



CSSS BÉCANCOUR–NICOLET-YAMASKA

Rapport annuel

2014-2015



notre *Expertise...*
votre santé,
votre mieux-être

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	3
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES	4
MESSAGE DU PRÉSIDENT DIRECTEUR GÉNÉRAL	5
MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	6
PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION	8
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	
• Mission, vision et valeurs	9
• Principes directeurs, philosophie d'intervention et philosophie de gestion	10
• Membres du conseil d'administration	12
• Organigramme	13
INSTANCES DE L'ÉTABLISSEMENT	
• Comité de gestion des risques	15
• Comité de vigilance et de la qualité	16
• Comité des usagers	16
• Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	17
• Conseil des infirmières et des infirmiers	20
• Conseil multidisciplinaire	21
• Conseil des sages-femmes	21
• Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	22
ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	
• Projet clinique	23
• Accessibilité et continuité des services	24
• Qualité et sécurité des services	30
• Ressources humaines	34
• Amélioration continue de la performance des services	36
• Projets de recherche	40
• Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs	40
ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	41
• Explication des écarts	43
• Autres cibles	43

ÉTATS FINANCIERS

• Rapport de la direction _____	44
• Rapport de l'auditeur _____	45
• État des résultats _____	46
• État des surplus (déficits) cumulés _____	47
• État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) _____	47
• État de la situation financière _____	48
• État des flux de trésorerie _____	49
• Notes aux états financiers _____	51
• État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant _____	63

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION _____	64
---	-----------

STATISTIQUES

• Services aux personnes en perte d'autonomie _____	66
• Santé physique et services diagnostiques _____	67
• Services à la communauté et multidisciplinaires _____	68
• Ressources humaines _____	69
• Services professionnels _____	70

LISTE DES ACRONYMES

ASSS.....	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
BCM.....	Bilan comparatif des médicaments
CHSLD.....	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CSME.....	Comité santé et mieux-être
CSN.....	Confédération des syndicats nationaux
CSSS.....	Centre de santé et de services sociaux
DCIR.....	Dossier clinique informatisé régional
CSSSBNY.....	Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska
DI-TED.....	Déficiência intellectuelle – Trouble envahissant du développement
DP.....	Déficiência physique
DRH.....	Direction des ressources humaines
DSPPA.....	Direction des services aux personnes en perte d'autonomie
DSQ.....	Déploiement du Dossier santé Québec
FIQ.....	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
GMF.....	Groupe de médecine familiale
GPMO.....	Gestion prévisionnelle de main-d'œuvre
IPA.....	Infirmière-pivot Alzheimer
IPS-SPL.....	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IUGS.....	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
MPOC.....	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MELS.....	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS.....	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC.....	Outil d'évaluation multiclientèles
OMH.....	Office municipal d'habitation
PAB.....	Préposé(e) aux bénéficiaires
PCI.....	Prévention et contrôle des infections
PDRH.....	Plan de développement des ressources humaines
PMO.....	Plan de main-d'œuvre
PRISMA.....	Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie
P.S.I.....	Plan de services individualisé
RNI.....	Résidence non institutionnelle
RPA.....	Résidence privée pour aînés
SAD.....	Soins à domicile
SAPA.....	Soutien à l'autonomie de la personne âgée
SCPD.....	Symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence
SI.....	Suivi intensif
SIV.....	Soutien en intensité variable
TED.....	Trouble envahissant du développement
TSA.....	Trouble du spectre de l'autisme
UCDG.....	Unité de courte durée gériatrique

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES PRÉSENTÉES AU RAPPORT ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Martin Beaumont', with a stylized flourish at the end.

Martin Beaumont

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 de Bécancour–Nicolet-Yamaska, 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 mettrons 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!

Martin Beaumont
Président-directeur général

MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au 31 mars 2015



M^{me} Danielle Gamelin, directrice générale
M. Daniel Jean, président du CA

L'année 2014-2015 a permis au Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet–Yamaska (CSSSBNY) de réaliser de nombreux projets qui le positionne comme un établissement performant ayant pour mission la santé et le mieux-être de sa communauté. Pour bien remplir cette mission, nous avons été à l'écoute des besoins de notre population, adapté notre offre de service à ces besoins et déployé les énergies et les efforts nécessaires afin de rendre les services accessibles, en continu, de qualité et sécuritaires.

C'est avec beaucoup de fierté et de professionnalisme que tout le personnel et les médecins de l'établissement mettent en commun leur expertise au bénéfice de la santé de la population et incarnent nos quatre valeurs qui inspirent leurs décisions et leurs actions au quotidien : *humanisme, solidarité, responsabilisation et innovation*.

Des éléments environnementaux et contextuels nous interpellent particulièrement et nous invitent à optimiser nos façons de faire : la réorganisation en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux, le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques (diabète, hypertension, obésité, maladies pulmonaires, etc.), l'évolution des pratiques professionnelles et de la technologie, les jeunes en difficulté et leurs familles, la promotion et le développement de saines habitudes de vie, la pratique médicale sur notre territoire, etc.

Par conséquent, cinq priorités organisationnelles ont été identifiées pour l'année 2014-2015.

Projet clinique

Le CSSSBNY agit en tant que coordonnateur de cette démarche de l'ensemble des partenaires du réseau local de services. Le projet clinique vise à faire évoluer et adapter l'offre de service territoriale en matière de santé et services sociaux. Pour ce faire, quinze priorités ont été identifiées au plan d'action 2012-2015. Celles-ci ont été réalisées en collaboration avec notre personnel, nos médecins et nos partenaires.

Accessibilité et continuité des services

Nous avons poursuivi plusieurs travaux visant à assurer une meilleure accessibilité et continuité des services. De façon continue, nous devons adapter les services selon les besoins évolutifs de la population, et ce, pour tous les types de clientèles selon les problématiques de santé émergentes.

- Actualiser le déploiement du programme visant le soutien à domicile aux personnes en perte d'autonomie.
- Actualiser le Plan d'action sur la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques 2012-2015.
- Adapter l'offre de service de première ligne en santé mentale en fonction du cadre de référence régional.
- Actualiser les plans d'action du programme Jeunes en difficulté, notamment pour le volet négligence et trouble du comportement.
- Optimiser les activités du soutien à domicile afin d'augmenter le temps direct à la clientèle en déficience intellectuelle, déficience physique et personnes âgées.
- Poursuivre le déploiement du suivi systématique des troubles cognitifs (projet pilote).

Qualité et sécurité des services

En mai 2014, le CSSSBNY a accueilli avec grande fierté le renouvellement de sa certification par Agrément Canada pour les services offerts à la population. Cette accréditation résulte d'un processus rigoureux d'évaluation qui prend appui sur des normes visant les meilleures pratiques en matière de gouvernance, de gestion, de qualité et de sécurité des soins et services.

La clientèle admise en centre d'hébergement est depuis quelques années en grande perte d'autonomie. Les troubles cognitifs et de comportement sont davantage présents qu'avant. Considérant ces changements et la volonté ferme du CSSSBNY d'offrir des milieux de vie de qualité, un important projet d'amélioration des pratiques en hébergement s'est mis en branle en 2014 pour se terminer en mars 2016. Notre objectif : répondre davantage aux besoins des résidents en questionnant les pratiques et processus de soins et de services afin de les ajuster au contexte et à la clientèle actuels, et ce, pour augmenter le temps direct aux résidents.

Ressources humaines

Toujours dans sa volonté de poursuivre le développement d'un milieu de travail en santé, le CSSSBNY a finalisé la réalisation du Plan de développement des ressources humaines 2012-2015. Nous avons également obtenu la certification *Entreprise en santé* le 9 mars 2015, ce qui fait foi des efforts soutenus déployés par le comité santé et mieux-être, les gestionnaires et tout le personnel pour assurer la réalisation des activités incluses au plan triennal. Cette démarche vise à maintenir et à améliorer, de façon durable, l'état de santé et de mieux-être du personnel du CSSSBNY.

Amélioration continue de la performance des services

Plusieurs projets d'optimisation ont été réalisés encore cette année :

- Planification informatisée des routes de travail des soins infirmiers à domicile.
- Révision des outils de travail de la catégorie 4 (techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux).
- Amélioration des pratiques de travail des préposés aux bénéficiaires (PAB).
- Révision des pratiques en soins palliatifs dans les lits d'hébergement.
- Révision du processus d'approbation hiérarchique des requêtes électroniques à l'approvisionnement.

L'amélioration continue de la performance des services s'est aussi traduite par le développement de plusieurs outils de mesure qui nous permettent de mieux évaluer nos services et leurs impacts dans un contexte où les ressources sont limitées et où il faut adapter les services en fonction des besoins de la population.

À l'instar des autres établissements de santé du Québec, le CSSSBNY a participé au déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ). Le DSQ facilite le travail des médecins et des autres professionnels de la santé autorisés, en leur permettant d'accéder à certains renseignements de santé jugés essentiels à la prestation de soins (consultation des rapports de laboratoire et de radiologie de même que le profil pharmacologique). Il est complémentaire aux dossiers cliniques de l'établissement de santé, de la pharmacie communautaire et du cabinet privé ou Groupe de médecine familiale (GMF).

Dans la foulée de ces travaux d'optimisation, nous constatons que la culture de la performance et de la mesure est en plein développement au CSSSBNY. Cette culture devient un levier important pour démontrer fièrement nos réalisations et ajuster, au besoin, nos processus.

En terminant, nous profitons de cette belle opportunité pour reconnaître l'effort collectif qui génère la réussite collective. Nos remerciements à l'ensemble du personnel, à nos partenaires internes (médecins, comité des usagers, comités des résidents, bénévoles, conseils professionnels, syndicats) et à nos partenaires du réseau local de services pour leur implication et leur engagement à relever tous ensemble le défi d'amélioration continue de la santé et du mieux-être de la population de notre territoire.

L'implication, la compétence et l'engagement constituent les ingrédients de base essentiels pour réaliser la vision de notre organisation et à y donner un sens dans l'action : « **Une organisation performante en santé** ».

PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION

CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

Le territoire de Bécancour–Nicolet-Yamaska a une superficie de 2 153 km² et regroupe 30 municipalités dans deux MRC (Bécancour et Nicolet-Yamaska). En 2013, le territoire comptait 42 165 habitants, ce qui représente 8,4 % de la population régionale.

Le territoire présente une croissance naturelle quasiment nulle, le nombre de naissances y surpassant à peine celui des décès, avec un taux d'accroissement négligeable de 0,3 % de 2009 à 2013. Il est à signaler que les jeunes adultes et la population âgée du territoire connaissent des soldes migratoires négatifs.

On compte sur le territoire 8 446 personnes âgées de 65 ans et plus (20 % de la population contre 16,7 % au Québec). À l'intérieur de ce groupe, les personnes de 75 ans et plus (3 684 personnes) représentent 8,7 % de la population. Entre 2013 et 2020, le nombre de personnes de 65 ans et plus augmentera de plus de 1 900 personnes (23 % de plus) pour atteindre 24 % de la population (10 % de 75 ans et plus). Les personnes âgées constitueront l'essentiel de l'accroissement de la population pour cette période (les moins de 18 ans n'étant appelés à augmenter que d'à peine 1 % et la population de 18-64 ans à décroître de 5 %).

