d'un tableau de bord permet le suivi des indicateurs de qualité choisis par le comité local afin de valider l'évolution de l'implantation de l'AAPA.



Approche adaptée à la personne âgée (AAPA).

Offre de service pour la prévention et le suivi de la clientèle à risque de subir ou ayant subi un accident ischémique transitoire (AIT) ou un accident vasculaire cérébral (AVC).

Durant la dernière année, une équipe ministérielle est venue évaluer le continuum de soins et de services offerts à notre population. Cette équipe composée d'experts a communiqué des félicitations ainsi que des opportunités d'amélioration dans la poursuite de nos travaux. Un rapport du MSSS confirme notre désignation comme centre secondaire dans le cadre du continuum de services AVC-AIT. Le comité local neurovasculaire poursuit ses travaux pour la mise en place et la consolidation des orientations ministérielles 2013-2018 « Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral ».

Au plan de la qualité et de la sécurité

Démarche d'agrément

Le CSSSAE a été agréé par Agrément Canada en septembre 2013 avec un taux de conformité de 94,4 %. Les travaux de la dernière année ont permis de poursuivre l'implantation et le déploiement de normes et de processus de travail en vue de se conformer à la totalité des normes de qualité et de sécurité requises.



Quelques réalisations 2014-2015 :

- L'adoption par le conseil d'administration d'un cadre de référence en éthique est venue préciser l'énoncé de valeurs et les comportements attendus par les administrateurs, les gestionnaires, les médecins, le personnel, les stagiaires et les bénévoles.
- L'implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission et aux points de transition est terminée en soins de longue durée et le déploiement de tous les autres milieux se poursuit graduellement. Ce dossier demeure une priorité pour l'organisation.
- Les activités de prévention du suicide ont été consolidées par l'amélioration de la transmission de l'information entre le personnel impliqué auprès d'un usager à haut risque suicidaire à l'urgence ou en psychiatrie. Également, les mécanismes de suivis lors du congé temporaire ou définitif des usagers à haut risque suicidaire ont été revus pour assurer un encadrement sécuritaire à ces usagers.
- La gestion intégrée des risques a été amorcée dans les secteurs cliniques où chacun devait identifier les risques les plus importants pour les usagers. Des plans d'action pour améliorer la sécurité des usagers sont en cours de réalisation et d'actualisation. Cette recension permet à l'établissement d'obtenir un portrait global des risques les plus importants et de pouvoir intervenir sur chacun d'eux.
- Dans le souci de prévenir les chutes chez les usagers, le personnel des secteurs ambulatoires a reçu de la formation sur l'identification de la clientèle à risque de chute de même que sur les programmes offerts en prévention des chutes. Le personnel est ainsi mieux outillé pour détecter et accompagner la clientèle à risque.

Examen des plaintes et de la promotion des droits

Au cours de la dernière année, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a traité 117 dossiers de plaintes référant à 137 objets de plaintes. Des mesures correctives ont été appliquées dans 63 % des plaintes étudiées.

Nombre de plaintes

Années	Plaintes	Interventions	Assistance	Consultations
2012-2013	163	13	63	0
2013-2014	147	21	103	1
2014-2015	117	11	74	2

Délai de traitement

La Loi sur la santé et les services sociaux prévoit 45 jours de délai pour le traitement d'une plainte. En 2014-2015 au CSSSAE, 94 % des plaintes reçues ont obtenu une réponse dans le délai prévu.

	2013-2014				2014-2015			
Catégorie d'objets	Plaintes*	Interventions	Total	%	Plaintes*	Interventions	Total	%
Accessibilité	44	7	52	26,3%	30	4	34	22,5%
Aspect financier	31	3	34	17,2%	24	0	24	18,2%
Droits particuliers	6	2	8	4%	9	0	9	6,1%
Milieu et ressources	21	4	25	12,5%	22	2	24	15,9%
Relations interpersonnelles	27	4	31	15,7%	30	2	32	21,2%
Soins et services	40	8	48	24,3%	22	4	26	16,1%
Autres								

*Une plainte peut contenir plusieurs objets d'insatisfaction.

Le processus de plainte se veut un levier d'amélioration au sein de l'organisation et permet un regard critique sur nos processus de travail, nos façons de faire et notre façon d'être. En plus des mesures correctives spécifiques à un secteur, le commissaire local peut émettre des recommandations à la direction concernée par une plainte. Dans la dernière année, 18 recommandations ont été émises à l'une ou l'autre des directions de l'établissement et elles ont toutes été réalisées.

Témoignages de satisfaction

Au total, 111 remerciements (cartes, lettres, notes, etc.) témoignant de l'appréciation des soins et services rendus par le personnel et les médecins à la population ont été acheminés au bureau du commissaire local.

Activités de promotion

La campagne de sensibilisation « Le respect c'est contagieux, propageons le respect » s'est poursuivie pour une troisième année. Des outils d'information disposés à divers endroits de l'établissement ont contribué à rappeler l'importance du respect entre collègues, avec les usagers et résidents, mais aussi dans les relations de la clientèle envers le personnel et les médecins.

Également, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a tenu plusieurs activités de promotion sur les droits et les obligations des usagers. De l'information a été transmise sur le processus de plaintes, soit sous la forme de rencontres avec le comité des usagers et les comités des résidents, soit des rencontres avec des familles et des étudiants ainsi qu'une conférence publique tenue à Princeville.

Rapport annuel du Commissaire local aux plaintes

Le rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services sur la procédure d'examen des plaintes des usagers peut être obtenu auprès de la Direction générale.

Sondages clientèles

L'établissement a développé une culture de mesures qui s'exprime à travers le processus d'organisation de soins et de services et le suivi rigoureux de différents indicateurs de gestion. Les outils utilisés servent à mesurer l'efficacité et la performance du CSSSAE, mais également à mettre en place et à offrir des soins et des services de qualité, en plus d'être sécuritaires. La culture de la qualité et de la sécurité passe d'abord et avant tout par la satisfaction des besoins et des attentes des usagers et de leurs proches. Dans ce contexte, nous avons adopté au cours de l'année une procédure portant sur la réalisation de sondages de satisfaction de la clientèle afin d'outiller les directions et les secteurs d'activités.

Résultats du sondage réalisé auprès des résidents et de leur répondant

De façon spécifique, un sondage a été réalisé auprès des résidents des centres d'hébergement du territoire entre le 27 septembre et le 20 octobre 2014. L'objectif du sondage était de déterminer si les résidents et leurs proches étaient satisfaits des soins et des services reçus, de la qualité de l'environnement, de l'offre d'activités de loisirs, etc.

Les résultats obtenus par la compilation des résultats témoignent d'un taux global de satisfaction de 82,3 %. Les répondants ont salué l'emploi d'un vocabulaire simple et facile à comprendre pour les résidents, l'humeur et les attitudes du personnel amenant les résidents à se sentir respectés et un grand souci du respect de la confidentialité par le personnel. L'établissement cherche à améliorer de façon continue la qualité des soins et des services offerts dans ses milieux de vie. En réponse aux résultats du sondage, des plans d'action seront élaborés, en partenariat avec les présidents des comités de résidents, en vue d'améliorer l'information transmise aux résidents et à leur répondant concernant le comité des résidents, la fréquence du nettoyage des prothèses dentaires et des lunettes, ainsi que la variété des menus et les collations offertes en centre d'hébergement.

Mesures de contrôle des usagers

La loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que « La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. »

Un règlement vient encadrer l'application de toutes les mesures de contrôle au sein de l'établissement. Il est prévu que le personnel puisse procéder à l'utilisation d'une mesure de contrôle uniquement de façon exceptionnelle, suite à une analyse exhaustive des besoins de l'utilisateur et à une recherche insatisfaisante de solution alternative. Bien que l'utilisation des mesures de contrôle soit exceptionnelle, la surveillance constante au chevet représente un nouveau défi à relever. De la sensibilisation auprès des intervenants, le développement de mesures alternatives, une vigie quotidienne des mesures utilisées ainsi que l'utilisation des outils existants nous permet d'ajuster nos interventions au bénéfice des usagers.

Par ailleurs, des formations sont offertes à tous les nouveaux membres du personnel infirmier lors de l'embauche. Le personnel infirmier reçoit une formation sur le nouveau Règlement au moment de leur mise à jour RCR. Depuis le printemps 2014, nous avons commencé la formation des infirmières de la courte durée, alors que celles en CHSLD ont été formées préalablement.

Le choix de mesures alternatives porte, entre autres, sur la disponibilité d'équipements variés, adaptés et sécuritaires. Du travail est effectué afin de permettre aux secteurs de se doter d'équipements spécifiques propres à leur réalité et aux besoins des usagers. Quelques défis demeurent quant à la disponibilité financière liée aux achats de mesures alternatives et à l'élaboration d'un processus avec toutes les directions cliniques dans le but de recueillir les statistiques en courte durée.

Au plan du capital humain

Planification de la main-d'œuvre

La planification stratégique prévoit la mise à jour annuelle du plan de main-d'œuvre de l'organisation. Cet exercice permet de planifier les besoins d'embauche des trois prochaines années pour chacun des titres d'emploi.

Données sur l'âge :

Âge moyen : 41 ans en 2014-2015

Moins de 40 ans : 48 %

Entre 40 et 50 ans : 23 %

Plus de 50 ans : 30 %

Principaux constats :

- Le nombre d'effectifs de l'établissement continue de s'accroître depuis les cinq dernières années (2 258 vs 2 345).
- Le rajeunissement de la main-d'œuvre se poursuit, alors que 48 % de celle-ci est âgée de moins de 40 ans comparativement à 45 % l'an dernier, laissant présager une augmentation des congés parentaux.
- Nous avons réussi à engager du personnel avec des titres d'emploi qui étaient auparavant en grande difficulté, tels que les pharmaciens et physiothérapeutes.

Embauches prévues

Nous prévoyons embaucher plus de 200 personnes par année, pour les trois prochaines années. Les titres d'emploi les plus demandés sont les infirmières, les travailleurs sociaux, les préposés aux bénéficiaires et les nutritionnistes.

Embauches			
	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Personnel de soins infirmiers et cardio-respiratoires	81	67	78
Personnel paratechnique, de services auxiliaires et de métiers	126	101	97
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	23	43	29
Personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux	35	40	35
Total	265	251	239

Variation nette d'effectifs (Embauches moins départs)			
	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Personnel de soins infirmiers et cardio-respiratoires	5	6	9
Personnel paratechnique, de services auxiliaires et de métiers	29	12	22
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	-7	10	8
Personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux	1	12	3
Cadres	-1	0	2
Total des effectifs	25	40	44

Total des effectifs	
Groupe	Nombre d'individus
Personnel de soins infirmiers et cardio-respiratoires (Catégorie 1 - Syndicat CSN)	831
Personnel paratechnique, de services auxiliaires et de métiers (Catégorie 2 - Syndicat CSN)	756
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (Catégorie 3 - Syndicat canadien de la fonction publique - FTQ)	299
Personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (Catégorie 4 - Syndicat APTS)	381
Cadres	78
Pharmaciens	16
Total	2361

Implantation d'un système d'appréciation du rendement du personnel

Tel que le prévoit la planification stratégique de l'établissement et Agrément Canada, une politique sur l'appréciation partagée du personnel (DRH-025) a été adoptée par le comité de direction. Ce processus de gestion des ressources humaines vise à mesurer tous les aspects importants du travail, de fixer des objectifs, d'évaluer les progrès, d'influencer le maintien et le développement des compétences d'un employé. Ce processus se veut un accompagnement et une rétroaction du personnel. L'objectif fixé prévoyait que 50 % du personnel ait été rencontré au 31 mars 2015. Au terme de l'année 2014-2015, 48 % du personnel avait eu l'opportunité d'échanger avec son gestionnaire sur son travail et son développement.

Entreprise en santé

En mars 2015, le CSSSAE a été certifié « Entreprise en santé », le situant ainsi comme premier CSSS de la région Mauricie et Centre-du-Québec à obtenir cette certification. Attribuée par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ), cette reconnaissance témoigne de l'engagement de l'établissement envers la santé et le mieux-être de son personnel. Cette norme, reconnue par Agrément Canada, vise le maintien et l'amélioration durable de l'état de santé du personnel par :

- L'intégration de la valeur de la santé du personnel dans le processus de gestion.
- La création de conditions favorables à la responsabilisation du personnel en regard de sa santé.
- L'acquisition de saines habitudes de vie et le maintien d'un milieu de travail favorable à la santé.



La norme « Entreprise en santé » est une démarche volontaire qui porte sur la promotion, la prévention et les pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail. Dans cet esprit, un plan d'action a été élaboré et mis en place par le comité santé mieux-être à partir des commentaires du personnel.

Quelques retombées du plan d'action :

- Deux sondages ont été effectués (avril 2014 et janvier 2015). L'objectif était d'augmenter de 25 % la connaissance du personnel sur les programmes qui sont offerts en lien avec les saines habitudes de vie. L'objectif a été atteint lors du 2^e sondage avec 28 % d'augmentation.
- Des cours d'activités physiques destinés au personnel ont été organisés dans différentes installations. Les cours étaient complets, toutes les sessions (automne 2014, hiver 2015 et printemps 2015).
- Des conférences, des ateliers culinaires, une activité cardio-raquettes, des capsules santé sur la nutrition, les activités physiques, le tabagisme ou l'équilibre ont été offerts au personnel.
- L'organisation a mis en place dix ateliers de formation destinés aux gestionnaires dans leur rôle au quotidien. Résultats : 78 % des gestionnaires en poste ont participé à au moins un atelier et 100 % des nouveaux gestionnaires.

Au plan des infrastructures et des technologies

Acquisition de la Résidence Arthabaska

En juin 2014, le CSSSAE a conclu avec les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph d'Arthabaska le contrat d'achat de la Résidence Arthabaska et des terrains adjacents. Ce projet de 2,7 M\$ annexé à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska permettra de faciliter la réalisation de travaux dans l'hôpital et de revoir l'organisation de certains services dans une perspective de développement à moyen et long terme. Cette acquisition a été rendue possible grâce à la collaboration de tous les partenaires impliqués.