Avec environ 410 naissances par année, les femmes en âge de procréer présentent un indice de fécondité (1,87 enfant par femme) supérieur à celui du Québec. La fécondité y est plus précoce qu'au Québec. Le taux de fécondité des femmes de 30 ans et plus est inférieur à celui des Québécoises du même âge alors que les femmes de 20-29 ans y affichent un taux supérieur à celui des jeunes Québécoises.

CONDITIONS SOCIOCULTURELLES

Un peu moins du quart (22,9 %) des familles comptant au moins un enfant de moins de 18 ans sont en situation de monoparentalité. Ainsi, 19,5 % des jeunes de cet âge vivent en famille monoparentale.

Plus d'une personne de 65 ans et plus sur quatre habite seule (29,1 %) et 85,3 % des aînés vivent à domicile (soit moins qu'au Québec).

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES

Parmi les adultes de 25-44 ans, 19 % n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (contre 14,8 % au Québec) et seulement 14,3 % détiennent au moins un baccalauréat (23,3 % au Québec). Toutefois, le territoire se compare au Québec au chapitre du taux d'emploi (59,2 %) et connaît un taux de chômage parmi les plus faibles de la région (6,3 %).

En 2005, 10,4 % de la population vivait au sein de ménages sous le seuil de faible revenu avant impôt (moins qu'au Québec). Avec la contribution des programmes sociaux, cette proportion diminue à 6,6 % après impôt. Il est à noter que les femmes se retrouvent en plus grande proportion que les hommes dans cette situation.

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Près de 53 % de la population se déclare très satisfaite de sa vie sociale, ce qui semble plus important qu'au Québec. Il est à noter que Bécancour–Nicolet-Yamaska se retrouve dans une région qui se démarque favorablement du Québec quant au soutien social ressenti par sa population ou au sentiment d'appartenance à sa communauté.

On constate, par ailleurs, que 22,3 % de la population de 15 ans et plus prodigue des soins aux personnes âgées sans rémunération (davantage qu'au Québec : 18,6 %).

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

NOTRE MISSION

Le CSSSBNY a pour mission :

- D'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.
- De réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions dans la Loi sur la santé publique.
- D'offrir des services diagnostiques et de soins médicaux généraux. À cette fin, l'établissement reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.
- D'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage.

NOTRE VISION

Notre raison d'être étant la réponse aux besoins de santé et de services sociaux de nos citoyens, nous sommes fiers d'appartenir à cette communauté. Cette fierté se concrétise par l'appréciation des efforts déployés par tout le personnel, les médecins et tous les acteurs du réseau local. Ceux-ci contribuent à la création d'un milieu propice à l'innovation qui nous amènera à atteindre collectivement des résultats d'excellence en termes de santé et de services sociaux.

Cette place, parmi les meilleures, sera atteinte par la performance de notre organisation. Cette performance se traduit par la prestation de services accessibles, en continu, de qualité et sécuritaires, avec les ressources disponibles pour réaliser notre mission. Elle se traduit aussi par du personnel et des médecins compétents et engagés qui partagent cette vision et y donnent un sens dans l'action.

Ainsi, notre vision peut se résumer par la phrase suivante : ***Une organisation performante en santé!***

NOS VALEURS

Les valeurs d'une organisation constituent la pierre angulaire sur lesquelles nous nous appuyons pour accomplir le défi d'amélioration de la santé et du mieux-être de la population. Elles nous guident et canalisent les efforts humains aussi bien sur le plan personnel que professionnel. Elles représentent notre identité, nos convictions profondes, ce à quoi nous croyons fondamentalement.

L'humanisme

La disposition qui engendre le respect, la compassion, la bienveillance, l'empathie, la considération, la confiance et l'équité dans les relations.

La responsabilisation

Le fait d'être responsable de ses actions, ses engagements, de les exécuter avec autonomie, rigueur et dans un souci de qualité.

La solidarité

Un état qui sollicite les personnes à s'accorder une aide mutuelle et qui signifie que nous sommes liés par une cause, un intérêt commun, un projet collectif, et ce, en partenariat.

L'innovation

L'action de créer, d'introduire quelque chose de nouveau dans nos pratiques et nos façons de faire.

NOS PRINCIPES DIRECTEURS

Pour l'allocation de ses multiples ressources, le CSSSBNY s'appuie sur quatre principes directeurs étroitement interreliés.

La qualité

Lorsqu'on parle de qualité, on fait référence à un ensemble d'attributs du processus qui favorisent le meilleur résultat possible, tel qu'il est défini, d'une part, par le concept de service et d'autre part, par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales.

La pertinence

La pertinence réfère à l'utilisation des ressources pour répondre aux plus importants problèmes de santé et de bien-être ou pour cibler les efforts vers les personnes et les groupes qui en ont le plus besoin. C'est la pertinence qui donne un sens à notre action.

L'efficacité

L'efficacité consiste à assurer le meilleur usage des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles disponibles pour offrir les services. Ce principe pourrait nous amener à revoir des pratiques, ce qui permettrait, entre autres, une révision des tâches et des responsabilités.

L'équité

L'équité vise la réduction des écarts de santé et de bien-être observés entre les groupes et les territoires ainsi que l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour toute personne qui les requiert.

NOTRE PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

Tout intervenant au CSSSBNY adhère aux éléments de la philosophie d'intervention.

- Nous privilégions une approche globale et personnalisée.
- Nous visons le développement et le maintien de l'autonomie de la personne dans son milieu de vie naturel.
- Nous accordons, en collaboration avec nos partenaires, une importance à l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être en vue d'améliorer, maintenir et rétablir la santé et le bien-être de la population.
- Nous favorisons la responsabilisation de l'usager en considérant ses croyances et ses valeurs tout comme le développement et le maintien de son autonomie selon son rythme et ses capacités.
- Nous contribuons avec la personne, sa famille et ses proches, à l'identification des besoins et des problèmes sociaux ainsi qu'à la résolution de ces derniers.
- Nous valorisons la participation de l'usager à trouver des réponses à ses besoins et des solutions satisfaisantes aux problèmes qu'il a exprimés.
- Nous favorisons l'utilisation d'approches et de pratiques contribuant à développer une responsabilité face à l'adoption de saines habitudes de vie.
- Nous favorisons le travail en équipe interdisciplinaire, de façon efficiente, en vue d'établir la planification de l'intervention.
- Nous offrons un accompagnement empreint d'empathie et de compassion, particulièrement lors des passages marquants de la vie comme la naissance ou lorsque la personne est en fin de vie.
- Nous exigeons des relations respectueuses, respectant la notion de confidentialité, sans aucune forme de violence entre les intervenants et l'usager.
- Nous privilégions l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services.

NOTRE PHILOSOPHIE DE GESTION

Notre philosophie de gestion émerge directement de nos valeurs. Elle nous soutient dans le sens à donner à nos actions. Elle décrit l'attitude générale que l'équipe de gestion adopte dans ses relations à l'égard de son personnel et de ses partenaires.

Notre personnel constitue la plus importante ressource consacrée à la réalisation de notre mission, de nos objectifs et de notre développement organisationnel. Notre engagement à l'amélioration continue de nos services s'appuie sur les efforts individuels et collectifs. Chaque personne devient l'atout majeur de notre succès et de la haute qualité des soins et services.

Cette gestion des personnes ainsi que la gestion des relations que nous bâtissons avec nos partenaires reposent sur les postulats suivants :

- Nous prônons le travail en réseau interne et externe. Pour ce faire, nous préconisons le travail d'équipe, en interdisciplinarité et en partenariat.
- Nous favorisons une approche participative et responsable avec notre personnel et nos partenaires.
- Nous préconisons l'atteinte des résultats en appliquant toute la rigueur nécessaire.
- Nous favorisons la transparence, la communication, l'écoute et l'ouverture.
- Nous privilégions une approche de reconnaissance et de mobilisation.
- Nous favorisons le développement des compétences, responsabilité que nous partageons avec chacun des employés.
- Nous prônons le soutien professionnel et individuel de chacun en tenant compte des forces et des expertises.
- Nous favorisons la créativité, l'autonomie et l'apprentissage dans l'action.
- Nous valorisons l'engagement et le professionnalisme de notre personnel.
- Nous exigeons le respect mutuel dans toutes les relations interpersonnelles sans aucune forme de violence.

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au 31 mars 2015



M. Daniel Jean
président



M^e Dominique Lauzière
vice-présidente



M^{me} Danielle Gamelin
secrétaire et directrice
générale



M. Pierre Fréchette
trésorier



M^{me} Georgette Asselin
administratrice



M^{me} Marie-Line Audet
administratrice



M^{me} Caroline Blackburn
administratrice



M. Pascal Blondin
administrateur



M^{me} Ginette Boisvert
administratrice



M. Jean Bourbeau
administrateur



D^{re} Mireille Cantin
administratrice



M. Pierre Dionne
administrateur



M^e Catherine Grenier
administratrice



M^{me} Denise Lafleur
administratrice



M^{me} Barbara Paquet
administratrice



**M^{me} Marie-Pierre
Paquin-Boutin**
administratrice



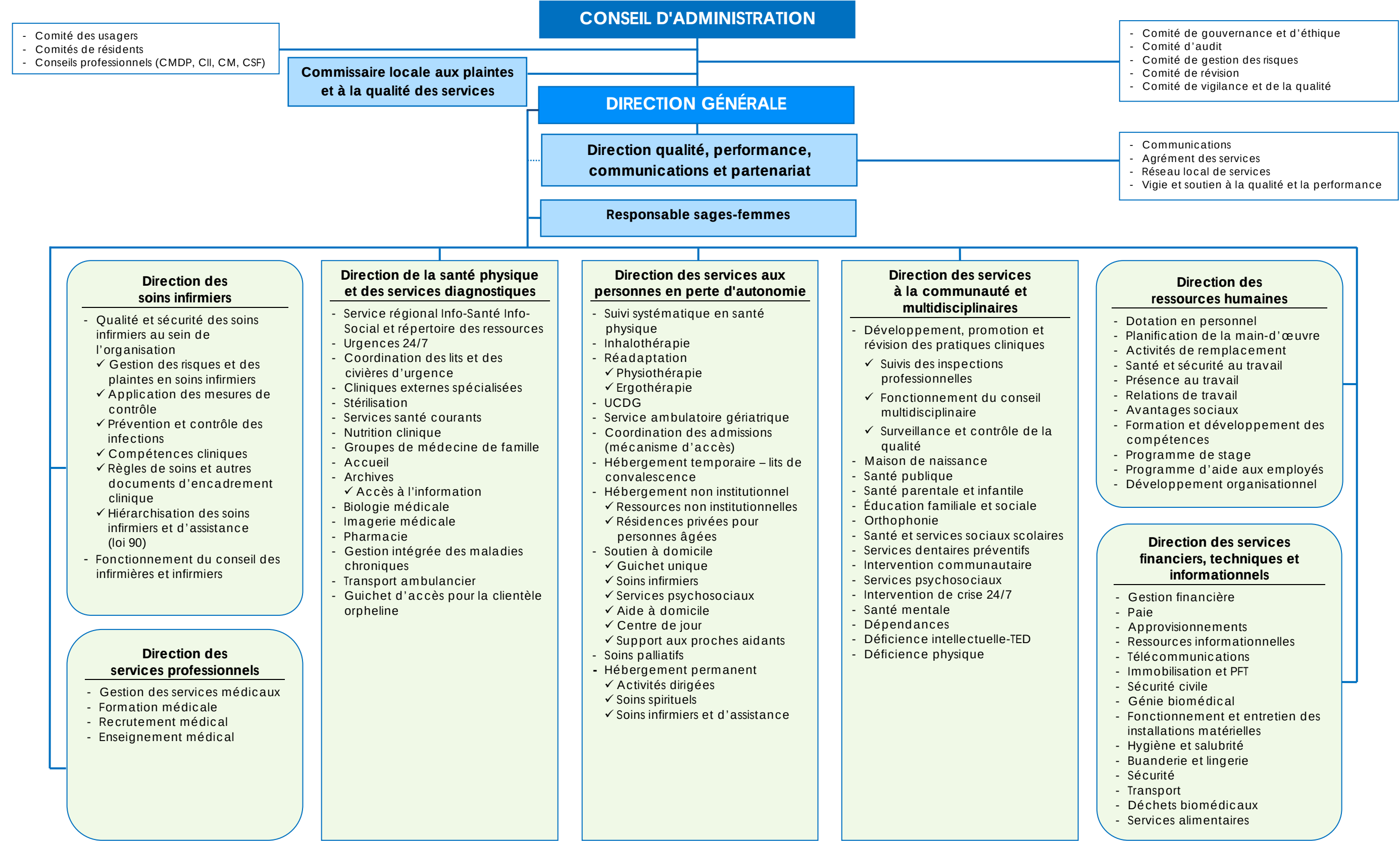
M^{me} Lucie Poulet
administratrice



M. Lucien Roy
administrateur



M^{me} Céline Thibodeau
administratrice



INSTANCES DE L'ÉTABLISSEMENT

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

M^{me} Georgette Asselin, représentante du comité des usagers

M. Paul Baril, directeur qualité, performance, communications et partenariat, représentant du comité de l'agrément

M^{me} Annie Caplette, représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Mme Évelyne Carley, représentante du conseil multidisciplinaire

M. Steve Cournoyer, chef des activités techniques, représentant du COPIN et du CPSST

M^{me} Nancy Deshaies, représentante du conseil des infirmières et infirmiers

M. Patrick Hubert, directeur des soins infirmiers et adjoint à la Direction des services professionnels, gestionnaire des risques et représentant du comité de prévention et de contrôle des infections

M^{me} Christine Larivière, conseillère en soins infirmiers attitrée au service-conseil à la gestion des risques

M^{me} Caroline Marchand, représentante du conseil des sages-femmes

M. Martin Morin, chef de l'administration de programmes des services diagnostiques, représentant du comité de gestion du système de qualité (biologie médicale)

FAITS SAILLANTS

Promouvoir et favoriser la culture de déclaration des événements indésirables au CSSSBNY

- Poursuite des formations sur le logiciel Gesrisk. La culture de non-blâme et de déclaration des événements indésirables est consolidée auprès du personnel lors de ces formations.
- Promotion de la culture de non-blâme et de déclaration des événements indésirables lors de deux rencontres d'information pour les gestionnaires.
- Tournée des comités de gestion des directions cliniques.

Poursuivre l'évaluation des alternatives afin de diminuer les erreurs de médicaments

- Suivi des erreurs de médicaments à chaque réunion du comité grâce aux rapports périodiques des événements par gravité.
- Quatre cent sept (407) erreurs liées à la médication, soit 40 % de la totalité des événements déclarés par le biais des rapports d'incidents et d'accidents.
- Dans plusieurs événements rapportés, soit dans 40 % des cas, la médication n'a pas été administrée à l'utilisateur.
- Dans la majorité des erreurs liées à la médication, soit dans 82 % des cas, aucune conséquence n'a été rapportée pour l'utilisateur (gravité C et D sur l'échelle de gravité).
- Vigie en regard des travaux de l'équipe de la pharmacie.

Suivre l'évolution du comité de travail interdisciplinaire concernant les usagers présentant des risques d'obstruction respiratoire

- Création du comité de travail sur les situations d'étouffement (dysphagie et syndrome du mangeur rapide). Le comité s'est réuni à deux reprises.
- Rédaction du *Programme sur la dysphagie et le syndrome du mangeur rapide* en équipe multidisciplinaire et adoption lors du comité de direction du 17 mars 2015.
- Création d'outils de dépistage et d'identification des résidents à risque d'étouffement ou dysphagiques.

RECOMMANDATIONS

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de gestion des risques a tenu quatre rencontres et aucune recommandation n'a été adressée à l'intention du conseil d'administration.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

M^{me} Lucie Poulet, présidente (cooptée)

M^e Dominique Lauzière, vice-présidente (population)

M^{me} Danielle Gamelin, directrice générale

M^{me} Danielle Vachon, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

M^{me} Georgette Asselin, administratrice (comité des usagers)

FAITS SAILLANTS

Rapports périodiques

Des rapports périodiques ont été effectués relativement aux sujets suivants :

- Traitement des plaintes.
- Gestion des risques.
- Données de surveillance sur les infections.
- Utilisation des mesures de contrôle.

Démarche d'agrément

Présentation du rapport à la suite de la visite du 11 au 16 mai 2014.

Entretiens préventifs des équipements

Rapports trimestriel des entretiens préventifs des équipements.

RECOMMANDATIONS

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de vigilance et de la qualité a tenu quatre rencontres et a fait rapport de ses travaux au conseil d'administration. Aucune recommandation particulière n'a été adressée à l'intention du conseil d'administration.

COMITÉ DES USAGERS

M^{me} Georgette Asselin, présidente

M^{me} Ginette Grenier, vice-présidente

M^{me} Huguette C. Baribeau, trésorière

M^{me} Ginette Boisvert, secrétaire

M. Jacques Barrette, représentant du Centre d'hébergement Saint-Célestin

M^{me} Martine Bergeron, représentante du Centre d'hébergement Romain-Becquet

M^{me} Rollande Bergeron, représentante de la population

M^{me} Noëlla Demers, représentante du Centre d'hébergement Fortierville

M. Germain Drouin, représentant de la population

M. Valentin Gava, représentant du Centre d'hébergement Lucien-Shooner

FAITS SAILLANTS

Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations

- Présentation, à huit reprises, des droits et obligations à des groupes communautaires avec la participation de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

- Diffusion d'information reçue de l'établissement et du conseil de la protection des malades (CPM) auprès des comités de résidents.
- Formations offertes et réalisées par les comités de résidents : « Reconnaître les dépenses admissibles et non admissibles » selon les fonctions dévolues par la Loi.
- Actualisation du dépliant explicatif sur le rôle du comité des usagers.
- Élaboration du livret « Ouvre-moi ta porte » résumant les cinq énoncés des principales responsabilités d'un membre de comité de résidents.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers

Distribution et appropriation des membres des comités de résidents de l'information relative aux recommandations conséquentes des visites ministérielles d'évaluation des centres d'hébergement du CSSSBNY.

Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente

Présence du comité des usagers sur différents conseils et comités ainsi que lors de plusieurs conférences afin de promouvoir les droits collectifs des usagers.

Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute la démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte en matière de santé et de services sociaux

- Rencontres de membres du comité avec des usagers voulant exprimer des besoins, des insatisfactions et suivi assuré par le membre du comité concerné.
- Consultations du conseiller juridique du CPM sur des demandes précises.
- Informations données à des usagers sur leurs droits et les recours possibles.

S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions

- Différentes démarches de recrutement de membres pour la remise sur pied du comité de résidents du Centre d'hébergement Romain-Becquet.
- Mise à jour du Règlement sur les règles de fonctionnement du comité des usagers et des comités de résidents à être ratifié par leurs assemblées générales respectives.
- Adoption et diffusion du Code de conduite des membres des comités d'usagers et de résidents.
- Renouvellement de l'affiliation au CPM pour le comité des usagers et les cinq comités de résidents de l'établissement.
- Information transmise aux comités de résidents sur le processus électoral pour l'élection des membres des comités.

RECOMMANDATIONS

Au cours de l'année 2014-2015, le comité des usagers a tenu sept rencontres ordinaires, neuf rencontres de l'exécutif et une rencontre extraordinaire. Une recommandation a été adressée au conseil d'administration : s'assurer de la collaboration de l'établissement (et ses directions de services) pour développer une culture de consultation du comité des usagers et des comités de résidents sur des sujets qui les concernent avant la mise en place de procédures, de politiques pour l'amélioration des services offerts à la population (usagers et résidents).

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le conseil regroupe tous les professionnels et toutes les professionnelles (omnipraticiens, spécialistes et pharmaciens) possédant un statut de membre actif ou associé. Au cours de l'année, il y a eu sept rencontres de l'exécutif qui est composé des personnes suivantes :

D^{re} Mylène Quevillon, présidente

D^{re} Mireille Cantin, vice-présidente

D^r Luc Bouvet, trésorier

M. Michaël Arguin, administrateur

D^{re} Isabelle Héroux, administratrice

D^{re} Nancy Lévesque, administratrice

M^{me} Danielle Gamelin, directrice générale

M. Patrick Hubert, directeur des soins infirmiers et adjoint à la Direction des services professionnels

D^r Dominique Tardif, directeur des services professionnels

FAITS SAILLANTS

Recrutement médical

- Participation au Salon des résidents de l'Université Laval, le 1^{er} août 2014, à Québec.
- Participation à la Journée carrière de la Fédération des médecins résidents du Québec, le 10 octobre 2014, à Montréal.
- Arrivée, en janvier 2014, de la D^{re} Marianne Lefebvre, médecin omnipratricienne au Service d'urgence du Centre Christ-Roi (PREM 2014).
- Arrivée, en février 2014, du D^r Huu-Nghi Quach, médecin omnipratricien, au Service du Centre Christ-Roi (PREM 2013, retour de région).
- Arrivée, en août 2014, de la D^{re} Jessica Morissette, médecin omnipratricienne, au Service d'urgence du Centre Christ-Roi (PREM 2014).
- Recrutement de la D^{re} Amélie Noël, médecin omnipratricienne, qui débutera en août 2015 au Service d'urgence du Centre Christ-Roi (PREM 2015).
- Recrutement de la D^{re} Laurence Provencher-Beaudoin, médecin omnipratricienne, qui débutera en août 2015 au Service d'urgence du Centre Christ-Roi (PREM 2015).
- Accueil de sept médecins résidents de l'UMF de Trois-Rivières au Service d'urgence du Centre Christ-Roi. La durée du stage varie d'une à quatre semaines par étudiant pour un total de treize semaines en 2014-2015.
- Accueil d'un médecin résident de l'UMF des Aurores Boréales de Lasalle au Service d'urgence du Centre Christ-Roi, pour quatre semaines.
- Accueil de cinq étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke pour un stage d'observation de deux semaines dans nos services et programmes.
- Accueil de huit étudiants en médecine du Campus mauricien de Trois-Rivières pour un stage d'observation d'une demi-journée au Service Info-Social (SRISIS) de la Direction de la santé physique et des services diagnostiques.