Lancement des travaux de réaménagement des cliniques oncologiques et pédiatriques

La construction de la clinique oncologique et de la clinique pédiatrique a débuté dès la deuxième semaine de septembre 2014 à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska. L'agrandissement du centre prévoit la création d'une clinique de consultations médicales de pédiatrie, une clinique oncologique mieux adaptée aux besoins grandissants de la population, l'aménagement renouvelé de nombreuses cliniques externes et le réaménagement complet du secteur de l'accueil des visiteurs. La fin des travaux et l'aménagement des locaux sont prévus à l'automne 2015.

Un investissement total de 4,9 millions \$ est requis pour la réalisation de ces travaux dont 1,4 M\$ provient de la campagne majeure « À votre santé » de la Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska et 3,5 M\$ de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Maurice et du Centre-du-Québec. Afin de mettre en lumière la contribution remarquable de donateurs majeurs, le CSSSAE a désigné le pavillon qui accueillera ces nouveaux espaces le Pavillon Jacques et Michel Auger.

Réorganisation des services d'alimentation

Le 2 février 2015 a eu lieu l'inauguration officielle du nouveau centre de production alimentaire au Centre d'hébergement du Roseau. Un projet qui permet de doubler la superficie des locaux et d'installer des équipements à la fine pointe de la technologie. Ce projet majeur nécessitant un investissement de 4,8 M\$ consiste à moderniser et à regrouper les activités de production et de distribution alimentaire pour le secteur d'hébergement du territoire. Les améliorations apportées au centre de production alimentaire du Centre d'hébergement du Roseau vont non seulement simplifier et accélérer la production de tous les repas des Centres d'hébergement du CSSSAE, mais aussi améliorer l'offre de service tout en poursuivant le développement de la qualité de ses repas. L'acquisition de ces technologies et de ces nouveaux équipements permettra des économies annuelles de 350 000 \$.



Mme Nancy Lemay, directrice du financement et des investissements (Agence), M. Raymond Dufour, directeur des services techniques et d'alimentation (CSSSAE), M. Claude Charland, directeur général (CSSSAE), Mme Hélène Blackburn, chargée de projet (CSSSAE) et Mme Louise Croteau, coordonnatrice des services d'alimentation par intérim (CSSSAE).

Au plan de l'optimisation et de l'innovation

Gestion des contrats d'approvisionnement

La révision des contrats d'approvisionnement en collaboration avec des experts cliniques sur le terrain porte fruit. Depuis l'instauration de cette pratique, il y a 7 ans, nous avons enregistré des économies de 2 153 692\$. La révision des contrats vise à mettre en place un suivi rigoureux de l'évaluation et de tendre vers une normalisation des produits afin d'assurer la qualité et l'utilisation sécuritaire de ceux-ci. L'établissement inscrit la gestion efficace des contrats d'approvisionnement parmi ses stratégies d'efficience. Les économies générées, l'harmonisation des articles achetés, la réduction des pertes sont des retombées de cette gestion efficace établie de concert avec les secteurs administratifs et cliniques.

Gestion et contrôle des effectifs

Contrats de services

L'adoption de la « Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'état » le 5 décembre 2014 oblige les établissements à déclarer les contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, en nombre et en valeur, en distinguant ceux conclus avec des personnes physiques.

Pour la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 mars 2015 :

	Nombre	Valeur
Contrat de services avec une personne physique ¹	0	0
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	8	654 881 \$
Total des contrats de services	8	654 881 \$

¹ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non

² Inclut les personnes morales de droit privée, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

Gestion et contrôle des effectifs

Le nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2015 respecte la cible qui est égale au nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2014.

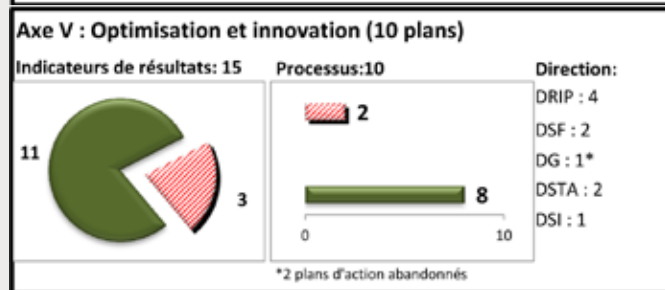
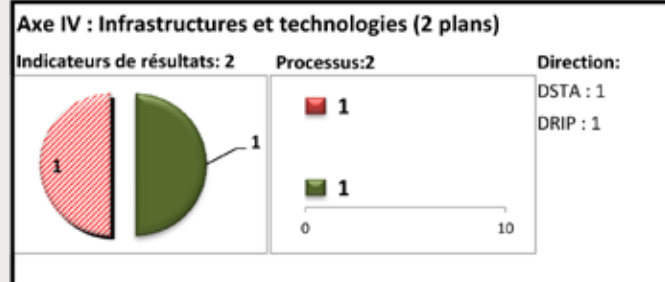
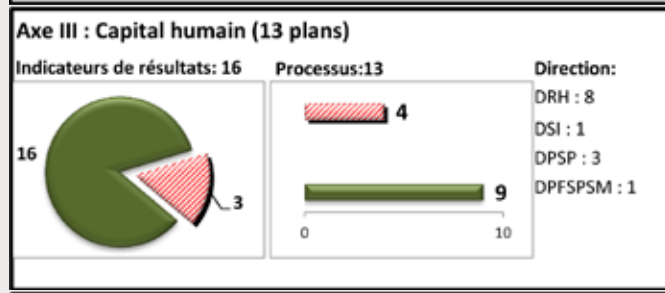
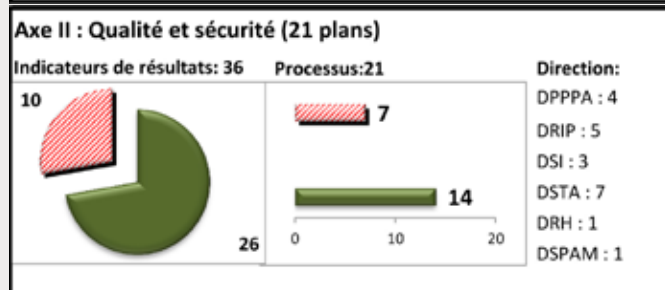
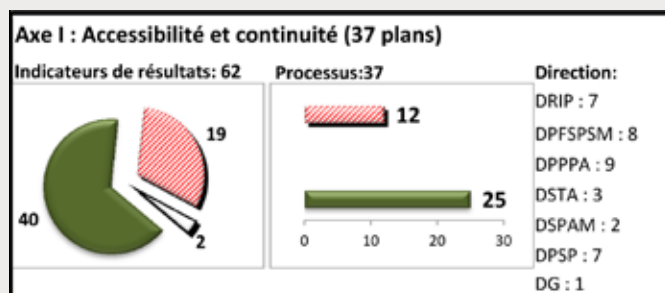
Buanderie-lingerie

En 2014-2015, l'établissement a atteint le niveau de performance prévu pour toutes les buanderies du réseau de la santé et des services sociaux avec un ratio de 50 kg de linge traité par heure travaillée comparativement à 47 kg l'an dernier et 30,7 kg en 2007.

Le processus régional de réorganisation et d'optimisation des services de buanderie débuté en 2011-2012 a amené l'implantation de la livraison de la literie-lingerie en vrac sur les unités de soins de toutes les installations de l'établissement et la modernisation de divers équipements. L'atteinte de cet objectif représente des économies de 700 000 \$ annuelles récurrentes pour le CSSSAE.

Tableau de bord - Planification stratégique 2010-2015

RÉSULTATS - 5 AXES



Légende	
	Objectif atteint ou en cours et échéancier en contrôle.
	Objectif non atteint et échéancier dépassé.
	Cible non déterminée



INDICATEURS MESURÉES

Plan d'action suivis : 83/85
Indicateurs de résultats : 132
Indicateurs de processus : 83
Plans abandonnés : 2

ACRONYMES

DG	Direction générale
DPFSPSM	Direction des programmes Famille, Santé publique et Santé mentale
DPPPA	Direction du programme Personnes en perte d'autonomie
DPSP	Direction du programme Santé physique
DRH	Direction des ressources humaines
DRIP	Direction des ressources informationnelles, performance et direction associée à la DSPAM
DSF	Direction des services financiers
DSI	Direction des soins infirmiers
DSPAM	Direction des services professionnels et affaires médicales
DSTA	Direction des services techniques et d'alimentation

La planification stratégique 2010-2015 est disponible au www.csssae.qc.ca sous l'onglet Publications.

Tableau de bord - Ententes de gestion

Programme		Résultats	Cible	Résultats	Atteinte de la cible	Appréciation
		2013-2014	2014-2015	2014-2015		
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES						
Ressources humaines						
Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées		6,55%	5,70%	6,02%	95%	↗
Ratio des heures travaillées en heures supplémentaires (infirmières)		5,04%	4,80%	5,49%	87%	⇒
Ratio des heures travaillées en heures supplémentaires (général)		2,86%	2,80%	3,01%	93%	↗
Ratio des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (infirmières)		0,30%	0,45%	0,26%	173%	↗ ↗
Ratio des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (infirmières auxiliaires)		0%	0%	0%	100%	↗ ↗
Ratio des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (préposés aux bénéficiaires)		0%	0%	0%	100%	↗ ↗
Pourcentage des membres du personnel ayant fait l'objet d'une appréciation de leur contribution		27,80%	50%	48%	96%	↗

Légende



Engagement atteint ou dépassé

Engagement atteint à 90 % et plus



Engagement atteint entre 80 et 90 %

Engagement atteint à 80 % ou moins

Programme	Résultats	Cible	Résultats	Atteinte de la cible	Appréciation
	2013-2014	2014-2015	2014-2015		
DIRECTION DES PROGRAMMES FAMILLE, SANTE PUBLIQUE ET SANTE MENTALE					
Santé mentale et dépendances					
Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services de soutien d'intensité variable (SIV)	113	149	130	87%	➡
Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale offerts en CSSS	306	282	296	105%	↗ ↗
Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale (mission CLSC)	609	650	744	114%	↗ ↗
Nombre moyen d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ou 3 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	335	200	53	377%	↗ ↗
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par le CSSSAE	48	60	86	143%	↗ ↗
Déficience physique					
Pourcentage des demandes de service traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience					
Urgent	100%	90%	100%	111%	↗ ↗
Élevé	100%	90%	100%	111%	↗ ↗
Modéré	100%	90%	93%	103%	↗ ↗

Légende

↗ ↗
↗

Engagement atteint ou dépassé

Engagement atteint à 90 % et plus

⇒
↘

Engagement atteint entre 80 et 90 %

Engagement atteint à 80 % ou moins

Programme	Résultats	Cible	Résultats	Atteinte de la cible	Appréciation
	2013-2014	2014-2015	2014-2015		
Déficience intellectuelle et TED					
Pourcentage des demandes de service traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience					
Urgent	100%	90%	100%	111%	↗ ↗
Élevé	83,3%	90%	100%	111%	↗ ↗
Modéré	100%	90%	93,9%	104%	↗ ↗
Santé publique					
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC, leur 1re dose de vaccin contre DCat-HB-VPI-Hib dans les délais	ND	90%	92%	102%	↗ ↗
Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	ND	90%	75%	83%	⇒
Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des clientèles vulnérables (SIDEPE)	ND	624	833	133%	↗ ↗
ITSS : Nombre de jeunes de 15 à 24 ans dépistés pour la chlamydia	ND	2198	n/a	n/a	
DIRECTION DU PROGRAMME PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE					
Perte d'autonomie liée au vieillissement					
Chute chez les personnes âgées vivant à domicile : nombre d'utilisateurs différents programme I.M.P.	182	158	220	139,2%	↗ ↗
Indicateur 1.03.05.01 : Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS mission CLSC)	142976	123245	187730	152,3%	↗ ↗
Nombre moyen d'utilisateurs en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée	1,5	3,0	1,9	157,9%	↗ ↗
Nombre moyen d'utilisateurs en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	4,5	3,0	3,5	85,7%	⇒

Légende

↗ ↗
↗

Engagement atteint ou dépassé
Engagement atteint à 90 % et plus

⇒
↘

Engagement atteint entre 80 et 90 %
Engagement atteint à 80 % ou moins

Programme	Résultats	Cible	Résultats	Atteinte de la cible	Appréciation
	2013-2014	2014-2015	2014-2015		
Nombre moyen d'usagers en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	2,3	3,0	3,5	85,7%	⇒
DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES ET D'ALIMENTATION					
Hygiène et salubrité					
Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	70%	100%	100%	100%	⇒ ⇒
DIRECTION DU PROGRAMME SANTE PHYSIQUE					
Urgence					
Séjour moyen sur civière	8,83	12	9,15	131,1%	⇒ ⇒
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	0,3%	0%	0,50%	0%	⇒
Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	8,04%	15%	8,34%	179,9%	⇒ ⇒
Chirurgie					
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie de la hanche (6 mois)	98,2%	90%	98,3%	109,2%	⇒ ⇒
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou (6 mois)	97,0%	90%	97,2%	108,0%	⇒ ⇒
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte (6 mois)	99,7%	90%	99,6%	110,7%	⇒ ⇒
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour (6 mois) (excluant cataractes)	92,0%	90%	94,3%	104,8%	⇒ ⇒
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie hospitalisée (6 mois) (excluant PTH, PTG et cataractes)	97,8%	90%	99,1%	110,1%	⇒ ⇒
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an	1	0	1	0%	⇒

Légende



Engagement atteint ou dépassé

Engagement atteint à 90 % et plus



Engagement atteint entre 80 et 90 %

Engagement atteint à 80 % ou moins

Programme	Résultats	Cible	Résultats	Atteinte de la cible	Appréciation
	2013-2014	2014-2015	2014-2015		
Plan régional de lutte contre le cancer					
Pourcentage d'usagers traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (calendrier)	79,4%	90%	84,1%	93,4%	↗
Pourcentage d'usagers traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 56 jours (calendrier)	95,0%	100%	98,0%	98,0%	↗
Continuum de services de cardiologie					
Pourcentage des usagers traités en moins de 30 minutes entre l'arrivée au triage de l'urgence et l'injection de l'agent fibrinolytique (<i>Door to needle</i>)	78%	80%	75%	93,8%	↗
Pourcentage des usagers traités en moins de 120 minutes (délai maximal) entre l'arrivée au triage de l'urgence et le premier gonflement du ballonnet (<i>Door to balloon</i>) temps de transport ambulancier est inclus dans ce délai	40%	80%	37%	46,3%	↘