Documents d'encadrement

- Révision et adoption de plusieurs ordonnances collectives, ordonnances collectives provinciales, ordonnances collectives en groupe de médecine familiale (GMF), ordonnances médicales individuelles préétablies, ordonnances individuelles en GMF, protocoles.
- Révision et adoption des procédures suivantes :
 - o *PRO-DSP2014-06 Utilisation des niveaux d'intensité thérapeutique et de non réanimation en CHSLD, RNI et SAD ;*
 - o *PRO-DSP-2013-04 Absence du médecin de garde*
- Développement et adoption du règlement *RG-CMDP-2015-03 Parachèvement des dossiers pour les membres du CMDP*, suite aux recommandations du Collège des médecins du Québec.

Visite du Collège des médecins du Québec

Le comité exécutif a mis sur pied un plan d'action afin de répondre aux différentes recommandations qui leur a été soumises (réglementation, comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique, comité de pharmacologie, qualité de l'exercice en soins de longue durée et tenue des dossiers). De plus, des comités de travail ont été constitués afin de mettre en place des actions pour répondre aux demandes du Collège des médecins du Québec. Les travaux sont en cours.

Autres réalisations

- Remise du prix hommage visant à reconnaître la contribution d'un des membres du CMDP par ses pairs. Ce prix a été remis à D^r Sylvain Gamelin lors de la soirée reconnaissance du 5 juin 2014.
- Tenue de la première activité CHSLD, le 20 juin 2014, ayant pour sujet « la polypharmacie en CHSLD et les niveaux d'intensité thérapeutique ».
- Organisation de la neuvième activité « sociale » du CMDP, le 13 novembre 2014, avec les membres actifs du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

COMITÉS RELEVANT DU CMDP

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (*une rencontre*)

Sujets	Réalisations
Dossiers d'un membre du CMDP	Étude de 40 dossiers bureau et 30 dossiers urgence.
Suivi des dossiers	Répartition des études à réaliser au 30 avril 2015 : comportements agressifs en CHSLD (neuroleptiques), bronchiolites à l'urgence, décès.

Comité de pharmacologie (*deux rencontres*)

Sujets	Réalisations
Général	• Ajout/retrait de médicaments au formulaire. • Revue d'utilisation de la modalité thérapeutique Ancef-Probénécide avec un médecin de l'urgence et le directeur des services professionnels (DSP). • Revue d'utilisation de l'ordonnance collective OC-41 (Canesten) depuis l'instauration du protocole de soins de peau (diminution de l'utilisation de 40 %). • Mise en place du programme de gestion des antimicrobiens. • Élaboration d'un projet de sevrage des benzodiazépines avec le DSP. • Diminution de la clientèle de la clinique d'anticoagulothérapie de 625 à 555. • Clientèle ayant utilisé le pousse-seringue GraseBy MS26 en fin de vie : 14 clients pour une durée d'utilisation de 227 jours (11 clients pour une durée d'utilisation de 251 jours en 2013-2014). • Décroissance du coût d'acquisition des médicaments. • Nombre moyen de médicaments par résident en CHSLD semblable à 2013-2014.
Documents d'encadrement cliniques adoptés	• Mise à jour de l'ordonnance médicale individuelle préétablie <i>DM-239 – Traitement de la cellulite avec Céfazoline Ancef-Probénécide</i> suite à la revue d'utilisation de l'option thérapeutique Ancef-Probénécide. • Documents d'encadrement administratifs en lien avec les visites de l'Agrément et l'Ordre des pharmaciens. ✓ Procédure <i>Principes généraux pour la préparation des produits injectables.</i> ✓ Procédure <i>Gestion sécuritaire des médicaments à risque (psychotropes et narcotiques) utilisée à l'urgence.</i> ✓ Politique <i>Médicaments de niveau d'alerte élevée.</i> ✓ Procédure <i>Disponibilité des narcotiques.</i> ✓ Procédure <i>Médicaments parentéraux : gestion de la traçabilité, des rappels de produits ou des préparations.</i>

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CII)

Ce conseil regroupe toutes les personnes qui exercent des fonctions d'infirmière et d'infirmier pour l'établissement. En 2014-2015, il y a eu quatre rencontres du comité de travail et trois rencontres du comité exécutif qui est composé des personnes suivantes :

M^{me} Dannielle Philibert, présidente
M^{me} Sarah Sasseville, vice-présidente
M^{me} Monique Rousseau, secrétaire
M^{me} Marie-Josée Crête, agente de communication
M^{me} Brigitte Demers, agente de liaison
M^{me} Rébecca Thibeault, agente de liaison
M^{me} Geneviève Leclerc, présidente du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)
M. Patrick Hubert, directeur des soins infirmiers et adjoint à la Direction des services professionnels
M^{me} Danielle Gamelin, directrice générale

FAITS SAILLANTS

Promotion

- Mise à jour du dépliant et de l'affiche du CII.
- Parution de différents articles dans le journal interne de l'établissement.

Communication

- Remise du dépliant aux nouveaux employés (infirmières et infirmiers).
- Production d'un rapport annuel (disponible sur l'intranet).
- Coordination des activités de préparation de l'assemblée générale annuelle.

Qualité des soins infirmiers

- Assurer le suivi des dossiers concernant la gestion des risques, la prévention et le contrôle des infections et l'utilisation des mesures de contrôle.
- Processus de consultation pour les règles de soins :
 - RSI-DSI-2014-13 Pratique optimale de soins pour usager avec suspicion d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'accident ischémique transitoire (AIT).

Poursuivre la participation dans l'application du Programme d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers (PEACQSI)

- Évaluation de la qualité des soins infirmiers à l'aide d'audits de dossiers en rapport avec les différentes situations telles que les notes infirmières et le plan thérapeutique infirmier (PTI) :
 - Rédaction du PTI.
 - Forme et contenu.
- Sensibilisation des infirmières sur la rédaction des notes au dossier et du PTI.

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

- Tournée des installations le 9 décembre 2014 pour expliquer le rôle et le mandat du CIIA et transmettre à chaque infirmière auxiliaire les recommandations émises par le CIIA.
- Contribution à la diminution des erreurs de médicaments.
- Valorisation de la profession.
- Poursuite du plan d'amélioration de la qualité de l'acte.
- Organisation d'un souper-conférence et de la Journée des infirmières et infirmiers auxiliaires.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Ce conseil se compose de toutes les personnes titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire (sauf les médecins, dentistes, pharmaciennes et pharmaciens, infirmières et infirmiers), lesquelles exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Au cours de l'année 2013-2014, les membres de l'exécutif, composé des personnes suivantes, se sont rencontrés à cinq reprises.

M^{me} Marie-Pierre Paquin-Boutin, présidente
M^{me} Josée Thériault, vice-présidente
M^{me} Marilyn Bruneau, Secrétaire
M^{me} Évelyne Carley, déléguée à la communication
M^{me} Renée Leclerc, déléguée à la communication
M^{me} Catherine Milot, déléguée à la communication
M^{me} Caroline Mercier, déléguée à la communication
M^{me} Claudette Boutin, directrice des services à la communauté et multidisciplinaires
M^{me} Danielle Gamelin, directrice générale

FAITS SAILLANTS

- Actualisation des objectifs 2014-2015 :
 - Développer de nouvelles stratégies pour rejoindre les membres du conseil multidisciplinaire.
 - Soutenir la création de comités de pairs.
 - Sensibiliser les membres à la gestion des risques dans leur pratique professionnelle.
 - Contribuer à la démarche éthique du CSSSBNY.
- Présentation, lors de l'assemblée générale annuelle en mai 2014, d'une conférence sur le dépassement de soi et l'atteinte d'objectifs personnels et professionnels par Marie-Josée Gervais, fondatrice et directrice des Défis du Parc National de la Mauricie et ex-cycliste professionnelle.
- Présentation des résultats de l'audit sur les quatre moments de l'hygiène des mains 2014.
- Poursuite de la distribution du dépliant explicatif du CM aux nouveaux membres. Celui-ci est affiché sur les babillards.
- Poursuite du projet « *J'affiche ma couleur* » visant à mettre en lumière la qualité des services professionnels et à accroître la visibilité des bons coups des professionnels de notre établissement :
 - Remise d'un prix à Suzie Blanchette et Guillaume Mongrain pour le projet « Course aux BNYfices ».
 - Cinq parutions dans le journal interne de l'établissement.
- Mise à jour régulière de la liste des membres, tel que prévu aux règles de régie interne du CM.

CONSEIL DES SAGES-FEMMES (CSF)

Ce conseil est composé de toutes les sages-femmes détenant un contrat avec le Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska. Le comité exécutif a tenu huit rencontres en 2014-2015 et il est composé des personnes suivantes :

M^{me} Jessica Thompson, présidente
M^{me} Annie Bronsard, vice-présidente
M^{me} Barbara Paquet, secrétaire
M^{me} Linda Bergeron, administratrice
M^{me} Maryse Poirier, administratrice
M^{me} Claudette Boutin, directrice des services à la communauté et multidisciplinaire
M^{me} Danielle Gamelin, directrice générale

FAITS SAILLANTS

- Poursuite des activités du comité de qualité de l'acte et de révision de dossiers.
- Suivi aux recommandations d'inspection professionnelle de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). Ajout de nouveaux membres sages-femmes à la démarche *AMPRO*^{OB}.
- Participation à diverses formations :
 - Urgences obstétricales
 - Réanimation néonatale avancée
 - RCR
 - Gesrisk
 - Chaise civière
 - Formation de pacification OMEGA
 - Agenda électronique
 - Formation « Principes de base LEAN »
 - Pratique de base en prévention des infections
 - Confidentialité
 - Formation plan local des mesures d'urgence
 - Formation sur les préparations commerciales
- Poursuite des pratiques maisons en urgences obstétricales et en réanimation néonatale avancée.
- Soutien de la démarche Initiative ami des bébés (IAB) pour l'établissement.
- Révision de l'entente de consultation et transfert avec le CSSSTR-CHAUR.
- Actualisation des ententes de consultation et transfert avec les CSSS Drummond et d'Athabaska-et-de-l'Érable.
- Suivi de la mise en place de l'entente de collaboration sur la pratique sage-femme en centre hospitalier avec le CSSSTR.
- Participation et déploiement du projet-paritaire de septembre 2014 à mars 2015 à la demande du MSSS.

COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES (CLPQS)

Délai de traitement des plaintes

Conclusion de l'ensemble des plaintes reçues en 2014-2015 à l'intérieur du délai prescrit par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (45 jours et moins).

Résumé du traitement des plaintes

	2014-2015	2013-2014
Plaintes traitées et conclues en cours d'exercice	16	14
Plaintes en cours de traitement au début de 2014-2015	0	0
Motifs de plaintes	18	15
Mesures correctives prises	20	10
Plaintes rejetées	1	2
2 ^e recours auprès du Protecteur du citoyen	0	0
Dossiers transférés au médecin examinateur	10	7

Information à la population

Mise à la disposition de la population de l'information relative au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

- Sur le site Internet www.csssbny.qc.ca
- Sur demande auprès de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services au 819 293-2071, poste 52209.

Médecins examinateurs

Pour l'année 2014-2015, six plaintes ont été transférées au médecin examinateur du secteur Nicolet-Yamaska, alors que quatre plaintes l'ont été à celui du secteur Bécancour. Huit des dix plaintes ont été traitées dans les délais prescrits par la Loi. Quinze motifs d'insatisfaction composaient les dix plaintes traitées et conclues au cours de l'année. Ces motifs ont conduit à des mesures correctives, sept à portée individuelle et une à portée systémique.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

PROJET CLINIQUE

AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION – RÉALISER LES PRIORITÉS 2012-2015 DE NOTRE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES EN COLLABORATION AVEC NOTRE PERSONNEL, NOS MÉDECINS ET NOS PARTENAIRES

L'année 2014-2015 constituait la dernière année pour l'actualisation des quinze priorités du plan d'action 2012-2015. Les membres des six tables de travail ont ainsi poursuivi activement leurs travaux en complétant le plan d'action de chaque priorité.

Au total, 75 objectifs découlaient de ces 15 priorités retenues lors de l'élaboration du plan d'action. Au 31 mars 2015, 80 % des objectifs étaient réalisés entièrement et 10 % des objectifs à 75 % et plus. Les actions à finaliser sont en cours de réalisation et seront complétées d'ici le 30 juin 2015. Les quinze priorités ont trait :

Tables de travail	
Table santé publique	• Améliorer les conditions de vie des 16-35 ans en favorisant le développement des compétences (savoir – savoir-être – savoir-faire). • Développer des outils en prévention pour contrer le phénomène de l'intimidation tant chez les jeunes, chez les adultes que chez les aînés.
Table santé physique et services généraux et médicaux	• Faciliter la communication et l'accessibilité aux services de 2^e ligne (médecins spécialistes). • Procéder au dépistage de l'hypertension artérielle. • Améliorer le fonctionnement du guichet d'accès pour la clientèle orpheline.
Table déficience intellectuelle – troubles envahissants du développement (DI-TED) et déficience physique	• Améliorer le continuum de services pour la transition entre le milieu scolaire et la vie active. • Poursuivre les travaux de la trajectoire de services de la 1^{re} ligne à la 2^e ligne pour la clientèle DI-TED (promotion-prévention, traitement, réadaptation).
Table santé mentale et dépendances (adultes)	• Développer une vision commune d'une démarche de P.S.I. et actualiser cette démarche. • Diminuer l'isolement clinique des intervenants face aux situations complexes (Projet Coop P.S.I.). • Réviser la trajectoire de services pour les personnes suicidaires.
Table soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)	• Améliorer les connaissances sur les services offerts et réviser les modalités de diffusion de l'information. • Améliorer le continuum de services pour les personnes atteintes de troubles cognitifs et leurs proches et favoriser l'augmentation des connaissances de la maladie.
Table jeunesse MELS-MSSS	• <i>Négligence</i> Développer l'intervention de réseau en négligence. • <i>Dépendance</i> Augmenter le nombre de jeunes ayant une problématique de consommation à consulter les services de réadaptation. • <i>Problématique jeunesse</i> Identifier des alternatives à la suspension scolaire.

L'engagement des partenaires est présent et demeure la clé du succès pour favoriser la responsabilité populationnelle et l'amélioration de l'état de santé de la population. Vous trouverez, ci-joint, le nombre de partenaires impliqués à chaque table, le nombre de rencontres et le taux de participation :

	Nombre de priorités	Nombre de participants	Nombre de rencontres	Taux de participation
Table santé publique	2	12	3	69 %
Table santé physique et services généraux et médicaux	3	18	3	76 %
Table déficience intellectuelle – TED et déficience physique	2	12	1	92 %
Table santé mentale et dépendances	3	16	2	63 %
Table soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)	2	14	4	82 %
Table jeunesse MELS-MSSS	3	14	3	69 %
Totaux / moyenne	15	86	15	74 %

Bien que le taux de participation varie en fonction de la composition de chaque table, 86 personnes assurent la représentation des différents partenaires.

Comme le soulignait le comité d'orientation, la réalisation de trois plans d'actions triennaux depuis 2006 témoigne bien de la volonté des partenaires et des directions programmes-services du CSSSBNY de contribuer activement à l'amélioration de l'offre de service du réseau local de services de Bécancour–Nicolet–Yamaska.

ACCESSIBILITE ET CONTINUITE DES SERVICES

ADAPTER LES SERVICES SELON LES BESOINS DE LA POPULATION

Actualiser le déploiement du programme visant le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

Pour actualiser le système de soutien à l'autonomie (SSA), il a été important de mettre en place des stratégies de communication, de mobilisation, de formation, de suivi et de contrôle. Les orientations du SSA engendrent des changements de pratiques majeurs aux intervenants du SAD et certains changements au niveau du secteur de l'hébergement. Les changements favoriseront l'amélioration de la qualité et de la continuité des services rendus à la clientèle.

L'atteinte des cibles 2014-2015 se traduit par la mise en place des actions suivantes :

- Participation aux conférences téléphoniques régionales.
- Formation d'un comité stratégique organisationnel.
- Formation d'un comité opérationnel (superutilisateurs) : appropriation du module informatique, déploiement d'une formation aux intervenants SAPA-DI-DP-TSA, coaching en continu auprès des intervenants ayant des besoins.
- Présentation du SSA (sens, orientation, attentes, cibles à atteindre) par la coordonnatrice PPA lors de toutes les formations offertes aux intervenants.
- Tournées auprès des équipes du SAD de la coordonnatrice PPA avec une formatrice PSIAS et l'ASI des soins infirmiers à domicile pour présenter l'outil de suivi des OEMC et PSIAS, répondre aux questions et valider l'intégration dans le quotidien.
- Élaboration d'un outil (aide-mémoire) pour faciliter la rédaction des PSIAS.

- Développement d'outils de suivi pour les intervenants sociaux et les infirmières du SAD.
- Développement d'outils de gestion pour le suivi et le contrôle (monitorer la réalisation des PSIAS et des OEMC) favorisant les ajustements à chaque période.
- Implantation de la pratique en hébergement : complétion et révision systématique du SMAF minimalement une fois par année.

Actualiser le Plan d'action sur la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques 2012-2015.

Au cours de l'année 2014-2015, les actions suivantes ont été réalisées auprès de la clientèle à risque de développer ou ayant déjà le diabète, une maladie cardiaque, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou un syndrome métabolique :

- Mise en œuvre du plan de communication sur les maladies chroniques (été 2014) :
 - Transmission d'outils publicitaires sur les programmes de prévention des maladies chroniques aux partenaires du réseau local de services.
 - Annonce publicitaire pour faire connaître les programmes.
 - Diffusion de cartons publicitaires sur le projet : *Bouger pour ma santé* afin de susciter la participation des usagers ciblés.
- Optimisation de l'offre de service destinée aux personnes atteintes de maladies chroniques :
 - Poursuite des visites réalisées en épicerie avec une nutritionniste dans les secteurs Nicolet et Bécancour (lecture d'étiquettes des produits alimentaires).
 - Augmentation du nombre d'usagers faisant partie du projet *Bouger pour ma santé* dont le but est de prévenir les maladies cardiorespiratoires (total de participants : (2014-2015 : 22; 2013-2014 : 8)).
 - Implantation d'une infirmière praticienne spécialisée en première ligne au sein de l'équipe des services de santé courants afin d'assurer une prise en charge des usagers souffrant d'hypertension artérielle qui n'ont pas de médecins de famille.
 - Finalisation et adoption du cadre de référence et des outils élaborés pour encadrer le dépistage et la prise en charge des usagers faisant de l'hypertension artérielle.

En plus de ces actions posées, des services interdisciplinaires en mode individuel ou en groupe ont été offerts par les professionnels. Les cibles visées variant entre 100 et 150 interventions par intervenant ont d'ailleurs été largement dépassées (voir tableaux suivants).

On remarque un nombre moins important d'interventions individuelles en 2014-2015 par rapport à l'année précédente. Cette diminution s'explique par une diminution de l'achalandage puisqu'aucune demande de service n'a été refusée. Notons également que l'absence prolongée de la kinésiologue et les délais reliés à l'orientation et la formation de son remplaçant ont eu un impact sur le nombre d'interventions. De plus, il y a eu des changements de ressources en soins infirmiers à trois reprises dans le secteur Bécancour.

En ce qui concerne le programme MPOC, on note une augmentation des interventions par les inhalothérapeutes (16 de plus) et du nombre d'usagers ayant participé aux rencontres de groupes. Soulignons qu'il y a eu moins de groupes formés en 2014-2015 en raison de l'absence d'une kinésiologue sur une longue période, de l'absence ponctuelle pour maladie d'une inhalothérapeute et de la difficulté de recrutement de nouveaux participants.

Usagers vus en individuel

	Syndrome métabolique		Diabète		MPOC		Maladies cardiovasculaires arthéro-sclérosantes		Total maladies chroniques	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Nutritionniste (cible 150)	422	444	325	378	22	25	10	12	779	859

Kinésiologue (cible 100)	136	184	12	31	7	11	6	20	161	246
Infirmière (cible 100)	312	328	97	104	13	26	8	7	430	465
Inhalothérapeute	—	—	—	—	419	403	—	—	419	403

Usagers vus en groupe

	Ma santé à vie		Diabète		MPOC		Total	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Nombre de groupes	16	21	18	23	4	4	38	48
Nombre d'usagers	89	104	100	139	33	30	222	273

- Diminution du nombre de hauts consommateurs à l'urgence :
 - On note une diminution de 27,7 % du nombre de hauts consommateurs (plus de dix visites/année) à l'urgence et de 28,6 % des visites associées en 2014-2015 par rapport à 2013-2014.
- Les mesures ayant favorisé cette diminution sont les suivantes :
 - Référence des usagers nécessitant des soins aux services courants à Fortierville, diminuant ainsi l'achalandage à l'urgence.
 - Utilisation d'un antibiotique qui s'administre en une seule dose par jour au lieu de trois afin de diminuer le nombre de déplacements pour l'utilisateur.

Adapter l'offre de service de première ligne en santé mentale en fonction du cadre de référence régional.

L'année 2014-2015 nous a permis de poursuivre les travaux selon les meilleures pratiques du cadre de référence sur les services de 1^{re} ligne et la hiérarchisation des services en santé mentale pour la clientèle adulte.

À cet égard, nous avons consolidé les actions aux orientations suivantes :

- Favoriser l'accessibilité aux services de santé mentale.
- Assurer une continuité des services (partenariat).
- Impliquer les personnes et les membres de l'entourage.

Les mesures priorisées étaient de :

- 1) S'assurer de l'existence de liens étroits et continus entre les équipes SIV et de SI et les cliniques externes de psychiatrie.
- 2) Poursuivre le soutien aux équipes SI et SIV par des rencontres avec le Centre national d'excellence en santé mentale ou encore par la réalisation d'activités de support/formation au niveau local et régional.
- 3) Mettre en place des rencontres périodiques entre les membres des équipes santé mentale de chaque CSSS, les GMF et les cliniques médicales de leur territoire pour faire connaître les services offerts.
- 4) Développer et consolider les mécanismes de liaison entre les équipes de santé mentale et les services en déficience intellectuelle.
- 5) Intégrer les membres de l'entourage dans le processus de traitement, et ce, avec l'autorisation de la personne concernée.
- 6) Informer et référer l'entourage des personnes présentant un trouble mental vers les ressources communautaires de soutien pour les membres de l'entourage.