Légende

↗	Engagement atteint ou dépassé	↗	Engagement atteint entre 80 et 90 %
↘	Engagement atteint à 90 % et plus	↘	Engagement atteint à 80 % ou moins

Tableau de bord - Autres engagements

Engagements	Indicateurs	Résultats P13 2014-2015
3.1.1 : Soutenir l'intégration de la prévention (incluant le repérage, la détection et le dépistage) dans les services cliniques de première ligne en priorisant, dans un premier temps, les problématiques suivantes et, dans un deuxième temps, d'autres besoins émergents : * Dépendances * Maladies chroniques * Négligence * Suicide * Vieillesse de la population, notamment les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile * Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	Indicateur : Pourcentage des actions de prévention prévues en dépendances mises en œuvre par le CSSS dans les services cliniques de première ligne (précision : actions du Cadre de référence relatif au repérage, à la détection, l'orientation et la référence en matière de dépendances en CSSS) Point de départ : S.O. <u>Engagement 2014-2015 :</u> * Implanter le repérage systématique des clientèles ayant des besoins particuliers : jeunes, jeunes en difficultés, femmes enceintes, parents de jeunes enfants autochtones, personnes ayant des problèmes de santé mentale. * Actualiser les actions de promotion - prévention de l'instance de concertation locale en dépendances.	Le repérage est implanté à l'AEO social, auprès de la clientèle SIPPE, des femmes enceintes, des jeunes, des jeunes en difficulté et des adultes. Les intervenants ont été habilités à l'utilisation des grilles DEBA appropriées. Les grilles DEBA et DEP-ADO sont utilisées pour les références vers les services en dépendances. Le tableau des actions en promotion-prévention, réalisées en concertation avec les partenaires de la Table de concertation sur les dépendances, a été transmis au responsable régional du dossier dépendances le 9 avril 2014.
3.2.6 B PA1 : Poursuivre la réalisation du plan d'action en santé mentale	Indicateur : Le CSSS a accès au soutien continu d'un psychiatre répondant dédié à son équipe de première ligne en santé mentale. Point de départ : N.D. <u>Engagement 2014-2015 :</u> Assurer le soutien continu d'un psychiatre répondant à l'équipe de première ligne en santé mentale.	Il est convenu que lors de la réception du PREM, la fonction de psychiatre répondant soit identifiée et transmise à l'agence.
3.2.6 B PA1 : Poursuivre la réalisation du plan d'action en santé mentale	Dépôt à la direction des services sociaux de l'Agence du bilan d'implantation du Plan d'action local.	Un plan d'action a été déposé aux instances régionales
Communautaire - Partenariat dans les programmes-services	<u>Engagement 2014-2015 :</u> * En vertu des articles 108 et 108.3 de la LSSSS, d'ici le 31 mars 2015, faire parvenir à la Direction des services sociaux de l'Agence une copie de toutes les ententes de services actives conclues avec les organismes communautaires de la région.	Une copie des ententes de collaboration actives conclues avec les organismes communautaires a été transmise au responsable régional le 16 mars 2015.
7.1.1 : Agir favorablement sur les déterminants de la qualité de vie au travail en s'inspirant du cadre de référence convenu régionalement	<u>Engagement 2014-2015 :</u> * L'établissement devra obtenir l'accréditation par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail de type Entreprise en santé d'ici le 31 mars 2015.	Visite BNQ confirmée pour le 10 et 11 février. La prévisite a été très concluante (juin 2014) avec 95% de conformité. Accréditation reçue le 26 février 2015

Engagements	Indicateurs	Résultats P13 2014-2015
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier Implantation des composantes suivantes : 2. Une gouvernance clinique , avec un % d'implantation de : 62,5 % 3. La formation et les activités de coaching, avec un % d'implantation de : 32,1 % 4. Algorithme de soins cliniques à la personne âgée, avec un % d'implantation de : 50 %	Gouvernance clinique : Infirmière dédiée et médecin impliqué dans l'équipe. Nous avons un programme de mobilisation, une ordonnance collective pour une demande de référence à l'équipe de réadaptation, une procédure pour soutenir la marche et un cadre de référence en physiothérapie. Il y a 3 feuillets d'enseignement pour soutenir l'AAPA à l'usager-proche. Activités de coaching : Il y a eu 2hrs de formation sur les modules 1-2 en 2012-2013 et 7hrs de formation pour les modules 3-4-5-6 en 2014-2015 pour près de 614 intervenants (547 ciblés par l'AAPA). La formation en ligne est maintenant offerte aux infirmières et aux nouvelles infirmières embauchées afin de maintenir la pérennité. Le coaching sur les unités et à l'urgence est débuté depuis février 2015 selon un calendrier de présence auprès des équipes (coaching + près du patient). Algorithme : Le PRISMA 7 est opérationnel à l'urgence. Un guide d'actualisation a été remis à tous les participants lors de la formation et il est disponible dans l'intranet. Il y a eu l'implantation d'une collecte de données AINÉES et d'un formulaire d'évaluation initiale par l'infirmière avec l'ajout de l'AINÉES. L'AINÉES est ajouté à la documentation N-J-S à l'urgence et aux unités.
Infections nosocomiales Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis :		
* Diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)	Point de départ : Le CSSS a atteint le seuil établi <u>Engagement 2014-2015</u> : * Au minimum, avoir atteint le seuil établi. Seuil 2014-2015 : < ou = à 6.6 (Taux d'incidence maximal par période administrative = 12.6)	Respect des seuils établis.
* Bactériémies à Staphylococcus aureus et Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	Point de départ : Le CSSS a atteint le seuil établi <u>Engagement 2014-2015</u> : * Au minimum, avoir atteint le seuil établi. Seuil 2014-2015 : Maintenir un taux sous les 90^{ième} percentile < ou égal à 0,56 Si le taux annuel est > 0,56 ou > que le 90^{ième} percentile = intervention spécialisée de santé publique.	Respect des seuils établis.
* Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	Point de départ : Le CSSS a atteint le seuil établi <u>Engagement 2013-2014</u> : * Au minimum, avoir atteint le seuil établi. Seuil 2013-2014 : Maintenir un taux sous les 90^{ième} percentile < ou égal à 4,00 Si le taux annuel est > 4,00 ou > que le 90^{ième} percentile = intervention spécialisée de santé publique.	Respect des seuils établis.

Portrait des statistiques de l'organisation

Centre hospitalier

Hôtel-Dieu d'Arthabaska	2013-2014	2014-2015
Durée moyenne de séjour des usagers hospitalisés	6,3	6,0
Admissions*	10 119	10 102
Jours-présence	63 959	63 729
Taux d'occupation (sur 365 jours, 203 lits dressés)	86,32 %	86,01 %

* Excluant la chirurgie d'un jour.

Ressources d'hébergement

Milieux de vie	Admissions		Jours-présence		Durée moyenne de séjour au 31 mars		Taux d'occupation moyen % *		Moyenne d'âge au 31 mars	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Hébergement permanent										
Centre d'hébergement de Saint-Eusèbe	6	12	9 596	9 261	1 269	1 060	98	97,59	84	84
Centre d'hébergement des Étoiles-d'Or	42	33	22 161	21 973	843	935	106,52	105,61	83	84
Centre d'hébergement des Quatre-Vents	7	22	10 077	9 355	1 819	1 262	99,15	98,58	89	87
Centre d'hébergement du Chêne	26	40	44 451	44 594	1 333	1 142	99,8	100,14	82	81
Centre d'hébergement du Roseau**	30	37	38 775	38 821	1 198	1 138	90,8	91,03	83	81
Centre d'hébergement du Sacré-Cœur	57	2	9 467	1 801	602	0	96,06	18,27	85	77
Centre d'hébergement du Tilleul	4	7	16 725	16 890	1 074	1 123	99,6	98,46	82	82

** Excluant l'URFI et l'UTRF et incluant les lits de débordement.

* Jours présence réel (permis et non au permis)/jours théorique au permis.

Milieux de vie	Admissions	Jours-présence	Durée moyenne de séjour au 31 mars	Taux d'occupation moyen %	Moyenne d'âge au 31 mars
Hébergement temporaire	2014-2015	2014-2015	2014-2015	2014-2015	2014-2015
Centre d'hébergement du Chêne	28	270	5	4,93	76
Centre d'hébergement de Saint-Eusèbe	13	254	43	69,59	N/A
Centre d'hébergement du Tilleul	26	408	16	111,78	N/A
Centre d'hébergement des Quatre-Vents	6	117	0	32,05	72

Ressources non institutionnels (RNI)	Admissions		Jours-présence		Durée moyenne de séjour au 31 mars		Taux d'occupation moyen %		Moyenne d'âge au 31 mars	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Ressources intermédiaires										
RI Pavillon Bujold-Lefebvre	12	7	10 027	10 121	1 702	1 753	98,1	99	80	81
RI Pavillon Marchand (RI)	14	16	15 414	14 546	1 354	1 308	96,0	97	76	78
RI Sérénade	12	12	7 939	8 064	628	579	98,9	92,1	83	84
RI de l'Amitié	27	25	14 283	19 889	655,3	730	98,6	99,07	81,5	81
RI du Verger	19	42	535	10 875	29	240	67,0	76	73	74
Autre ressource										
Marie-Pagé	22	93	458	2 647	21,3	28,7	33,90	72,5	72	70,3

SOINS ET SERVICES

Santé physique

Urgence	2013-2014	2014-2015
Visites ambulatoires	40 527	40 054
Patients sur civière	14 398	13 762
Pourcentage de 48 heures et + sur civière	0,26 %	0,51 %
Séjour moyen sur civière des usagers de 65 ans à 74 ans (heures)	10,3	10,2
Séjour moyen sur civière des usagers de 75 ans et + (heures)	11,6	11,4
Délai moyen avant demande d'admission (heures)	6,17	4,45

Consultations externes

Consultations externes spécialisées (visites)	2013-2014	2014-2015
Allergie	333	371
Vasculaire	523	535
Cardio pédiatrique	-	105
Urologie	8 617	8 609
Radio-oncologie	-	-
Dermatologie	3 385	2 734
Gériatrie	83	94
Gynécologie	3 112	2 961
Médecine interne	4 496	5 136
Phlébologie	268	265
Microbiologie	-	-
Neurochirurgie	-	-
Obstétrique	2 041	3 538
ORL	20 787	16 731
Orthopédie	12 576	12 523
Ophthalmologie	2 186	2 115
Centre de grossesse	2 137	1 949
Chirurgie consultations externes	10 676	11 407
Musculosquelettique	3 540	3 588
Total cliniques externes spécialisées	74 760	72 661
Services de santé courants	2013-2014	2014-2015
Services de santé courants Érablé	19 817	18 821
Services de santé courants Suzor-Coté	8 195	8 466
Centre d'enseignement asthme et MPOC	1 867	1 880
Grand total consultations externes	104 639	101 828

Héмато-oncologie	2013-2014	2014-2015
Visites*	7 193	7 537

* Incluant la radio-oncologie + infirmière pivot en oncologie.

Médecine de jour	2013-2014	2014-2015
Visites*	5 999	7 241

* Incluant la pédiatrie de jour.

Bloc opératoire (chirurgies ciblées par le mécanisme d'accès)	2013-2014	2014-2015
Arthroplasties de la hanche réalisées (PTH)	117	120
Arthroplasties du genou réalisées (PTG)	204	180
Chirurgies de la cataracte réalisées	1 583	1 702
Chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	10 878	11 482
Chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	2 784	2 884
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central, traités dans les délais pour une arthroplastie de la hanche	98,2 %	98,3%
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central, traités dans les délais pour une arthroplastie du genou	97 %	97,2%
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central, traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,7 %	99,6%
Bloc opératoire (production totale)	2013-2014	2014-2015
Chirurgie d'un jour et autres chirurgies	12 438	13 184
Chirurgie avec hospitalisation	3 092	3 184
Total	15 530	16 368

Services de santé courants	2013-2014	2014-2015
Usagers différents (Suzor-Coté)	1 885	1 862
Interventions-visites (Suzor-Coté)	8 195	8 466
Usagers différents (Érable)	8 975	9 062
Interventions-visites (Érable)	19 817	18 821

Réadaptation

Audiologie	2013-2014	2014-2015
Heures de prestation de services	1 174	1 200
Jours-traitements	1 366	1 322

Ergothérapie	2013-2014	2014-2015
Heures de prestation de services	8 586	8 253
Jours-traitements	6 788	6 789
Ergothérapie à domicile	2013-2014	2014-2015
Usagers	1 247	1 274
Interventions	6 547	6 535

Physiothérapie	2013-2014	2014-2015
Heures de prestation de services	24 461	24 583
Jours-traitements	32 326	30 932
Physiothérapie à domicile	2013-2014	2014-2015
Usagers	709	747
Interventions	5 831	6 113

Orthophonie	2013-2014	2014-2015
Heures de prestation de services	407	378
Jours-traitements	336	334
Orthophonie pour enfants en CLSC	2013-2014	2014-2015
Usagers	303	353
Interventions	1 303	1 438

Inhalothérapie HDA	2013-2014	2014-2015
Bénéficiaires externes*	4 570	5 766
Bénéficiaires au lit	21 530	24 775
Inhalothérapie à domicile	2013-2014	2014-2015
Usagers (Suzor-Coté)	487	547
Interventions (Suzor-Coté)	3 864	4 645
Usagers (Érable)	186	175
Interventions (Érable)	972	1 135
Inhalothérapie autres	2013-2014	2014-2015
Usagers (Suzor-Coté)	651	683
Interventions (Suzor-Coté)	1 055	1 027
Usagers (Érable)	593	634
Interventions (Érable)	812	853

* Incluant Centre d'enseignement asthme et MPOC

PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Unité de courte durée gériatrique	2013-2014	2014-2015
Admissions (admis et transfert)	441	542
Jours-présence	8 425	8 705
Durée moyenne de séjour (jours)	19	18
Taux d'occupation	96,2 %	99,4 %

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)	2013-2014	2014-2015
Admissions (admis et transfert)	77	98
Jours-présence	3 494	4 890
Durée moyenne de séjour (jours)	45	60
Taux d'occupation	80 %	111,6%

Soins posthospitaliers	2013-2014	2014-2015
Admissions (admis et transfert)	37	22
Jours-présence	2 117	1 363
Durée moyenne de séjour (jours)	57	66
Taux d'occupation	73 %	47 %

Centre de jour	2013-2014	2014-2015
Dossiers actifs au 31 mars	239	247
Présences réelles	9 342	10 049
Taux d'occupation	92,7 %	98,4 %
Inscriptions	132	122
Départs	126	114

Services ambulatoires gériatriques (SAG)	2013-2014	2014-2015
Dossiers actifs au 31 mars	76	90
Présences réelles	3 110	3 071
Taux d'occupation	66 %	65 %
Inscriptions	389	334
Départs	388	320

SOUTIEN À DOMICILE

Clientèles	Nombre d'usagers		Nombre d'interventions	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Personnes en perte d'autonomie	2 486	2 658	116 217	153 317*
Santé physique	1 825	1 973	14 673	16 432
Soins palliatifs	424	476	11 375	12 949
DI/TED	95	119	1 458	1 768
Déficience physique	509	450	12 388	12 675

* Incluant le gré à gré en aide à domicile.