Mesure 1

Afin de répondre à la première mesure, des rencontres se sont déroulées entre les gestionnaires et les spécialistes en activités cliniques du CSSS de l'Énergie et Bécancour–Nicolet–Yamaska afin de convenir de procédure d'arrimage entre les deux services. La clarification des rôles et mandats ainsi qu'une procédure de transfert entre les équipes figuraient au plan d'action. Ces actions ont facilité le passage entre les deux services. La clientèle est mieux desservie puisqu'elle reçoit la bonne hauteur de service.

Mesure 2

Les rencontres avec le Centre national d'excellence en santé mentale a permis un soutien et une mise à jour sur les meilleures pratiques à l'équipe SIV.

Mesure 3

L'infirmière du guichet d'accès en santé mentale a poursuivi les rencontres avec les médecins du territoire afin de faire connaître l'offre de service en santé mentale ainsi que pour favoriser de meilleurs arrimages. À cet effet, les médecins du GMF de Fortierville ont été rencontrés en février 2015.

Mesure 4

Afin de développer et consolider les mécanismes de liaison entre les équipes de santé mentale et les services en déficience intellectuelle, les psychologues du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec et ceux du CSSSBNY se sont rencontrés pour travailler sur les critères d'uniformisation d'évaluation afin d'émettre des impressions diagnostiques plus cohérentes avec les besoins respectifs de chacune des organisations.

Mesures 5 et 6

Pour compléter le plan d'action 2014-2015, une formation a été offerte aux intervenants sur l'approche systémique. L'emphase de cette formation a été mise sur l'importance d'impliquer les familles dans le processus de rétablissement. De plus, l'organisme communautaire La Passerelle a aussi été invité pour présenter son offre de service qui touche le support aux membres de l'entourage.

Les mesures identifiées au plan d'action pour l'année 2014-2015 ont été réalisées à 100 %.

Actualiser les plans d'action du programme jeunes en difficulté, notamment pour le volet négligence et trouble du comportement.

Volet négligence

L'année 2014-2015 nous a permis de bonifier notre offre de service en négligence et de respecter les balises régionales du programme. Par ses actions, la répondante en négligence a fait un pas de plus pour offrir un soutien aux partenaires tel que les centres de la petite enfance Chez-moi Chez-toi, Mon Autre Maison et La Petite École. Elle a aussi participé à la table locale d'organisation de services du Centre jeunesse lorsqu'il y avait présence de négligence ou risques sérieux de négligence. La participation à ces rencontres a contribué à améliorer notre continuum de services et aussi faire le pont avec la démarche du plan de service individualisé intersectoriel lorsque requise.

Une journée de sensibilisation et de mise à niveau a été organisée en décembre 2014 pour les nouveaux intervenants des équipes 0-4 ans et 5-17 ans.

Au niveau régional, il y avait une volonté d'harmoniser les outils cliniques utilisés par les intervenants en matière d'évaluation. Dans ce contexte, nous avons formé les intervenants à l'outil Indice du comportement et bien-être de l'enfant, formation de trois jours.

Dans un souci de respecter le programme en négligence, des mesures telles que l'encadrement clinique et administratif ont été mise en place. La répondante en négligence s'est davantage impliquée dans la supervision clinique des intervenants ainsi que dans l'animation du programme d'aide personnelle, familiale et communautaire. Des rencontres ont été faites afin de cibler un organisme famille qui pourrait offrir un service d'accompagnement para professionnel. Ce volet sera à consolider au cours de la prochaine année.

En terminant, les travaux du projet clinique du comité en négligence ont permis de réaliser une activité de réseautage en mars dernier par une conférence intitulée « *Faire village autour des enfants et leur famille : défis et moyens d'action* » par Carl Lacharité. Quarante-sept personnes ont participé à cette rencontre.

Les activités prévues au plan d'action local et régional 2013-2015 ont été réalisées à 90 %. Le plan d'action est reconduit pour l'année 2015-2016.

Volet trouble du comportement

Sous l'angle de l'organisation des services concernant l'offre de service minimal en trouble du comportement, une révision du mécanisme local de règlement des litiges visant à répondre aux multiproblématiques et à combler les vides de service a été réalisé et adopté par les partenaires de la Table jeunesse MELS-MSSS.

L'intervenant au programme trouble du comportement a continué à s'impliquer au projet boîte avec notre partenaire Toit JEF. Ce type d'intervention répond aux besoins de cette clientèle et demeure une excellente alternative qui tient compte de notre réalité territoriale. Au cours de la dernière année, il a rejoint vingt jeunes, onze activités de boîte et quatre rencontres thématiques.

Les activités prévues au plan d'action local et régional 2013-2015 ont été réalisées à 85 %. Le plan d'action est reconduit pour l'année 2015-2016.

Optimiser le soutien à domicile afin d'augmenter le temps direct à la clientèle en déficience intellectuelle, déficience physique et personnes âgées.

Les besoins en soins à domicile sont déjà grands et iront en augmentant au cours des prochaines années, conséquence directe du vieillissement de la population et de la volonté affichée de nos aînés de demeurer à domicile. Le CSSSBNY est inscrit dans une démarche d'amélioration continue pour être en mesure de relever ce défi et d'optimiser ses activités du soutien à domicile afin d'augmenter le temps direct à la clientèle.

Un seul et grand objectif : accroître l'accès et l'intensité des services de soins directs à domicile et diminuer le nombre d'usagers en attente.

Réalisations

- Cibles de productivité révisées, diffusées et mise en place d'outils pour le suivi et le contrôle.
- Élaboration et implantation d'un outil de suivi de gestion de cas pour les intervenants psychosociaux.
- Révision du processus et de la procédure de la tenue des équipes interdisciplinaires.
- Mise en place de rencontres gestionnaires et intervenants par port d'attache afin de favoriser l'implication des membres des équipes dans la recherche de solutions pour l'amélioration continue des pratiques au SAD, pour rehausser le sentiment d'appartenance des membres dans chacun des ports d'attache et pour favoriser l'adhésion à la vision et aux orientations de la direction.
- Révision des ports d'attache des ASSS afin de réduire les frais de repas et de déplacement.
- Réviser les processus de communication et de liaison avec les médecins en GMF de même que les outils afin de travailler davantage en interdisciplinarité.
- Élaboration et application d'un sondage de satisfaction auprès de la clientèle recevant des soins et des services du SAD.
- Projet LEAN avec l'équipe de soins infirmiers de Fortierville.

Résultats concrets

- Augmentation du nombre de visites par jour des ASSS.
- Nette diminution du nombre de personnes sur les listes d'attente en ergothérapie.
- Augmentation du nombre d'heures des professionnels en services directs.
- Augmentation significative du nombre d'heures de services rendus directement à domicile aux personnes âgées.
- Réduction des frais de kilométrage et de repas pour les soins infirmiers et auxiliaires aux services de santé et sociaux de 20 020 \$.

	2014-2015	2013-2014	2009-2010	Écart entre 2009-2010 et 2014-2015
Nombre moyen de visites par jour des ASSS	5,8	5,3	3,7	+2,1 interventions/jour
Nombre de personnes en attente en ergothérapie	38	45	156	-118

Nombre d'heures des professionnels – Personnes âgées en services directs	10 373	9 977	6 873	+3 500
Nombre d'heures des professionnels - DP-DI-TED en services directs	1 473	1 587	1 491	-18
Nombre d'heures d'aide à domicile par ASSS – Personnes âgées-DP-DI-TED en services directs	15 589	15 775	15 349	+240
Nombre d'heures d'aide à domicile par ententes de services - Personnes âgées en services directs	14 887	12 171	0	+14 887
Nombre d'heures d'aide à domicile par Chèque emploi-services – Personnes âgées-DP-DI-TED en services directs au SAD	32 951	37 869	41 146	-8 195

	2014-2015	2013-2014	2009-2010	Cible	Taux d'augmentation depuis 2009-2010
Nombre d'heures directes en soins et services – SAD (<i>toute clientèle</i>)	75 273	77 379	64 859	78 815	10 414
Nombre d'heures directes en soins et services – SAD (<i>personnes âgées</i>)	42 376	40 810	20 700	36 707	21 676

* L'année de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux est 2009-2010.

Poursuivre le déploiement du suivi systématique des troubles cognitifs.

Dans le contexte d'accroissement important du nombre de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement, dont fait partie la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé un appel de candidatures à l'automne 2012, pour le déploiement de projets ciblés sur l'ensemble du territoire québécois. Le CSSSBNY a soumis une lettre d'intention ainsi qu'un projet détaillé. Le projet du CSSSBNY a été retenu, 19 projets ont été ciblés au niveau de la province.

Le projet consiste en la prise en charge systématique des personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) et à leurs proches par la mise en place d'infirmières-pivots Alzheimer, par la consolidation d'une clinique de la mémoire et par le développement d'une équipe pour les symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence (SCPD). Le projet couvre le continuum de soins de la prévention à la fin de vie.

Faits saillants du projet

- L'ensemble des médecins du territoire (trois GMF et cliniques privées) participent au projet.
- Le 3 décembre 2014, il a été proposé et adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé de la Mauricie-Centre-du-Québec d'adresser au Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska une motion de félicitations pour son « projet de suivi systématique des troubles cognitifs liés au vieillissement » témoignant de la fierté et de la reconnaissance de l'Agence et du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Réalisations

- Définition d'une trajectoire de services pour la mise en place d'un suivi systématique des troubles cognitifs liés au vieillissement pour la population de Bécancour–Nicolet-Yamaska :
 - o Ajout de deux infirmières-pivots Alzheimer qui assurent le suivi et l'accompagnement de la clientèle atteinte de troubles cognitifs dans toutes les cliniques (9) des GMF du territoire de Bécancour–Nicolet-Yamaska.
 - o Ajout d'une équipe pour la gestion des SCPD composée d'une technicienne en éducation spécialisée, d'une infirmière clinicienne et d'un médecin consultant. L'équipe intervient au lieu de résidence de l'utilisateur (CHSLD, domicile, RPA, RNI, OMH).

- o Mise en place d'une clinique de la mémoire (2^e ligne) composée d'un médecin, d'une infirmière clinicienne, d'un ergothérapeute et, au besoin, d'un neuropsychologue.
- Élaboration d'un *Protocole interdisciplinaire de dépistage, d'évaluation, de diagnostic et de suivi des troubles cognitifs* pour les GMF de Bécancour–Nicolet-Yamaska et formation donnée aux médecins et infirmières en GMF sur le protocole.
- Élaboration et signature par l'ensemble des médecins du territoire d'ordonnances collectives.
- Développement continu de l'expertise des médecins et du personnel des nouveaux services.
- Travaux avec les partenaires communautaires du réseau local de services :
 - o Arrimages et modalités de référence inter organisations; formations offertes aux préposés aux bénéficiaires des ressources non institutionnelles et résidences pour aînés sur les stratégies d'intervention auprès des personnes présentant des SCPD.
 - o Activités de promotion à la population : conférences dans la communauté, parutions de cinq articles sur différents aspects de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et diffusion de quatre capsules à la radio (CKBN).

Retombées

- Prise en charge des personnes atteintes dès l'annonce du diagnostic.
- Soutien et formation dans la gestion des SCPD offerts aux proches aidants, aux RPA, aux RNI et aux équipes de CHSLD et du SAD.
- Expertise de deuxième ligne à l'établissement du diagnostic par la clinique de la mémoire.
- Offre de service offerte par des intervenants spécialisés au niveau des troubles cognitifs.
- Collaboration et concertation des partenaires au sein du réseau local de services.
- Consolidation de l'interdisciplinarité.

	Résultats	Cible
Intervenantes pivots Alzheimer		
Nombre d'usagers pris en charge par les IPA	284	175
Symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence		
Nombre de suivis réalisés par l'équipe SCPD	59	20
Nombre de PAB ayant reçu de la formation sur les troubles de comportements (SOS PAB)	106	100
Nombre d'infirmières et infirmières auxiliaires formées sur les SCPD	38	40
Clinique de la mémoire		
Nombre d'usagers ayant été évalués par la clinique de la mémoire	23	15

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SERVICES

POURSUIVRE NOTRE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SERVICES (AGRÉMENT)

Travaux des équipes qualité de l'agrément.

Le CSSSBNY a accueilli avec grande fierté le renouvellement de sa certification par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément pour les services offerts à la population. Cette accréditation de type « Agréée » résulte d'un processus rigoureux d'évaluation qui prend appui sur des normes visant les meilleures pratiques en matière de gouvernance, de gestion, de qualité et de sécurité des soins et services.

L'établissement a été jugé conforme pour 97,5 % de l'ensemble des 1721 critères évalués provenant des dix-sept normes, une amélioration de 5,5 % par rapport à la précédente démarche effectuée en 2011. Ces résultats témoignent bien de la préoccupation constante de l'organisation de demeurer à l'écoute de la population et de continuellement s'adapter aux besoins de celle-ci.

Cette capacité à remettre en question ses pratiques et à revoir l'organisation des services vient assurément teinter les résultats obtenus au sondage de satisfaction de la clientèle effectué avant la venue de l'équipe visiteuse d'Agrément Canada. En effet, les usagers disent être très satisfaits des services, octroyant même des résultats d'excellence à l'indicateur Relation avec le client et Organisation des services. Les sondages sur la satisfaction des résidents et la mobilisation du personnel permettent également de satisfaire tous les indicateurs.

À la lumière des observations faites lors des visites des installations du 12 au 16 mai 2014, des rencontres du personnel et de l'analyse des documents qui leur a été remis, l'équipe d'évaluateurs a relevé de nombreux points forts, notamment en regard de :

- L'engagement du personnel :
 - o L'adhésion du personnel aux valeurs d'humanisme, de responsabilisation, de solidarité et d'innovation retenues par l'établissement est indéniable.
 - o L'équipe de gestionnaires est dynamique et engagée à s'assurer du respect de la mission, de la vision et des valeurs dans la mise en place de soins et services de grande qualité.
 - o Le personnel fier, compétent, engagé et dont les activités sont centrées sur la réponse aux besoins de santé, jumelé à l'offre de service ciblant l'amélioration continue de la qualité des services, permet d'offrir des soins avec de hauts standards de qualité.
- L'interdisciplinarité :
 - o L'approche interdisciplinaire est bien développée et est centrée sur l'utilisateur. De nombreux plans d'interventions et plans de services sont élaborés et mis en place en collaboration avec les usagers et leurs familles.
- Le partenariat :
 - o La vie de l'établissement s'inscrit dans la vie communautaire des populations desservies. Des mécanismes de liaison bien établis assurent le maintien des services dans une approche d'efficacité et de continuité relativement aux différents partenaires.
- L'adaptation des services :
 - o La mise en place de plusieurs projets d'optimisation a eu des impacts positifs sur les soins et services ainsi que sur l'organisation du travail.
 - o L'harmonisation de l'approche « milieu de vie » dans tous les centres d'hébergement garantit la qualité du service offert et le maintien de l'équité pour les résidents.

Douze mesures de suivi ont été exigées, dont quatre pour le 16 octobre 2014 et huit pour le 16 octobre 2015. Les preuves transmises ayant trait à l'exigence du programme du bilan comparatif des médicaments au 16 octobre 2014 ont toutes été acceptées, le taux de respect a été atteint à 100 %. Les autres conditions à témoigner au 16 octobre 2015 sont en cours d'actualisation.

Ils ont trait notamment à :

- La révision du document de référence en éthique clinique.
- La mise en place d'un processus formalisé pour permettre de déceler, gérer et réduire les risques chez le personnel et prestataires de services.
- La mise en place d'une politique sur la gestion des codes d'accès et la gestion des clés.
- La mise en place d'un processus pour assurer la traçabilité des petits équipements après leur usage aux unités de soins.
- La notion du consentement aux soins lorsque le traitement a été débuté à un « centre désigné » autre que le CSSSBNY.

Pour atteindre ces résultats, le comité des opérations, sous la responsabilité de la Direction qualité, performance, communications et partenariat, et composé des responsables des équipes qualité, a tenu cinq rencontres en 2014-2015 afin d'assurer la coordination des travaux et une vigie organisationnelle. Un registre des audits est également en place afin de soutenir les travaux des équipes et suivre l'évolution des travaux. Des états de situation fréquents ont été présentés au comité de direction.

Les trois activités de communication suivantes se sont poursuivies afin de favoriser l'intégration de la qualité et la sécurité des services au sein de l'organisation :

- La présentation des réalisations des équipes qualité au journal Le Vitrail : neuf équipes qualité ont présenté leurs travaux au journal Le Vitrail.
- La production d'Info-Agrément traitant de sujets d'actualité diffusés à tout le personnel : deux Info-Agrément ont été diffusés avant la visite.
- La présentation de documents de référence au comité des gestionnaires : trois présentations au comité des gestionnaires favorisant leur développement et la référence à des outils de référence.

Le comité d'agrément a tenu une rencontre pour prendre connaissance des résultats de la visite et des suites à assurer. Il a témoigné sa grande satisfaction quant aux résultats atteints et à la progression obtenue.

Le CSSSBNY est ainsi fier des résultats atteints pour le bénéfice des usagers et du personnel et s'engage à poursuivre avec la même détermination.

Améliorer les pratiques en centre d'hébergement afin de répondre davantage aux besoins des résidents.

La clientèle admise en centre d'hébergement est depuis quelques années en grande perte d'autonomie. Les troubles cognitifs et de comportement sont davantage présents qu'avant. Considérant ces changements et la volonté ferme du CSSSBNY d'offrir des milieux de vie de qualité, un important projet d'amélioration des pratiques en hébergement s'est mis en branle en 2014 pour se terminer en mars 2016.

Un objectif central : répondre davantage aux besoins des résidents en questionnant les pratiques et processus de soins et de services afin de les ajuster au contexte et à la clientèle actuels, et ce, pour augmenter le temps direct aux résidents. Pour ce faire, en tout premier lieu, le conseil d'administration a adopté :

- Vision commune organisationnelle d'un milieu de vie au CSSSBNY.
- Plan de mise en œuvre du projet.

Réalisations

Volet « Pratique médicale et la médication »

- Mise en place de rencontres regroupant l'ensemble des médecins œuvrant en CHSLD (2 rencontres/année).
- Révision et adoption par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de la procédure sur l'utilisation des niveaux d'intensité thérapeutique.
- Formation offerte aux médecins en CHSLD sur les niveaux d'intensité thérapeutique (juin 2014).
- Réorganisation de la composition des équipes médicales et de la garde en CHSLD aux centres d'hébergement Christ-Roi et St-Célestin.
- Obtention d'un projet pilote auprès du MSSS : Projet Vitrine IPS-SPL en hébergement.
- Formation sur la médication en CHSLD par docteur Beauchemin offerte aux médecins en CHSLD (juin 2014).

Volet « Pratiques de l'équipe de soins »

- Création d'un comité des assistantes en soins infirmiers - volet hébergement qui est composé d'une assistante en soins infirmiers par centre et animé par la coordonnatrice en hébergement.
- Création de comités de travail soins infirmiers/PAB dans les centres d'hébergement animés par les chefs d'unités.
- Identification des tâches à valeur ajoutée et non ajoutée pour le résident : sondage par observations directes.
- Identification des pratiques de soins non harmonisées et mise en place de procédures (ex. : soins d'hygiène, changement de culottes d'incontinence).
- Évaluation de la structure d'heures soins et services professionnels selon deux modèles comparatifs (Philippe Voyer et IUGS) et augmentation des heures aux centres d'hébergement : Saint-Célestin et Lucien-Shooner.
- Projet LEAN au Centre d'hébergement Saint-Célestin pour l'amélioration des services pendant le dîner.
- Départage des tâches pour la désinfection du matériel pour les cinq centres d'hébergement.
- Réorganisation des tâches pour les activités repas au Centre d'hébergement Fortierville.

Volet « Pratiques professionnelles »

- Révision de la programmation en loisirs.
- Mise en place des activités dirigées (personnalisées) aux centres d'hébergement : Lucien-Shooner et Saint-Célestin.
- Détermination des modalités interdisciplinaires des intervenants en loisirs.
- Optimisation du processus de référence en réadaptation (révision des outils de référence).
- Révision du rôle de l'intervenante sociale en hébergement.

Volet « Pratiques sécuritaires »

- Procédure pour l'installation des dispositifs anti-intrusion.
- Conception d'un prototype pour le remplacement des demi-portes : dispositif sécuritaire et mieux adapté au milieu de vie.
- Procédure pour l'installation des demi-portes.
- Élaboration et application d'un programme pour la dysphagie et les mangeurs rapides.
- Achat de 82 lits électriques (toutes les chambres en CHSLD sont maintenant équipées de lits électriques).
- Installation de rails plafonniers dans toutes les chambres et salles de bain communes de toutes les installations.
- Achat de quatre laveuses pour fauteuils roulants afin que tous les centres disposent de cet équipement.
- Changement des civières douches au Centre d'hébergement Christ-Roi afin qu'elles soient plus adaptées pour les PAB et pour le confort des résidents de fortes tailles.
- Achats de chaises d'aisance sécuritaires.
- Achats importants de matériel alternatif et d'équipement d'aide aux transferts.
- Achats de systèmes de chaises facilitant les déplacements des résidents aux tables de la salle à manger.

Volet « Gestion des risques »

- Recension effectuée du matériel ne répondant pas aux critères PCI.

Volet « Gestion des lits disponibles »

- Révision de l'offre de service en convalescence.
- Transfert de trois places de convalescence effectuées dans la communauté au Centre d'hébergement Lucien-Shooner (2) et au Centre d'hébergement Fortierville (1).
- Diminution d'une place au Centre d'hébergement Fortierville pour cause d'agrandissement de la salle à manger.

Volet « Qualité et sécurité des milieux de vie »

- Rotation du personnel PAB cessée sur toutes les unités des milieux de vie.
- Accompagnateur ciblé pour le coaching du personnel lors de la période des repas.
- Révision et diffusion de la procédure d'accueil d'un nouveau résident.
- Participation des PAB aux équipes interdisciplinaires et élaboration d'un outil de cueillette de données.
- Affichage de la Charte milieu de vie sur toutes les unités des centres d'hébergement.
- Procédure pour assurer la décoration et la personnalisation des chambres des résidents qui n'ont pas de visiteur.
- Élaboration et diffusion d'un sondage de satisfaction dédié à l'évaluation de l'accueil du nouveau résident dans son milieu de vie.
- En collaboration avec le comité des résidents, élaboration d'un sondage annuel de satisfaction à l'égard des services destiné aux résidents et à leurs proches.
- Audits réalisés dans les cinq centres pour l'évaluation de la conformité des pratiques des équipes sur les éléments fondamentaux à la qualité d'un milieu de vie.
- Révision des plans de mesures d'urgence des centres d'hébergement.
- Rehaussement des mesures de sécurité par la mise en place de détecteurs de propane et de gaz naturel dans tous les centres.
- Révision de la signalisation dans les centres d'hébergement Lucien-Shooner, Fortierville et Saint-Célestin.