Services	Nombre de suivis USAGERS		Nombre d'interventions	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Soins infirmiers	3 034	3 116	32 308	34 443
Gestion de cas – interventions sociales	2 461	2 592	18 693	19 331
Inhalothérapie	658	712	4 836	5 780
Ergothérapie	1 247	1 274	6 547	6 535
Nutrition	522	567	2 189	2 134
Physiothérapie	709	747	5 831	6 113
Auxiliaires en santé et services sociaux/Aide à domicile	1 120	1 202	86 249 *	123 211*

* Incluant le gré à gré en aide à domicile.

Prêts d'équipements	2013-2014	2014-2015
Usagers	2 121	2 292
Équipements prêtés	6 644	7 340

SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES

Psychiatrie adulte (à l'unité d'hospitalisation - 21 lits)	2013-2014	2014-2015
Admissions (admis et transfert)	438	459
Jours-présence	8 905	9 877
Durée moyenne de séjour (jours)	21 jours	20,29
Taux d'occupation	116,15 %	122,33 %

Psychiatrie adulte (à l'hôpital de jour)	2013-2014	2014-2015
Admissions	68	69
Durée moyenne de séjour (jours)	39,74	32,6
Rencontres individuelles (sessions)	861	799
Visites	1 700	1 504

Psychiatrie adulte (au centre de soins spécialisés)	2013-2014	2014-2015
Admissions	154	146
Durée moyenne de séjour (semaines)	14,7	16,77
Rencontres individuelles (sessions)	988	1 078
Visites	1 186	1 345

Santé mentale adulte (CLSC 1 ^{re} ligne)	2013-2014	2014-2015
Services ambulatoires (usagers rencontrés)	609	694
Services ambulatoires (interventions)	3 664	3 322
Services sociaux adulte (CLSC 1 ^{re} ligne)	2013-2014	2014-2015
Services psychosociaux (usagers rencontrés)*	792	1 138
Services psychosociaux (interventions)*	2 896	3 071

* Incluant les services sociaux IVG

Dépendances	2013-2014	2014-2015
Usagers rencontrés	25	36
Interventions	60	110

Accueil-Évaluation-Orientation (AEO social)

Demandes de services	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	4 237	4 467
Demandes	4 746	5 044
Usagers et interventions	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	258	494
Interventions	325	769

SERVICES À LA FAMILLE, SERVICES EN SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE JEUNESSE, SERVICES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED, ORTHOPHONIE

Mission centre hospitalier

Accouchements	2013-2014	2014-2015
Accouchements (incluant morts-nés)	1 168	1 066
Pourcentage de césariennes	12 %	12 %
Pourcentage d'accouchements provoqués	18 %	20 %
Pourcentage d'épidurales	81 %	78 %

Service de pédiatrie	2013-2014	2014-2015
Enfants hospitalisés (0-17ans)	709	742
Enfants ayant utilisé les services en pédiatrie de jour	3 045	3 144

Pédopsychiatrie	2013-2014	2014-2015
Nombre d'usagers externes	96	140

Mission CLSC

Service psychosociaux petite enfance et enfance jeunesse	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	2 251	2 287
Interventions*	12 817	14 470

* Famille : une intervention est associée à chaque membre de la famille.

Développement, adaptation et intégration sociale (0-5 ans) (SIPPE)	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	560	510
Interventions	4 882	5 162

Développement, adaptation et intégration sociale (6-17ans) (ITSS chez les jeunes âgés de moins de 18 ans)	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	171	155
Interventions	353	325

Services de nutrition en petite enfance et enfance jeunesse	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	630	537
Interventions	1850	1 616

Santé maternelle et infantile	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	1 995	1 889
Interventions	4 893	4 749

Services d'orthophonie (petite enfance)	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	303	353
Interventions	1 303	1 438

Services de santé dentaire	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	2 452	2 726
Interventions et dépistages	3 877	3 127

Services de santé en milieu scolaire	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	579	589
Interventions	1 326	1 433

Maladies infectieuses : immunisations Vaccination en milieu scolaire	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	3 316	3 276
Interventions	3 456	3 461

Maladies infectieuses : immunisations Primovaccination (vaccination des bébés)	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	1 993	1 974
Interventions	4 025	4 031

Maladies infectieuses : immunisations Vaccination antigrippale	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	11 751	12 394
Interventions	11 915	12 481

Maladies infectieuses : MADO, signalements et éclosions Santé des voyageurs	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	1 742	1 435
Interventions	2 625	1 955

Maladies infectieuses : MADO, signalements et éclosions Maladies infectieuses	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	1 362	1 412
Interventions	2 274	2 226

Maladies infectieuses Préventions des ITSS chez les adultes	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	1 266	1 338
Interventions	1 958	2 227

Clinique santé-sexualité Planning familial et contraception	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	1 062	962
Interventions	1 524	1 407

Saines habitudes de vie Centre d'abandon du tabac	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	136	213
Interventions	398	721

Santé mentale jeunesse	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	412	461
Interventions	2 853	2 919

Services en déficience intellectuelle et TED	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	507	475
Interventions	3 528	3 753

Services d'interventions communautaires	2013-2014	2014-2015
Usagers différents	16	24
Interventions	236	240

SERVICES PROFESSIONNELS

Laboratoires

	2013-2014	2014-2015
Procédures réalisées	1 585 184	1 447 183

Imagerie médicale

	2013-2014	2014-2015
Examens réalisés	60 939	58 109

Médecine nucléaire

	2013-2014	2014-2015
Examens réalisés	9 093	8 412

Pharmacie

	2013-2014	2014-2015
Activités distribution	1 312 728	1 261 194

SERVICES DE SOUTIEN

Service d'alimentation

	2013-2014	2014-2015
Repas préparés	1 057 426	1 010 742
Repas vendus	232 646	208 225

Buanderie

	2013-2014	2014-2015
Kilogrammes de linge souillé traités (incluant les services vendus)	1 348 471	1 345 915

RESSOURCES HUMAINES

Personnel détenteur de postes	2013-2014	2014-2015
Gestionnaire - Temps complet	78	76
Gestionnaire - Temps partiel régulier (Équivalents temps complet)	2	1
Personnel syndiqué - Temps complet (Nombre de personnes)	1 070	1 076
Personnel syndiqué - Temps partiel (Nombre de personnes)	757	762
Personnel syndiqué - Équivalents temps complet	444	449

Personnel non détenteur de postes (occasionnels)	2013-2014	2014-2015
Nombre d'heures rémunérées au cours de la dernière année	926 458	936 738
Équivalent à temps complet	507	513
Main-d'œuvre indépendante (heures)	17 641	17 264

Temps supplémentaire et assurance salaire	2013-2014	2014-2015
Temps supplémentaire (heures)	78 564	84 915
Assurance salaire (heures)	185 596	180 366

Stagiaires (semaines de stages)	2013-2014	2014-2015
Niveau secondaire	1 046,4	1 103,6
Niveau collégial	1 185,6	1 131,6
Niveau universitaire (médecine)	753,4	709,5
Niveau universitaire (autre que médecine)	221,8	301,8

Nombre de lits dressés

Installations	2013-2014	2014-2015
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	203	203
Centre d'hébergement de Saint-Eusèbe	27	27
Centre d'hébergement des Étoiles-d'Or	61	61
Centre d'hébergement des Quatre-Vents	27	27
Centre d'hébergement du Chêne	125	125
Centre d'hébergement du Roseau*	127	133
Centre d'hébergement du Sacré-Cœur	27	0
Centre d'hébergement du Tilleul	48	49

* Incluant l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et (UTRF).

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

La direction du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

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



Martin Beaumont
Président-directeur général
CIUSSS MCQ

Rapport de l'auditeur indépendant



450, boul. Bois-Francis Nord
Victoriaville (Québec) G6P 1H3
Tél. : 819 758-1544 / Téléc. : 819 758-6457

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (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 du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 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 pourrait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (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 du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Votre réseau québécois
d'expertise comptable!
Victoriaville / Thetford Mines
Québec / Drummondville / Plaisirville

Roy Desrochers Lambert SENCRL est une
entité juridique distincte et indépendante
qui n'est pas associée ni mandataire des
autres entités membres du Groupe RDL.

GROUPE RDL™
grouperdl.ca
info.victo@grouperdl.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

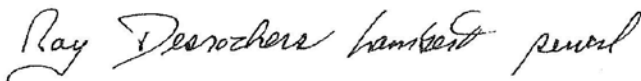
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 10 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de ces dérogations aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable. De plus, l'établissement a encouru un excédent des charges sur les revenus à l'égard du fonds d'exploitation. Ce résultat va à l'encontre de l'article 3 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'un établissement doit maintenir un équilibre entre les dépenses et les revenus.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette), et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 10 juin 2015, contient un paragraphe dans lequel nous attirons l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.



Roy Desrochers Lambert SENCRL ¹
Société de comptables professionnels agréés

Victoriaville,
le 10 juin 2015

¹ Joël Minville, CPA auditeur, CA

Roy Desrochers Lambert SENCRL est une entité juridique distincte et indépendante qui n'est pas associée ni mandataire des autres entités membres du Groupe RDL.

Rapport financier 2014-2015

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

Description des réserves commentaires et observations	Année 20xx-xx	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Significations des codes: Colonne 3: Colonne 5, 6 et 7 : R : pour réserve R : pour réglé O : pour observation PR : pour partiellement réglé C : pour commentaire NR : pour non réglé						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Réserve découlant de la comptabilisation des baux de la Société québécoise des infrastructures (SQI)	2013-14	R	Aucune, dérogation aux normes comptables et propre au secteur			NR
Réserve découlant de la comptabilisation des baux de la Société québécoise des infrastructures (SQI)	2014-15	R	Aucune, dérogation aux normes comptables et propre au secteur			NR
Réserve dérogation à l'équilibre budgétaire	2014-15	R	Cible budgétaire autorisée par le Ministère			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
- Aucune réserve.						
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						
- Aucune réserve.						
Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant						
- Aucun élément de particulier.						
Rapport à la gouvernance						
- Aucun élément de particulier.						

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE**

**ÉTAT DES RÉSULTATS - TOUS LES FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015**

	2015			2014
	<i>Exploitation</i>	<i>Immobilisations</i>	<i>Total</i>	<i>Total</i>
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	151 929 370	\$ 11 079 801	\$ 163 009 171	\$ 158 211 135
Subventions Gouvernement du Canada	-	-	-	55 267
Contributions des usagers	11 065 257	-	11 065 257	11 051 300
Ventes de services et recouvrements	2 307 133	-	2 307 133	2 323 151
Donations	2 425 363	872 505	3 297 868	1 200 485
Revenus de placement	34 382	41 422	75 804	62 921
Revenus de type commercial	271 166	-	271 166	293 458
Gain sur disposition	-	-	-	27 427
Autres revenus	681 441	26 932	708 373	642 793
TOTAL	168 714 112	12 020 660	180 734 772	173 867 937
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	122 807 035	-	122 807 035	118 652 810
Services achetés	3 244 007	-	3 244 007	3 145 735
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	7 765 279	-	7 765 279	5 753 320
Allocations directes	2 547 760	-	2 547 760	2 052 758
Transport des usagers	1 303 980	-	1 303 980	1 242 608
Médicaments	6 205 891	-	6 205 891	6 305 637
Produits sanguins	1 778 450	-	1 778 450	1 857 949
Fournitures médicales et chirurgicales	6 157 374	-	6 157 374	6 101 292
Matériel services diagnostics	2 081 148	-	2 081 148	2 113 310
Denrées alimentaires	1 874 961	-	1 874 961	1 788 438
Loyers	970 132	-	970 132	727 755
Fournitures d'entretien	556 456	-	556 456	552 330
Fonctionnement des installations	2 324 583	-	2 324 583	2 528 921
Matériel Buanderie-Lingerie	1 095 031	-	1 095 031	1 175 375
Télécommunications et sécurité	635 925	-	635 925	614 971
Créances douteuses	18 810	-	18 810	73 178
Honoraires professionnels	796 214	-	796 214	751 939
Publicité et communication	55 816	-	55 816	56 833
Frais de déplacement et de représentation	665 790	-	665 790	671 250
Matériel de bureau, informatique	567 619	-	567 619	597 939
Formation	237 600	-	237 600	246 881
Frais administratifs	332 528	-	332 528	374 079
Charges non réparties	153 960	-	153 960	753 839
Location d'équipements	137 492	-	137 492	153 308
Autres charges	1 106 745	-	1 106 745	1 034 693
Entretien et réparation	4 443 604	3 982 338	8 425 942	6 168 649
Frais financiers	92 777	1 855 652	1 948 429	2 034 135
Amortissement des immobilisations	-	5 447 743	5 447 743	5 157 126
Perte sur disposition d'immobilisations	-	6 972	6 972	26 195
TOTAL	169 956 967	11 292 705	181 249 672	172 713 453
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(1 242 855)	\$ 727 955	\$ (514 900)	\$ 1 154 484

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE

ÉTAT DES RÉSULTATS - FONDS D'EXPLOITATION
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

	2015			2014	
	<i>Activités principales</i>	<i>Activités accessoires</i>	<i>Total</i>	<i>Total</i>	
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	151 901 462	\$ 27 908	\$ 151 929 370	\$ 148 343 189	\$
Subventions Gouvernement du Canada	-	-	-	55 267	
Contributions des usagers	11 065 257	-	11 065 257	11 051 300	
Ventes de services et recouvrements	2 307 133	-	2 307 133	2 323 151	
Donations	2 425 363	-	2 425 363	351 813	
Revenus de placement	34 382	-	34 382	34 689	
Revenus de type commercial	-	271 166	271 166	293 458	
Autres revenus	633 021	48 420	681 441	641 620	
TOTAL	168 366 618	347 494	168 714 112	163 094 487	
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	122 801 207	5 828	122 807 035	118 652 810	
Dépenses non salariales	46 973 436	176 496	33 759 326	37 913 551	
TOTAL	169 774 643	182 324	169 956 967	162 820 863	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(1 408 025)	\$ 165 170	\$ (1 242 855)	\$ 273 624	\$

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS - TOUS LES FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

	2015			2014	
	<u>Exploitation</u>	<u>Immobilisations</u>	<u>Total</u>	<u>Total</u>	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(7 254 960)	\$ 3 640 042	\$ (3 614 918)	\$ (4 769 402)	\$
<u>Surplus (déficit) de l'exercice</u>					
Activités principales	(1 408 025)	-	(1 408 025)	980 184	
Activités accessoires	165 170	-	165 170	174 300	
Immobilisations	-	727 955	727 955	-	
Surplus (déficit de l'exercice)	(1 242 855)	727 955	(514 900)	1 154 484	
Transfert inter-fonds	(1 204 941)	1 204 941	-	-	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	<u>(9 702 756)</u>	<u>\$ 5 572 938</u>	<u>\$ (4 129 818)</u>	<u>\$ (3 614 918)</u>	<u>\$</u>

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE - TOUS LES FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

	2015			2014	
	<i>Exploitation</i>	<i>Immobilisations</i>	<i>Total</i>	<i>Total</i>	
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	429 834	\$ 3 871 615	\$ 4 301 449	\$ 5 041 036	\$
Débiteurs - Agence et MSSS	7 413 285	530 676	7 943 961	16 369 801	
Autres débiteurs	1 467 085	319 943	1 787 028	1 965 885	
Créances interfonds (dettes interfonds)	(1 150 292)	1 150 292	-	-	
Subvention à recevoir (perçue d'avance- réf.comptable)	12 107 794	13 639 008	25 746 802	21 101 855	
Frais reportés liés aux dettes	-	206 039	206 039	138 974	
Autres éléments	-	-	-	8 609	
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	20 267 706	19 717 573	39 985 279	44 626 160	
PASSIFS					
Emprunts temporaires	4 500 000	5 139 043	9 639 043	10 410 742	
Autres créditeurs et autres charges à payer	12 410 914	1 743 699	14 154 613	15 251 643	
Avances de fonds de l'Agence -env.décentralisées	-	4 870 987	4 870 987	3 971 282	
Intérêts courus à payer	-	530 676	530 676	581 469	
Revenus reportés	534 695	15 458 913	15 993 608	14 586 974	
Dettes à long terme	-	60 944 411	60 944 411	59 045 496	
Passif au titre des avantages sociaux futurs	14 226 370	-	14 226 370	13 808 119	
Autres éléments	465 761	-	465 761	61 110	
TOTAL DES PASSIFS	32 137 740	88 687 729	120 825 469	117 716 835	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(11 870 034)	(68 970 156)	(80 840 190)	(73 090 675)	
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations	-	74 543 094	74 543 094	67 160 386	
Stocks de fournitures	1 966 862	-	1 966 862	2 063 206	
Frais payés d'avance	200 416	-	200 416	252 165	
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	2 167 278	74 543 094	76 710 372	69 475 757	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(9 702 756)	\$ 5 572 938	\$ (4 129 818)	\$ (3 614 918)	\$

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) - TOUS LES FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

	2015			2014
	<i>Exploitation</i>	<i>Immobilisations</i>	<i>Total</i>	<i>Total</i>
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(9 570 331)	\$ (63 520 344)	\$ (73 090 675)	\$ (72 035 567)
 SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(1 242 855)	727 955	(514 900)	1 154 484
 VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions	xxx	(12 880 923)	(12 880 923)	(7 448 486)
Amortissement de l'exercice	xxx	5 447 743	5 447 743	5 157 126
(Gain) / Perte sur dispositions	xxx	6 972	6 972	26 195
Produits sur dispositions	xxx	43 500	43 500	-
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	xxx	(7 382 708)	(7 382 708)	(2 265 165)
 VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisitions de stocks de fournitures	(13 344 353)	-	(13 344 353)	(13 522 873)
Acquisition de frais payés d'avance	(200 416)	-	(200 416)	(252 165)
Utilisation de stocks de fournitures	13 440 697	-	13 440 697	13 525 436
Utilisation de frais payés d'avance	252 165	-	252 165	305 175
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	148 093	-	148 093	55 573
 AUTRES VARIATIONS DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(1 204 941)	1 204 941	-	-
 AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(2 299 703)	(5 449 812)	(7 749 515)	(1 055 108)
 ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(11 870 034)	\$ (68 970 156)	\$ (80 840 190)	\$ (73 090 675)

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

	2015	2014
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	(514 900)	\$ 1 154 484 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie :		
- Stocks et frais payés d'avance	148 093	55 573
- Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	6 972	26 195
- Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	1 456 546	885 942
- Amortissement des immobilisations	5 447 743	5 157 126
- Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	30 550	-
- Subvention à recevoir -réforme comptable-immobilisations	(4 652 975)	(2 973 782)
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	2 436 929	3 151 054
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	9 048 591	2 559 927
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement	10 970 620	6 865 465
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations :		
- Acquisitions	(12 880 923)	(7 448 486)
- Produits de disposition	43 500	-
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations	(12 837 423)	(7 448 486)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation d'autres éléments		
- Subvention à recevoir - réforme comptable	-	-
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement	-	-
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes		
- Emprunts effectués - dettes à long terme	15 103 066	5 159 704
- Emprunts effectués - refinancement de dettes à long terme	-	8 533 182
- Emprunts remboursés - dettes à long terme	(3 348 975)	(3 250 671)
- Emprunts remboursés - refinancement de dettes à long terme	(9 855 176)	(8 533 182)
- Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	(3 500 000)	(2 000 000)
- Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	18 277 657	13 629 863
- Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(446 290)	(536 020)
- Emprunts temporaires remboursés - refinancement fonds d'immobilisations	(15 103 066)	(13 692 886)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement	1 127 216	(690 010)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	(739 587)	(1 273 031)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	5 041 036	6 314 067
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	4 301 449	\$ 5 041 036 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:		
- Encaisse	4 301 449	5 041 036
- Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	-	-
TOTAL	4 301 449	\$ 5 041 036 \$

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE**

**DONATIONS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015**

	MONTANTS
Fondation CLSC-CHSLD de l'Érable	
- Mobilier et équipements médicaux - Soutien à domicile	29 151 \$
- Équipements - Hébergement	20 218 \$
- Équipements - Centre de jour	13 945 \$
- Mobilier et équipements - Maison Marie Pagé	5 280 \$
- Aménagement-Projet cuisinettes, patio	16 083 \$
Total	84 677 \$
Fondation CLSC Suzor-Côté	
- Équipements médicaux - Soutien à domicile	99 004 \$
- Équipements - Enfance-jeunesse-Voyageur	6 782 \$
- Équipements - défibrillateurs	3 397 \$
Total	109 183 \$
Fondation de l'Ermite	
- Aménagement Projet Roseau	36 629 \$
- Aménagement Projet CHEO	134 528 \$
- Moteurs de levier	68 425 \$
- Matériel et équipements médicaux	44 191 \$
- Activités de loisirs et animation	23 589 \$
Total	307 362 \$
Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska	
- Système de monitoring	547 262 \$
- Lits électriques de naissance	72 176 \$
- Ensacheuse (robot pharmacie)	196 288 \$
- Bandelettes d'incontinence	51 032 \$
- Gastroscope	61 156 \$
- Mobilier et Équipements médicaux	149 210 \$
-Aménagement Projet HDA	2 430 694 \$
- Projet Centre de Soins ambulatoires	46 477 \$
- Projet Caméra Gamma	111 404 \$
Total	3 655 699 \$
Service des Bénévoles	
- Petits équipements médicaux	1 896 \$

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE**

**NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015**

NOTE 1 : SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉ

Le déficit cumulé du fonds d'exploitation au montant de (9 702 756)\$ est représenté comme suit :

-Cible déficitaire régionale autorisée 2008-2009	(3 528 275)\$
-Cible déficitaire régionale autorisée 2009-2010	(3 528 275)\$
-Cible déficitaire régionale autorisée 2010-2011	(2 646 206)\$
TOTAL	<u>(9 702 756)\$</u>

NOTE 2 : 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) le 15 juin 2004. Il a pour mandat d'offrir, de concert avec ses partenaires du réseau local, des services de santé et de services sociaux allant de la prévention au soutien en fin de vie, en passant par la promotion, l'évaluation, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et l'hébergement.

Le siège social de l'établissement est situé au 5, rue des Hospitalières, à Victoriaville (Québec). Les installations sont réparties dans l'ensemble de la région d'Arthabaska-et-de-l'Érable. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

a. 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 socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux, et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS – MCQ) qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 3 : PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*, à l'exception :

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

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE**

**NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015**

b. 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, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont : la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

c. Comptabilité d'exercice

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

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

d. Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors-cadre.

i. 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 observés en assurance salaire 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.

ii. 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, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

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

iii. Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE**

**NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015**

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, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

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

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), 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 de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

e. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisés au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la 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.

f. Comptabilité par fonds

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

- Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations;

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE**

**NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015**

g. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement 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 : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'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 : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

h. 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 l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

i. 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. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

j. 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.

NOTE 4 : DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations. Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 9 juillet 2014. Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice :

-Dons non prévus initialement	2 500 000 \$
-Réaménagement d'espaces	4 000 000 \$

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA-ET-DE-L'ÉRABLE**

**NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015**

NOTE 5 : 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 encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

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

Conseil d'administration

Collège électoral

M. Marcel Dubois, président	Agence
M. André Poirier, vice-président	Comité des usagers
M. Denys Thériault, trésorier	Cooptation
M. Claude Charland, secrétaire	Directeur général
Mme Gilberte Brassard	Comité des usagers
Dr Jacques Croteau	CMDP
Mme Annie Desnoyers	Population
Mme Johanne Desrosiers	Agence
Mme Annie-Claude Frigon	CII
M. Yves Gosselin	Cooptation
Mme Nadia Hébert	CM
M. Yves Hébert	Cooptation
M. Jacques Leroux	Cooptation
M. François Roberge	Personnel non clinique
Mme Louise Savard	Population
Mme Danielle Thibodeau	Fondations
Mme Nicole Vallée	Cooptation

Au cours de l'année 2014-2015, aucune situation de conflit d'intérêt n'a été référée au comité du conseil d'administration chargé de l'application du code d'éthique et de déontologie.

Comité de vérification

M. Denys Thériault, président
M. Yves Gosselin
Mme Danielle Thibodeau

Comité de vigilance et de la qualité

M. André Poirier, président
M. Jacques Leroux
Mme Nicole Vallée
Mme Mélanie Déry, invitée, coordonnatrice à la gestion des risques

Membres d'office

M. Claude Charland, directeur général
Mme Christiane Desmarais, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Comité de gouvernance et d'éthique

Mme Louise Savard, présidente
M. Yves Hébert, vice-président
M. Claude Charland, secrétaire
M. Marcel Dubois
M. André Poirier
M. Denys Thériault

Comité de révision

Mme Nicole Vallée, présidente
Dr Jean-Ianick Brethes
Dre Marie-Josée Martel

Comité d'éthique clinique

Dre Céline Cotte, présidente
Mme Johanne Beaumont, psychologue, vice-présidente
Me Hélène Doucet, avocate, secrétaire
Mme Marie-Andrée Boivin, professeur en philosophie et en éthique
Mme Colombe Brassard, infirmière, CLSC de l'Érable
Mme Martine Girard, pharmacienne
M. François Mercier, travailleur social
Mme Élise Provencher, coordonnatrice de la qualité des actes infirmiers
Dr Claude Richard, interniste
Mme Claire Royer, infirmière, CH du Roseau
Mme Louise Savard, représentante du CA
M. Normand Tardif, animateur de pastorale

Comité de gouvernance et d'éthique

De façon générale, les responsabilités du comité consistent à s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en œuvre dans l'établissement et par le conseil d'administration.

Composition du comité

Mme Louise Savard, présidente
M. Yves Hébert, vice-président
M. Claude Charland, secrétaire
M. Marcel Dubois
M. André Poirier
M. Denys Thériault

FAITS SAILLANTS

Règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement

- Proposition et adoption au conseil d'administration du Cadre de référence en éthique, découlant de la visite d'Agrément Canada. Le cadre de référence en éthique encadre la réflexion éthique des administrateurs, des médecins, du personnel et des usagers aux prises avec un conflit de valeurs et les outillent en vue de la prise de décision.
- Formalisation du Plan de gestion des talents au comité de direction et dépôt du document au président du conseil d'administration.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

- Aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été observé ou traité auprès des administrateurs de l'établissement.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers.

Composition du comité

M. André Poirier, président

M. Jacques Leroux

Mme Nicole Vallée

Mme Mélanie Déry, invitée, coordonnatrice à la gestion des risques

Membres d'office

M. Claude Charland, directeur général

Mme Christiane Desmarais, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

FAITS SAILLANTS

Respect des droits des usagers

Lancée en janvier 2013, la campagne de promotion du code d'éthique ayant pour thème « Le respect, c'est contagieux », s'est poursuivie en 2014-2015. En mettant l'accent sur la civilité, la campagne a permis de sensibiliser le personnel à l'importance du respect dans les relations interpersonnelles. En parallèle, des interventions ciblées ont été faites auprès des intervenants qui font l'objet d'une plainte pour manque de respect.

Traitement des plaintes des usagers

Une diminution de 15% au niveau des plaintes et de 42% au niveau des interventions ont été enregistrées en 2014-2015. C'est au niveau de l'accessibilité aux soins et aux services ainsi qu'au niveau des relations interpersonnelles que l'on retrouve le plus grand nombre d'insatisfactions. Les relations interpersonnelles représentent 21,2% du nombre de plaintes. C'est une augmentation de près de 5% comparativement à 2013-2014.

Par ailleurs, deux plaintes ont été portées en appel au Protecteur du citoyen. La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a reçu trois conclusions du Protecteur du citoyen en 2014-2015.

NOTE AU LECTEUR : Le comité de vigilance et de la qualité a pour mandat d'examiner les rapports des autres comités et instances formels de l'établissement en lien avec la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus. Il doit faire part de ses conclusions au conseil d'administration. Son rapport annuel fait état de ses conclusions et des suites qui sont envisagées par le conseil d'administration quant à ces conclusions.

Tout au long de l'année, le comité de vigilance et de la qualité a assumé son rôle avec efficacité et rigueur. Nous souhaitons toutefois aviser le lecteur qu'en raison de la mise en place 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 » au 1^{er} avril 2015 entraînant la dissolution du conseil d'administration et de ses comités, le comité de vigilance et de la qualité n'a pas eu l'occasion d'examiner les derniers rapports des comités.

Comité d'éthique clinique

Le comité d'éthique clinique a pour rôle de donner un éclairage éthique aux problématiques soumises au comité et d'assister les intervenants confrontés à des problèmes éthiques. Le comité d'éthique clinique assume un rôle consultatif.

Composition du comité

Dre Céline Cotte, présidente
Mme Johanne Beaumont, psychologue, vice-présidente
Me Hélène Doucet, avocate, secrétaire
Mme Marie-Andrée Boivin, professeur en philosophie et en éthique
Mme Colombe Brassard, infirmière, CLSC de l'Érable
Mme Martine Girard, pharmacienne
M. François Mercier, travailleur social
Mme Élise Provencher, coordonnatrice de la qualité des actes infirmiers
Dr Claude Richard, interniste
Mme Claire Royer, infirmière, CH du Roseau
Mme Louise Savard, représentante du CA
M. Normand Tardif, animateur de pastorale

FAITS SAILLANTS

Cette année, des membres du comité d'éthique clinique ont participé aux travaux de réflexion et de rédaction du nouveau Cadre de référence en éthique de l'établissement.

Nombre de cas étudiés et problématiques générales

Tous les membres du personnel, les médecins et les gestionnaires ont accès à l'expertise du comité d'éthique clinique et peuvent y déposer une demande d'avis. Dans la dernière année, le comité a travaillé sur des demandes d'avis et des cas fictifs d'actualité portant sur divers sujets, dont : la confidentialité du dossier informatique, la consommation de substances illicites par un résident en ressource intermédiaire et les soins à domicile.

Visibilité du comité et accès au comité

Afin de rendre le comité le plus accessible possible et le faire connaître, diverses actions ont été déployées, dont deux publications dans le bulletin interne Le Milieu. La liste des avis étudiés par le comité d'éthique clinique a également été ajoutée dans l'intranet pour en permettre la consultation par le personnel. Enfin, un midi-éthique a été organisé dans le cadre de visioconférences sur le thème: les enfants qui vivent avec un parent gravement malade.

Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques a pour mandat d'identifier et d'analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers. Il veille aussi à la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces événements.

Composition du comité		Représentation
Mme Manon Boudreau M. Johan Deloffre	Pharmacienne Directeur de la DRIP et directeur associé à la DSPAM	Département de pharmacie Représentant du directeur général
Mme Mélanie Déry, présidente Mme Geneviève Goulet	Coordonnatrice de la gestion des risques Coordonnatrice des soins chirurgicaux	Coordonnatrice de la gestion des risques Représentante de la direction du programme Santé physique
Mme Caroline Labrecque	Coordonnatrice en prévention et contrôle des infections	Coordonnatrice en prévention et contrôle des infections
Dre Nathalie Lessard Mme Louise Luneau	Urgentologue Adjointe à la direction des programmes Famille, Santé publique et Santé mentale	CMDP Représentante de la direction des programmes Famille, Santé publique et Santé mentale
Mme Aryane Martel Mme Karine Paradis	Infirmière clinicienne Chef de service au CH du Roseau	CII Représentante de la DPPPA assurant également le lien avec les ressources non-institutionnelles
Mme Maryse Poliquin	Coordonnatrice de la sécurité et de l'organisation des mesures d'urgence	Représentante de la DSTA, volet sécurité
Mme Julie Routhier M. Luc-André Verville	Agente de relations humaines	CM Représentant du comité des usagers

FAITS SAILLANTS

Déclaration des événements

- En 2014-2015, 4026 déclarations d'incidents ou d'accidents ont été produites comparativement à 4711 événements déclarés l'année précédente.
- Les erreurs de médicaments représentent le plus grand nombre de déclarations avec 1315 sur 4026. L'omission de la médication demeure le plus grand défi avec 32,69 % des 1315 déclarations. En ce qui concerne les chutes, 1004 événements ont été soulignés. L'établissement porte un œil attentif à prévenir les chutes puisque ce sont ces situations qui amènent le plus de conséquences graves reliées à la prédisposition des usagers/résidents;
- Différentes mesures sont prises afin de prévenir la récurrence des incidents et des accidents, dont la réalisation d'un projet pilote visant à diminuer les omissions de médicaments de 10 %. Les résultats de ce projet ont été concluants puisque pour les secteurs concernés, une diminution de 52 % sur 4 périodes a été remarquée. L'établissement déploiera ce projet dans l'ensemble des secteurs de soins en courte durée et en centre d'hébergement.
- Un programme et une politique de gestion intégrée des risques ont été adoptés par l'établissement afin de se doter d'une vision unifiée des risques pouvant être encourus par les usagers et les résidents. Des rencontres entre la gestionnaire des risques et les secteurs de soins et de services ont été effectuées afin de procéder à l'identification des activités à haut risque des secteurs ciblés par Agrément Canada et ainsi, pouvoir agir en prévention. Cette tournée effectuée auprès des équipes a permis de promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents – accidents. Différents moyens de promotion et de sensibilisation sont déployés de façon régulière (bulletin d'information, intranet, etc.)

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

L'année 2014-2015 s'est inscrite dans la continuité des dernières années quant aux bas taux de contamination. Une vigie rigoureuse s'est poursuivie tout au long de l'année. Des rappels réguliers sur l'importance de l'hygiène des mains auprès du personnel et des usagers et sur la désinfection du matériel partagé ont été effectués. L'hygiène des mains est le moyen le plus simple et le plus efficace pour prévenir la transmission d'infection. Des audits et des campagnes de sensibilisation sont tenus annuellement auprès du personnel.

Infections nosocomiales	2013-2014	2014-2015
Clostridium difficile	18	14
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) (Unités les plus touchées : urgence, clinique externe)	16	10
Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)	3	0

Campagne de vaccination contre l'influenza

Une campagne de vaccination est tenue chaque année auprès des employés afin d'obtenir un taux de couverture vaccinale optimal. En 2014-2015, nous avons modifié notre campagne de sensibilisation afin d'augmenter le nombre d'employés vaccinés. Les efforts consentis ont porté fruits puisque le taux de couverture vaccinale est de 39 %, par rapport à 34,79 % en 2013-2014.

Le virus de l'Ébola

Dans la dernière année, le virus de l'Ébola a contaminé plusieurs habitants de divers pays africains. L'Organisation Mondiale de la Santé a demandé à tous les pays de se préparer à intervenir dès la suspicion d'un cas. Dans cet esprit, le ministère de la Santé et des Services sociaux a organisé une vaste mobilisation du réseau de la santé autour de ce risque. Au CSSSAE, le personnel infirmier et médical de l'urgence, de l'unité de soins intensifs et des services de santé courants de l'Érable ont été formés. Tous les inhalothérapeutes et anesthésistes de l'hôpital ont également été formés ainsi qu'une équipe de désinfection de l'hygiène et salubrité de HDA et du CLSC de l'Érable. Des protocoles d'intervention ont également été prévus.

Suivis en lien avec les priorités identifiées

- Portrait statistique des incidents et accidents présenté à chaque rencontre du comité de gestion des risques et trois fois par année au comité de vigilance et de la qualité.
- Analyse des événements sentinelles et présentation des recommandations au comité de direction pour prévenir la récurrence de telles situations.
- Prévention et contrôle des infections : état de situation régulier communiqué par la Direction des soins infirmiers au comité de gestion des risques. Les résultats associés à la surveillance, à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales sont publiés dans la section Qualité-sécurité du présent rapport annuel.
- Tenue d'un registre sur les usagers à potentiel de violence et suivis effectués avec les personnes concernées.
- Réalisation d'un plan d'action en ressource intermédiaire avec la collaboration du chef de secteur afin de préciser l'implication des propriétaires dans la gestion des risques de leur établissement.
- Élaboration d'une formation en gestion des risques pour le personnel embauché. La formation sera donnée en 2015-2016.
- Communication de l'information : Une rubrique statutaire est présentée sur la gestion de risques à chaque rencontre des cadres du CSSSAE. Des tableaux de bord dynamiques et accessibles sont disponibles aux gestionnaires pour faire le suivi des événements. Des capsules d'information sont diffusées par l'entremise des outils d'information internes (bulletin, site intranet, courriel).

Rapport du coroner

Un rapport a été reçu du coroner dans la dernière année. Aucune recommandation n'a été adressée à l'établissement.

RECOMMANDATIONS

SUIVIS DES RECOMMANDATIONS 2014-2015

1- S'assurer que tous les intervenants concernés travaillent à la mise en œuvre des moyens identifiés par le plan d'action approuvé par la CSST afin de réduire ou contrôler les événements violents et la mise en place de mécanismes de prévention des événements.

Suivis effectués :

- Adoption et diffusion de la politique CA-001 (contrer la violence de la part d'un usager ou d'un proche) en décembre 2014.
- Diffusion d'un nouveau formulaire CA-001 (déclaration du potentiel de violence d'un usager ou d'un proche) en décembre 2014.
- Informations transmises aux gestionnaires et aux équipes de soins en décembre 2014.

2- Nomination d'un représentant du Bureau de santé et sécurité au travail à confirmer par la Direction des ressources humaines afin de respecter le règlement R 002 qui guide la composition des membres du comité de gestion des risques.

Suivi effectué :

- Avec le déploiement de la gestion intégrée des risques la composition des membres a été revue afin d'assurer un représentant à tous les niveaux. Le volet santé et sécurité au travail sera assuré ad hoc lorsque requis.

Comité des usagers

Le comité des usagers a pour fonctions principales de renseigner les usagers sur leurs droits et obligations, de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et de défendre les droits et intérêts collectifs des usagers. Il peut aussi, sur demande, assister et accompagner un usager dans toute démarche, y compris pour porter plainte.

FAITS SAILLANTS

Promotion de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des conditions de vie : Participation à la consultation demandée par l'établissement du cadre de référence en éthique et de la politique d'accueil en hébergement. Participation de deux membres au comité de l'établissement Hébergement Milieu de vie. Échange avec l'adjoint à la direction générale sur les services à la population touchés par l'optimisation du budget 2105-2016.

Évaluation de la satisfaction des usagers : Sondage de satisfaction générale réalisé auprès d'une cinquantaine de personnes lors du Salon des baby-boomers et aînés dont les résultats ont été transmis à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité ainsi qu'au directeur général. Participation à un sondage de satisfaction de la clientèle hébergée en collaboration avec la Direction du programme personnes en perte d'autonomie : élaboration des objectifs, du questionnaire, des modalités, embauche d'une personne ressource pour les entrevues, participation des comités de résidents au plan d'action élaboré suite aux résultats.

Défense des droits et intérêts : Contribution au projet de recherche d'une doctorante intitulé « La défense des droits des aînés : comprendre comment les comités des usagers des centres de santé et de services sociaux du Québec composent avec les situations de maltraitance, envers les usagers aînés, portées à leur attention ». Échanges avec le directeur général et à la directrice du Direction du programme personnes en perte d'autonomie au sujet du Plan de développement des services aux personnes âgées 2013-2016.

Information (droits et obligations des usagers) : Participation au Salon des baby-boomers et aînés. Activité humoristique : La Sagouine – la réalité des personnes hébergées et leurs droits, devant une cinquantaine de personnes. Affiche et dépliants d'information quant aux droits des usagers et des résidents ainsi que promotion du comité des usagers et des résidents distribués en diverses occasions. Tenue de deux assemblées générales avec conférence sur les Services de soutien à domicile et invitation à quelques partenaires pour présentation de leurs services. Commentaires d'amélioration formulés suite à la révision de près de 70 feuillets d'enseignement ou d'information destinés aux usagers.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE L'AN DERNIER

- **Satisfaction de la clientèle :** Le comité des usagers recommandait qu'un partenariat s'établisse de façon permanente entre le comité et la direction de l'établissement pour réaliser certains sondages de satisfaction de la clientèle. Aussi, que les résultats des sondages de satisfaction de la clientèle effectués dans l'ensemble du CSSSAE soient transmis au comité des usagers.
Suivi : Les comités des usagers et de résidents ont participé activement à la préparation et à la réalisation du sondage de satisfaction de la clientèle hébergée. Chaque comité de résidents est impliqué dans la réalisation des plans d'actions.
- **Approche populationnelle :** Le comité des usagers recommandait qu'une communication immédiate soit établie avec le comité des usagers lorsque survient un événement ayant un lien direct avec la population.
Suivi : Les mesures d'optimisation du budget 2015-2016 ayant un impact direct sur la clientèle ont été transmises au comité des usagers par le directeur général.

RECOMMANDATIONS POUR L'ANNÉE À VENIR

- **Approche populationnelle :** Le comité des usagers et les comités de résidents recommandent que les événements médiatisés touchant les usagers soient transmis rapidement à l'ensemble du comité des usagers.

Composition du comité des usagers

Membres de l'exécutif

Mme Gilberte Brassard, trésorière
Mme Sylvie Garneau
Mme Rachel Lemay
Mme Gilberte Marcoux
M. Carol Morin
M. Marc-André Rancourt, secrétaire
Mme Laurence Rousseau

Mme Marie-Anne Marcoux
M. Réal Ouellet, vice-président

M. Rémy Beaudesne
Mme Sonia Fréchette
Mme Nicole Morin
M. André Poirier, président
Mme Sylvie Roberge
M. Luc-André Verville

Représentants des centres d'hébergement (soins de longue durée)

Centre d'hébergement du Tilleul, Plessisville
Centre d'hébergement du Roseau
Centre d'hébergement du Sacré-Cœur, Saint-Ferdinand
Centre d'hébergement de Saint-Eusèbe
Centre d'hébergement du Chêne
Centre d'hébergement des Étoiles-d'Or, Warwick
Centre d'hébergement des Quatre-Vents, Lyster

Représentants des CH-CLSC (soins de courte durée), MRC de l'Érable

Représentants des CH-CLSC (soins de courte durée), MRC d'Arthabaska

Composition des comités de résidents

Centre d'hébergement du Chêne

Mme Marielle Blanchette
M. Adrien Carrier
Mme Marlène Desjardins
M. Adélard Lachapelle
Mme Yvette Laroche
Mme Monique Lassonde
M. Jean-Paul Roy
Mme Carmen Tousignant

Centre d'hébergement du Roseau

Mme Raymonde Arguin
Mme Aurèle Côté
M. Yvan Gagnon
M. Germain Gaudreau
Mme Lucienne Jacques
M. Jean-Marie Leblanc
Mme Monique Roberge-Bernier
Mme Pierrette Thibault
Mme Yvette Tourigny

Centre d'hébergement de Saint-Eusèbe

Mme Réjeanne Boisvert
Mme Ghislaine Guillemette
Mme Jeanne-D'Arc Paquet

Centre d'hébergement des Étoiles-d'Or

M. André Boutin
Mme Denise Nappert
Mme Marie Poisson
M. Marc-André Rancourt
M. Martial Vincent

Centre d'hébergement du Tilleul

M. Roger Bérubé
Mme Angèle Bilodeau
Mme Gilberte Brassard
Mme Madeleine Dubois
Mme Marcelle Jutras

Centre d'hébergement des Quatre-Vents

Mme Louise Bolduc
Mme Lucie Bond
Mme Lise Hallé
Mme Fernande Larochelle
Mme Julia Plante
Mme Laurence Rousseau

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et ses comités, de concert avec les départements et services, ont veillé au contrôle et à l'évaluation de la qualité de l'acte, à l'élaboration de protocoles de soins et de règles d'utilisation des médicaments. Le recrutement a aussi retenu l'attention du CMDP.

Composition du comité

Dre Deborah Monaghan, présidente
Dre Claudine Archambault, vice-présidente
Dre Marie-Josée Martel, vice-présidente
Dre Annick Bécotte
Dr Georges Bélanger
Dr Pierre Deshaies

Mme Amélie Lefebvre, pharmacienne
Dre Monic Pichette

Membres d'office

Dr Christian Vinette, directeur des services professionnels et affaires médicales
M. Claude Charland, directeur général

FAITS SAILLANTS

Évaluation de la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques

- Suivi des rapports médicaux des ordonnances de traitement et d'hébergement selon les jugements émis par la Cour supérieure.
- Revue périodique des procès-verbaux des comités et sous-comités médicaux et des départements et services cliniques.
- Études par critères explicites : présentation au comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique ainsi qu'en assemblée générale du CMDP.
- Adoption de protocoles médicaux et d'ordonnances collectives.

Recrutement

- Au 31 mars 2015, le CMDP compte 240 membres (149 membres actifs – soit 68 médecins omnipraticiens, 65 médecins spécialistes et 16 pharmaciens, ainsi que 32 membres associés, 16 membres conseil et 43 membres honoraires).
- Admission de 7 médecins dont 3 médecins spécialistes (spécialités : ophtalmologie, radiologie, radio-oncologie) et 4 omnipraticiens, ainsi que 3 pharmaciens.
- Démission de 5 médecins dont 2 médecins spécialistes (chirurgie générale et radiologiste - membre associé) et 3 omnipraticiens.

Enseignement médical

- Accueil et hébergement de 158 étudiants en médecine, dont 6 pré-externes, 62 externes et 90 résidents, pour des stages de quelques semaines à quelques mois.

Comités médicaux

Comité d'examen des titres

Dr Louis Auger, président

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

Dr Claude Baril, président

Sous-comité d'évaluation de l'acte médical et pharmaceutique du CSLC et des centres d'hébergement secteur Érablé

Dre Vicky Samson, présidente

Sous-comité d'évaluation d'étude de la mortalité maternelle et périnatale

Dre Carole Ménard, présidente

Comité de pharmacologie

Dr Marc Lamothe, président

Comité de prévention et contrôle des infections

Dr André Poirier, président

Comité des soins intensifs

Dre Isabel Quintin, présidente

Comité de perfectionnement professionnel

Dre Michèle Bédard, coprésidente
Dre Marie-Josée Garand, coprésidente

Comité de validation des ordonnances collectives

Dr Christian Vinette, coprésident
Mme Nathalie Perreault, coprésidente

Conseil des infirmières et infirmiers

Conformément au mandat qui lui est dévolu, le Conseil des infirmières et infirmiers a centré ses actions sur l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement.

Composition du comité

Mme Isabelle Binette, présidente
Mme Sophie Côté, vice-présidente
Mme Aryane Martel, secrétaire
Mme Chantal Manningham, agente des communications
Mme Catherine Benjamin, conseillère
Mme Émy Lapierre, conseillère

Membres d'office

Mme Josée Michaud, présidente du CIIA
Mme Catherine Parent, vice-présidente du CIIA
Mme Julie Liberge, secrétaire du CIIA
Mme Annie-Claude Frigon, conseillère à la QAI
Mme Nathalie Perreault, directrice des soins infirmiers
M. Claude Charland, directeur général

FAITS SAILLANTS

Le CII, de concert avec le CIIA, a participé à diverses instances afin de supporter la qualité des actes infirmiers au sein de l'établissement. Les actions réalisées visent la qualité et la sécurité des soins et services ainsi que le développement des compétences de leurs membres.

Amélioration de la pratique

- Suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration découlant de l'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 2010. Spécifiquement, des audits ont été effectués selon les échéanciers prévus au plan d'action (risques de plaie de pression, risques de chute).
- Travaux du sous-comité sur les erreurs de médicaments portant sur la mise en place de deux projets-pilotes (un à l'hôpital et un en centre d'hébergement). L'objectif visé était de mettre en place des moyens pour faciliter la concentration du personnel lors de la préparation de la médication, ainsi que l'uniformisation des pratiques pour diminuer les erreurs liées à l'omission de la médication. Les résultats ont été importants, le nombre d'erreurs de médicaments a diminué de 52% sur une période d'environ 4 mois. Le projet pilote a ainsi été implanté dans un autre secteur de l'hôpital.

Évaluation, maintien et développement des compétences

- Participation des infirmières et des infirmières auxiliaires à diverses formations individuelles ou de groupes en suivi de la norme sur la formation obligatoire de 20 heures par an, dont 7 heures accréditées pour les infirmières et 10 heures, pour les infirmières auxiliaires.
- Partenariat avec l'équipe de la qualité des actes infirmiers pour amener des changements de certaines pratiques du personnel infirmier dont l'application des timbres transdermiques et les traitements d'inhalothérapie.

Distribution des soins

- Réalisation d'audits à partir du logiciel Qualiticiel permettant l'appréciation la qualité des actes infirmiers à l'unité de chirurgie ainsi qu'au Centre d'hébergement St Eusèbe. Un plan d'action pour chacun des secteurs a été réalisé afin d'ajuster les façons de faire. Une réévaluation est prévue.

Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire (CM) exerce le mandat de porter son regard sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres. Une trentaine de professions différentes y sont représentées.

Composition du comité

Mme Julie Routhier, présidente
Mme Stéphanie Lapierre, vice-présidente
Mme Geneviève Frigon, secrétaire
Mme Marie-Andrée Fauteux, trésorière
Mme Mylène Bolduc, conseillère
Mme Sonia Boucher, conseillère
Mme Geneviève Lavigne, conseillère
Mme Caroline Mailhot, conseillère
Mme Audrey Tourigny, conseillère

Membres d'office

M. Jean-François Bussières, directeur
des programmes Famille, Santé
publique et Santé mentale
M. Claude Charland, directeur général

Professionnels du conseil multidisciplinaire

- Agent d'information
- Agent de relations humaines
- animateur de pastorale
- Archiviste médicale
- Audiologiste
- Biochimiste clinique
- Conseillère en enfance
inadaptée
- Cytologiste
- Diététiste-nutritionniste
-  ducateur spécialisé
- Ergothérapeute
- Hygiéniste dentaire
- Inhalothérapeute
- Kin siologue
- Orthophoniste
- Physiothérapeute
- Psychoéducateur
- Psychologue
- R cr ologue
- Technicien en génie
biomédical
- Technicien en loisirs
- Technicien en prévention
- Technicien en travail social
- Technicien en diététique
- Technicien en
documentation
- Technicien en
 lectrophysiologie médicale
- Technicien en réadaptation
physique
- Technologiste en médecine
nucléaire
- Technologiste médicale
- Technologue en médecine
nucléaire
- Technologue en
radiodiagnostic
- Travailleur social

FAITS SAILLANTS

Appréciation et amélioration de la qualité de la pratique professionnelle et de la sécurité

Le projet Amélioration de la pratique professionnelle par les pairs s'est poursuivi pour l'année 2014-2015. Suivant le calendrier prévu pour permettre à l'ensemble des professions de participer à ce projet, deux professions ont déposé un plan d'action, soit:

- Techniciennes en médecine nucléaire (novembre 2014)
- Nutritionnistes (mars 2015)

Six professions ont déposé leur rapport d'évaluation :

- Kin siologues (mai 2014)
- Archivistes médicales (octobre 2014)
- Techniciennes en documentation (octobre 2014)
- Techniciennes en diététique (octobre 2014)
- Technologues en médecine nucléaire (novembre 2014)
- Technologues en radiodiagnostic (mars 2015)

 valuation, maintien et développement des compétences

En septembre 2014, des démarches ont été entreprises auprès de la direction des ressources humaines afin que le CM puisse être impliqué dans le processus en lien avec les formations dispensées au personnel. Le comité de direction a entériné cette idée en adoptant la politique révisée DRH-022 «Formation et développement des compétences du personnel syndiqué» et la procédure DRV-DEV-001 «Formation conventionnée du personnel syndiqué». Dorénavant, le CM peut soumettre au secteur des ressources humaines des propositions de formations s'adressant à ses membres. Une première proposition a été déposée en janvier 2015.

Trois groupes de professionnels (psychoéducateurs, intervenants sociaux et nutritionnistes) ont profité des rencontres entre professionnels de même formation pour se réunir entre pairs et se donner un lieu commun de partage à des fins de formation continue, de maintien des compétences et de codéveloppement.

Préoccupation  thique reliée à la pratique professionnelle

Le CECM a participé à la consultation portant sur le nouveau Cadre de référence en éthique de l'établissement. Les membres du conseil multidisciplinaire sont très intéressés par les préoccupations éthiques liées à la pratique professionnelle. Trois de ses membres si gent au comité d'éthique clinique de l'établissement.

Prîx reconnaissance

Tous les ans, le conseil des infirmières et des infirmiers ainsi que le conseil multidisciplinaire remettent des prix à des professionnels s'illustrant à travers leur pratique professionnelle ainsi qu'au niveau de leur savoir-être. Voici les lauréats 2014-2015.

LE PRIX DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Récipiendaires - Édition 2015

Prix de coeur et d'action



Équipe de soins - Qualité des actes infirmiers

Josée Simoneau, directrice des soins infirmiers CIUSSS MCQ, Nathalie Perreault, directrice des soins infirmiers, Amélie Laroche, agente administrative, Sophie Beaudoin, conseillère-monitrice, Annie-Claude Frigon, conseillère, Caroline Juneau, conseillère, Nathalie Desfossés, inf. ressource soins de plaies, Élise Provencher, coordonnatrice, Eve Robitaille, conseillère (volet préceptorat) et Guylaine Labrie, technicienne en administration. Absentes de la photo : Louise Turgeon, conseillère-stomothérapeute, Patricia Gosselin, conseillère-stomothérapeute et Anny Garand, conseillère (volet approvisionnement).



Sophie Beaudoin
Infirmière

Josée Simoneau, directrice des soins infirmiers CIUSSS MCQ, Sophie Beaudoin, conseillère-monitrice à la qualité des actes infirmiers CSSSAE et Nathalie Perreault, directrice des soins infirmiers.



Catherine Parent
Infirmière auxiliaire

Josée Simoneau, directrice des soins infirmiers CIUSSS MCQ, Catherine Parent, infirmière auxiliaire à l'unité de médecine du 5A (HDA) et Nathalie Perreault, directrice des soins infirmiers.

LES PRIX DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Récipiendaires - Édition 2015



Jean-François Bussières, directeur des programmes Famille, Santé publique et Santé mentale, Dominique Baril, travailleuse sociale, Sonia Boucher, psychoéducatrice, Julie Routhier, agente de relations humaines et présidente au C ECM et Mirabelle C  t  Boulanger, psychoéducatrice.

Catégorie : Professionnel de c  ur et d'action

Mme Sonia Boucher

Psycho ducatrice

Catégorie : Innovation et développement dans son milieu de travail

Mme Dominique Baril

Travailleuse sociale

Catégorie : La Relève

Mme Mirabelle C  t  Boulanger

Psycho ducatrice

Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska

La Fondation Hôtel-Dieu d'Arthabaska permet à la communauté d'assurer à notre hôpital un soutien financier afin de réaliser des projets déterminants dans le maintien, l'amélioration, la qualité et la sécurité des soins et services hospitaliers offerts à toute la population des régions de Victoriaville et de L'Érable, de la naissance jusqu'à la fin de vie.



Campagne de souscription annuelle

Sous la présidence d'honneur de Mme Luce Bourgeois, la 34^e campagne de souscription annuelle de la Fondation a permis d'amasser une somme record de 1 163 650 \$. Grâce à l'appui des gens de cœur et d'une population généreuse et soucieuse des soins de santé dans notre région, les sommes recueillies permettront l'achat d'un échographe (valeur de 300 000 \$) et d'un appareil d'échoguidage (valeur de 80 000 \$). Les sommes excédentaires permettront aussi l'acquisition de plusieurs autres équipements nécessaires à la dispensation de soins de qualité.

Campagne majeure « À Notre Santé »

Les travaux de modernisation de l'hôpital ont débuté au mois d'octobre 2014. La Fondation a profité de ce moment pour dévoiler le nom du nouveau pavillon qui inclura la clinique pédiatrique, la clinique oncologique, le centre de soins ambulatoires, les nouvelles cliniques externes en spécialités médicales et l'accueil des visiteurs. Le pavillon portera fièrement le nom : Pavillon Jacques et Michel Auger, en reconnaissance de leur don historique de 1,5 million de dollars. L'inauguration est prévue pour 2015.

Membres du conseil d'administration

M. Alain Dumont, président
M. Alain Ducharme, vice-président
M. Luc Pépin, vice-président
M. Bernard Boutin, trésorier
Mme Geneviève Thibault, secrétaire
Mme Sylvie Baril, administrateur
M. Johan Deloffre, administrateur
M. Gaston Dufresne, administrateur
M. Jean Houle, administrateur
Mme Diane Labrie, administrateur
M. André Morissette, administrateur
M. André Pellerin, administrateur
Dr Christian Vinette, administrateur
M. Claude Charland, directeur général du CSSSAE et administrateur d'office
M. Alain Gervais, président sortant

Directeur répondant du CSSSAE

Dr Christian Vinette, directeur des services professionnels et affaires médicales

Directrice générale de la fondation :
Jacynthe Vallée

Fondation de l'Ermitage

La Fondation de l'Ermitage est dédiée à soutenir des personnes en perte d'autonomie résidant aux Centres d'hébergement du Chêne, du Roseau et des Étoiles-D'Or.

La campagne de financement 2014-2015 s'est tenue sous la présidence d'honneur de Mme Pauline Durand et de M. Raymond Beaudet et a générée un montant de 401 589 \$.



La Fondation de l'Ermitage s'est toujours donnée pour règle d'investir immédiatement les montants recueillis au cours des levées de fonds. Ainsi, la Fondation s'est engagée au cours de la dernière année pour les projets suivants :

- Aménagement de deux (2) salles d'eau au Centre d'hébergement des Étoiles-d'Or;
- Aménagement de deux (2) salons des familles/fin de vie et du hall d'entrée au Centre d'hébergement du Chêne;
- Achat d'équipements divers : 43 moteurs de levier sur rail, alternatives aux mesures de contrôles (tapis, protecteur, moniteur mobilité, hanche), fauteuils roulants et gériatriques, appareil à pression, etc.;
- Financement d'activités de loisirs pour les résidents;
 - Musicothérapie, zoothérapie, atelier réminiscence, sorties et activités sociales, etc.
- Service de transport par minibus;
 - Les dons ont permis de maintenir les frais de transport au plus faible coût possible pour les résidents utilisant le minibus du transport adapté;
- Aménagement d'un salon des familles/fin de vie en cours de réalisation au Centre d'hébergement des Étoiles-d'Or.

Membres du conseil d'administration 2013-2014

M. Marc-André Gagnon, président
M. Noël Juneau, président sortant
Mme Vicky Côté, 1^{re} vice-présidente
M. François Côté, 2^e vice-président
M. Paul Provencher, trésorier
Mme Maggie Aubert
M. Robert Béliveau
M. Raymond Dufour
M. Vincent Guay
M. Pierre James
M. Martin Laliberté
M. Hugues Marchand
M. Jean-Pierre Pelletier
Mme Pascale Ramsay
M. Philippe Rancourt
Mme Mélanie Thibodeau

Directrice répondante du CSSSAE :

Mme Geneviève Proulx, directrice du programme Personnes en perte d'autonomie

Directrice générale de la fondation :

Mme Sylvie Côté

Fondation CLSC Suzor-Coté

La Fondation CLSC Suzor-Coté contribue à améliorer la qualité de vie des usagers par le financement d'équipements spécialisés répondant aux besoins des nombreuses clientèles (jeunesse, adultes, aînés). Reconnue pour son apport général, au soutien des usagers, dans leur milieu de vie naturel et aux soins palliatifs à domicile, en particulier, la fondation apporte son aide dans les services tels : enfance, jeunesse, santé mentale jeunesse, déficience intellectuelle et aux familles.



La campagne 2014 a permis de générer des revenus de 209 838 \$ grâce à une campagne record de vente de poinsettias générant des revenus bruts de près de 48 000 \$.

L'appui d'autres organismes de la région est fort significatif dans la poursuite de notre mission et, à ce titre, il importe de souligner l'apport de la Fondation François Bourgeois, Signé Garneau Fleuriste, la Fondation Jacques et Michel Auger, les Caisses Desjardins secteur Bois-Francs/Érable, Les Productions Généreuses, l'Association des Femmes de carrière des Bois-Francs, la Fondation Les Amis d'Elliot et la Fondation Croteau, Isabelle et Robitaille.

Nous sommes fiers de mentionner que notre organisme a franchi, en 2014, le cap du million de dollars en achats d'équipements spécialisés et en matériel depuis le début de ses activités. En 2014, c'est plus de 113 000 \$ qui auront été investis en équipements et en matériel.

Membres du conseil d'administration

Mme France Auger, présidente

M. Carl Potvin, vice-président

M. Jacques Bédard, trésorier

M. Philippe Bergeron, secrétaire

Mme Jasmine Boily, administratrice

Mme Francine Gagnon, administratrice

M. Raymond Martin, administrateur

Mme France Giroux, nommée d'office à titre de coordonnatrice du SAD

M. Vincent Bergeron, administrateur

Mme Christine Côté, administratrice

Directeur répondant du CSSSAE

M. Jean-François Bussières, directeur des programmes Famille, Santé publique et Santé mentale

Coordonnateur de la fondation :

Gilles Langlois

Fondation CLSC-CHSLD de l'Érable

La Fondation du CLSC-CHSLD de l'Érable permet d'améliorer la qualité des soins et des services offerts à la population de la MRC de l'Érable. Par les dons amassés, la Fondation acquiert différents équipements et améliore l'environnement, et ce, autant pour les



services offerts au CLSC de l'Érable et au CLSC de la Samare que pour ceux des trois centres d'hébergement soit : CH du Tilleul (Plessisville), CH des Quatre-Vents (Lyster) et CH de St-Eusèbe (Princeville) situés sur son territoire. Pour l'année financière se terminant le 30 septembre 2014, sous la présidence d'honneur de M. Sylvain Godbout, président de Promutuel, la Fondation a amassé un montant de 138 722 \$ dépassant ainsi l'objectif fixé de 100 000 \$.

En 2014-2015, la fondation souligne son 25^e Anniversaire, sous la présidence d'honneur de M. Fernand Fortier. Avec l'appui de notre population et des entreprises, nous sommes assurés d'atteindre l'objectif de 135 000 \$. Nos trois activités principales de financement sont : le 5 à 7 en avril, le tournoi de golf en juin et le souper-bénéfice en septembre. Les dons In memoriam sont également une excellente source de financement pour notre Fondation.

Membres du conseil d'administration

M. Pierre Labonté, président
Mme Louise Boisvert, vice-présidente
M. Mario Hinse, trésorier
Mme Nancy Manningham, secrétaire
Mme Lucie Campagna, administratrice
Mme Sylvie Côté, administratrice
M. Gilles Gosselin, administrateur
Mme Mariette Goulet-Laflamme, administratrice
M. Antonio Vigneault, administrateur

Répondante du CSSSAE

Mme Josée Simoneau, directrice du programme Santé physique

Coordonnatrice de la fondation :
Diane St-Pierre

Les bénévoles

Le rôle des bénévoles consiste à faire partie du conseil d'administration, aider une fondation dans une activité de financement, visiter un malade, apporter du support à la boutique de cadeaux, assister le personnel dans une activité de loisirs. Voilà quelques visages différents du bénévolat dans notre établissement.

Les bénévoles ont une contribution importante à la qualité du milieu. Que ce soit pour quelques heures ou tout au long de l'année, leur présence chaleureuse est appréciée auprès de nos équipes de soins, des usagers et visiteurs.

Portrait du bénévolat en 2014-2015

Bénévoles : 287

Heures de bénévolat : 35 929

* Le portrait du bénévolat tient compte des gestes posés directement auprès des usagers, des résidents et des visiteurs.

Hôtel-Dieu d'Arthabaska

70 bénévoles – 5 935 heures de bénévolat.

- Service d'accueil et d'orientation aux cliniques externes, café et jus offerts tous les matins.
- Participation au programme « Belle et bien dans sa peau » pour les femmes atteintes de cancer.
- Boutique Éclair.
- Orientation des usagers en chirurgie d'un jour.
- Accompagnement des patients en traitement d'oncologie.
- Visite des usagers en gériatrie active.
- Visite des usagers en soins palliatifs.
- Activité reconnaissance des 5, 10, 15, 20, 25 et 30 ans de bénévolat.

Centres d'hébergement

217 bénévoles – 29 994 heures de bénévolat.

- Activités de loisirs : atelier de cuisine, musique, causeries, classe d'exercices, cafés-rencontres, fêtes d'anniversaires, activités spéciales et thématiques, groupes de stimulation, jeux de société.
- Activités spirituelles : animation pastorale, assistance à la messe.
- Accompagnement : rendez-vous médicaux, visites d'amitié, sorties de loisirs. Lorsque la famille n'est pas disponible, des bénévoles assurent un accompagnement auprès des résidents.
- Transport adapté : rendez-vous médicaux, sorties familiales, sorties de loisirs.
- Activités de la vie quotidienne et domestique.
- Autres : boutique, vestiaire, réparation de vêtements, décoration, bi-bibliothèque, nettoyage de fauteuils roulants, location du câble.

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

ARTICLE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 **Préambule**

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 **Objectifs généraux et champ d'application**

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

- 1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- 2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- 3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- 4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- 5° Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

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

1.3 **Fondement**

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, L.R.Q., c. M-30.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

- a) **Acte dérogatoire** : manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code.
- b) **Administrateur** : un membre du conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
- c) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration;
- d) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
- e) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
- f) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée.

tée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

- g) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la Loi d'interprétation, L.R.Q., c. I-16;
- h) **Conseil d'administration** : désigne le conseil d'administration de l'Établissement;
- i) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;
- j) **Établissement** : désigne le Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable;
- k) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
- l) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration de l'Établissement;
- m) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- n) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;
- o) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement;
- p) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
- q) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

ARTICLE 3 – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

- 3.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.
- 3.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
- 3.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.
- 3.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 3.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.
- 3.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales

en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.

- 3.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.
- 3.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

ARTICLE 4 – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Disponibilité et participation active

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

Respect

- 4.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- 4.3 L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- 4.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

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

Neutralité

- 4.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- 4.7 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

- 4.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- 4.9 L'administrateur partage avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du conseil d'administration.

Discretion et confidentialité

- 4.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- 4.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.

- 4.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques et médias sociaux

- 4.13 L'administrateur respecte la politique de communication (CA-007) de l'Établissement, laquelle traite notamment des relations avec les médias, ainsi que la politique sur l'utilisation des médias sociaux (CA-008) de l'Établissement, laquelle balise leur utilisation.

Charge publique

- 4.14 L'administrateur informe le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- 4.15 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

- 4.16 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.
- 4.17 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

- 4.18 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- 4.19 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

- 4.20 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.
- 4.21 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE 5 – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

- 5.1 L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

ARTICLE 6 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

- 6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.
- 6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
 - c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
 - e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.
- 6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 6.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).
- 6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique.
- 6.9 La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

ARTICLE 7 – FIN DU MANDAT

- 7.1 Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.
- 7.2 L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

- 7.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 7.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- 7.5 L'administrateur 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.

ARTICLE 8 – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

- 8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.
- 8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
- 8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

- 8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :
- a) Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30);
 - b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
 - c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
 - d) Conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
 - e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
 - f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
 - g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant.
- 8.2.2 Le comité de gouvernance et d'éthique, saisi d'un acte dérogatoire au présent code, décide des mesures appropriées en fonction de la gravité des faits reprochés. Ces mesures peuvent être :
- a) L'adoption de mesures préventives.
 - b) De saisir le comité de discipline des faits reprochés.
- Le comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement, lors d'une réunion tenue à huis clos.

8.3 Comité de discipline

- 8.3.1 Le conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois (3) membres et, d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant nommé par le conseil d'administration.
- 8.3.2 De plus, le comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.
- 8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.
- 8.3.4 Le comité de discipline a pour fonctions de :
- a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

- b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
- c) Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE 9 – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 9.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.
- 9.3 Le comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de discipline.
- 9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 9.5 Le comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.
- 9.6 Tout membre du comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 9.7 Le comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
- 9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 9.9 Le comité de discipline transmet son rapport au conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
 - a) Un état des faits reprochés;
 - b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 9.10 En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 9.11 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions 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. S'il s'agit

du directeur général, le conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).

- 9.12 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
- 9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
- 9.14 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la Loi sur les archives, (L.R.Q., c. A-21.1).

ARTICLE 10 – DIFFUSION DU CODE

- 10.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.
- 10.2 Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

ARTICLE 11 – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

- 11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'Établissement.

11.2 Révision

- 11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

12 installations

MISSION CENTRE HOSPITALIER

Hôtel-Dieu d'Arthabaska (centre administratif)
5, rue des Hospitalières, Victoriaville, G6P 6N2

Tél. : 819 357-2030

MISSION CLSC

CLSC de l'Érable

1331, rue Saint-Calixte, Plessisville, G6L 1P4

Tél. : 819 362-6301

CLSC de la Samare

1450, avenue Trudelle, Plessisville, G6L 3K4

Tél. : 819 362-1330

CLSC des Bois-Francis

339, boulevard Bois-Francis Nord, Victoriaville, G6P 7B7

Tél. : 819 758-7281

CLSC Suzor-Coté

100, rue de l'Ermitage, Victoriaville, G6P 9N2

Tél. : 819 758-7281

MISSION CENTRE D'HÉBERGEMENT

Centre d'hébergement de Saint-Eusèbe

435, rue Saint-Jacques Est, Princeville, G6L 5C5

Tél. : 819 364-2355

Centre d'hébergement des Étoiles-d'Or

10, rue L'Heureux, Warwick, J0A 1M0

Tél. : 819 358-6833

Centre d'hébergement des Quatre-Vents

2180, rue Bécancour, Lyster, G0S 1V0

Tél. : 819 389-5923

Centre d'hébergement du Chêne

61, rue de l'Ermitage, Victoriaville, G6P 6X4

Tél. : 819 751-8511

Centre d'hébergement du Roseau

45, rue de l'Ermitage, Victoriaville, G6P 6X4

Tél. : 819 751-8511

Centre d'hébergement du Tilleul

1340, rue Cormier, Plessisville, G6L 0G1

Tél. : 819 362-7431

COMPLEXE

Complexe Saint-Ferdinand

230, rue Principale, Saint-Ferdinand, G0N 1N0

Tél. : 418 428-3266

Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Centre administratif

5, rue des Hospitalières

Victoriaville (Qc) G6P 6N2

www.csssae.qc.ca