- Consigne donnée pour les heures de fermeture des portes des centres d'hébergement afin que les portes soient barrées à compter de 21 heures dans tous les centres à l'exception du Centre Christ-Roi.
- Images des caméras de surveillance des centres visualisées à distance par le gardien de sécurité de Centre Christ-Roi.
- Installation d'un système anti-fugue aux centres Christ-Roi, Fortierville, Romain-Becquet et Lucien-Shooner.

Fait saillant

Dépôt à la Conférence régionale des élus (CRÉ) de deux projets et octroi du financement (Fonds régional pour l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées du Centre-du-Québec) :

- Projet « Rêves d'âinés ».
- Projet « Coups de cœur intergénérationnels ».

	Résultats au 31 mars 2015	Cible
Élaboration vision	100 %	100 %
Pourcentage de réalisation des plans d'amélioration des visites du MSSS	100 %	75 %
Pourcentage des actions réalisées au plan d'action	65 %	50 %

RESSOURCES HUMAINES

OFFRIR UN MILIEU DE TRAVAIL EN SANTÉ ET STIMULANT

Réaliser le Plan de développement des ressources humaines 2012-2015 qui comprend la planification de la main-d'œuvre, l'accueil, la motivation, la valorisation du personnel ainsi que le développement des compétences et des talents.

En 2014-2015, la DRH a réalisé l'ensemble des activités prévues au PDRH 2012-2015 à l'exception d'une procédure « Décès d'un employé ou d'un membre de la famille d'un employé » qui est devenue un processus défini par la Direction générale. Globalement, voici les principales activités :

Entreprise en santé

- Certification obtenue le 9 mars 2015 sans demande d'action corrective, ce qui fait foi des efforts soutenus déployés par le CSME pour assurer la réalisation des activités incluses au plan triennal *Entreprise en santé*.
- Activités du plan d'action identifiées sur la base des résultats obtenus au sondage organisationnel de 2013 (taux de participation de 90,6 %).

PMO

- Dépôt du Plan de gestion prévisionnelle de main-d'œuvre (GPMO) à l'Agence le 30 septembre 2014.
- Mise à jour du plan triennal de main-d'œuvre qui donne le portrait de notre organisation au 31 mars 2014.
- Message principal de la mise à jour de GPMO : volonté de faire « vivre » le document par la réalisation d'actions concrètes plutôt que d'en faire simplement la reddition de compte pour l'Agence.
- Nombre d'employés au 31 mars 2015 : 1 010 comparativement à 998 au 31 mars 2014.

Accueil

- Consolidation du processus d'accueil des nouveaux employés.
- Rencontre des nouveaux employés à l'intérieur des deux premières semaines suivant leur embauche, à moins d'événement particulier, permettant de faciliter leur intégration dans l'organisation maximisant ainsi leur mobilisation.

Mobilisation

- Déploiement du guichet Web permettant aux employés de consulter leur horaire de travail à partir de leur domicile et de leur téléphone intelligent (grandement apprécié par le personnel). Ainsi, l'employeur contribue à la conciliation

travail et vie personnelle tout en permettant à l'employé de voir les modifications apportées à son horaire en temps réel.

Mesures visant le bien-être

- En 2014-2015, il y a eu 29 rencontres d'information auprès de 395 salariés sur la politique « Santé et mieux-être » et ses procédures.
- Promotion de notre politique « Remboursement sur un abonnement à une activité physique » permettant aux employés un remboursement à une activité physique.
- Taux des demandes de remboursement à une activité physique au 31 mars 2015 de l'ensemble du personnel (syndiqué et non syndiqué) : 14,26 %, soit une dépense totale pour l'employeur de 9 800 \$. À noter, c'est une légère baisse des demandes (16,93 %) par rapport à l'année précédente (17,13 %).
- En 2014-2015, aucune plainte de harcèlement, abus, intimidation, discrimination et violence en milieu de travail déposée à la Direction générale comparativement à l'an passé où nous avons reçu huit plaintes traitées et réglées par l'employeur.

Assurance-salaire

- Redressement de la situation au niveau du taux après un début d'année plus haut que la cible de l'établissement (5 %), grâce à une gestion médico-administrative rigoureuse des dossiers d'invalidités et l'application en continu de la gestion intégrée de la présence au travail.
- Taux d'assurance-salaire en fin d'année financière : 4,75 %.

Relations de travail

- Au 31 mars 2015, 268 griefs étaient actifs, soit 22 % de moins que l'année précédente (328 griefs). Cette diminution a permis d'éviter des arbitrages coûteux par des règlements entre les deux parties.
- Volonté commune, employeur – syndicats de s'entendre à l'amiable plutôt que d'entreprendre de longues procédures (arbitrage des griefs).

Liste de rappel

- Amélioration des méthodes de travail de l'équipe.
- Traitement de plus de 27 000 appels depuis le déploiement du module d'enregistrement des appels entrants et sortants de la liste de rappel, soit du 20 octobre 2014, jusqu'au 31 mars 2015 (excluant les appels traités lors de la garde).
- Suivis rigoureux afin de maximiser la présence au travail et diminuer le volume de temps supplémentaire par l'envoi de lettre aux employés concernés demandant le respect de leurs disponibilités.
- Révision et bonification de l'ensemble des procédures de la liste de rappel.
- Poursuite de l'optimisation de nos modules informatiques permettant l'augmentation de l'efficacité du travail de l'équipe.
- Économie de temps réalisée avec les nouvelles compétences développées, tout en étant en mesure de livrer les mêmes résultats.
- En 2014-2015, poursuite des améliorations initiées en 2013-2014 au niveau des processus, des rôles et responsabilités du personnel de la liste de rappel et des gestionnaires pour optimiser nos méthodes de travail.

Dotation

- Au niveau de la dotation et du recrutement, les ressources humaines ont été présentes dans plusieurs événements :
 - o Présence au CEGEP de Trois-Rivières – Rencontre des finissants en soins infirmiers - 3 octobre 2014.
 - o Visite à la Commission scolaire de La Riveraine : agente administrative et secrétaire médicale - 8 décembre 2014.
 - o Présence au salon de l'emploi du CEGEP de Trois-Rivières - 12 février 2015.
 - o Présence au salon de l'emploi de l'UQTR - 17 mars 2015.
- Le niveau d'embauche à l'externe a été similaire aux années antérieures pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015.

- Au total, pour l'année financière 2014-2015, il y a eu 126 postes affichés pour CSN, 76 postes affichés pour FIQ et deux autres pour l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.), pour un grand total de 204 postes, soit 17 de plus que l'année précédente.

Bilan des stages

- En 2014-2015, l'établissement a accueilli dans plusieurs de ses services, un total de 129 stagiaires de différentes catégories d'emploi.

Développement des compétences et des talents

- Année fort occupée au niveau de la formation : 211 formations ont été données, soit une augmentation de 7 % par rapport à l'an passé (197 formations).
- Nombre d'employés ayant reçu de la formation en 2014-2015 : 828 / 1010, soit une augmentation de 4 % par rapport à l'an passé (788 / 998). L'écart avec le nombre total d'employés qui s'explique principalement par les absences long terme (congrés sans solde, congés parentaux, assurance-salaire, etc.).

Activités reconnaissances

- Taux de participation au Gala reconnaissance de juin 2014 : 32 % (317 / 998)
- Nombre de candidatures aux Prix hommage de juin 2014 : 32 comparativement à 21 en 2013-14, soit une augmentation de 34 %.
- Taux de participation à la Soirée reconnaissance des Fêtes 2014 : 31 % (314 / 998) comparativement à 28 % (280 / 1006) en 2013-2014, soit une augmentation de 4 %.

Autres

- L'année 2014-2015 aura également été marquée par le suivi constant de la gestion des remplacements, l'objectif de l'organisation : « Mettre les ressources nécessaires pour arriver à déterminer le niveau d'équilibre adéquat entre le temps supplémentaire et le personnel en surplus afin de limiter les impacts budgétaires. » Dépôt et adoption (par le comité de direction) des recommandations du comité ad hoc afin d'intégrer de meilleures pratiques. À noter qu'un suivi constant de ces mesures est effectué par la Direction des ressources humaines.
- Déploiement de nouvelles politiques et procédures, telles que : utilisation des cellulaires, gestion des stages et gestion du processus d'affichage de postes.
- Augmentation du *monitoring* à la DRH : implantation d'un registre de dotation, suivi des besoins de personnel à combler, suivi des surplus, évaluation des formations et évaluation du processus d'accueil administratif.

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE DES SERVICES

POURUIVRE LA RÉALISATION DE PROJETS D'OPTIMISATION DU TRAVAIL

Planification informatisée des routes de travail des soins infirmiers à domicile.

Il est incontournable, dans le contexte actuel où les demandes au soutien à domicile sont en constante augmentation, de développer des modalités qui assurent la performance des processus de travail afin d'éliminer les activités à non-valeur ajoutée et ainsi favoriser l'augmentation du temps direct à la clientèle.

L'atteinte des résultats 2014-2015 se traduit par la mise en place des actions suivantes :

- L'analyse de la faisabilité du projet et des coûts a été réalisée.
- Le plan de déploiement a été conçu.
- L'implantation dans l'équipe de projet reste à réaliser.

Révision des outils de travail de la catégorie 4 (techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux).

Les besoins en soutien à domicile sont grands et iront en augmentant au cours des prochaines années. Dans ce contexte, pour assurer des services de qualité, deux éléments s'avèrent essentiels :

- Réviser et adapter les outils de travail des intervenants afin qu'ils soient pertinents, validés et rapides à compléter.
- Développer les compétences des intervenants en fonction des besoins spécifiques des clientèles qu'ils accompagnent.

Le 11 avril 2013, il nous était confirmé que notre projet d'organisation du travail pour le personnel de la catégorie 4, soumis au MSSS, avait été retenu et qu'un financement de 125 000 \$ nous était attribué pour le réaliser au 30 juin 2014.

L'atteinte des résultats 2014-2015 se traduit par la mise en place des actions suivantes :

	Résultats au 31 mars 2015	Cible
État d'avancement du plan d'action au 30 juin 2014	100 %	100 %
Nombre d'outils révisés	18	5 (un outil par catégorie de professionnels)
	10	
	29	
Pourcentage des actions réalisées au plan d'action	5	5

Amélioration des pratiques de travail des préposés aux bénéficiaires (PAB) par de la formation.

La Direction des services aux personnes en perte d'autonomie a déposé un projet au MSSS et a reçu un montant de 50 000 \$ pour la formation des PAB à l'approche relationnelle de soins et à l'interdisciplinarité.

La direction a sollicité l'expertise de médecins et d'employés du CSSSBNY ou a formé des formateurs internes pour dispenser les diverses formations.

Suivant la formation en interdisciplinarité, les PAB ont été invités à se joindre à des parties d'équipe interdisciplinaire. Un outil a été développé spécifiquement pour soutenir le PAB dans l'information qu'il a à récolter et à livrer lors de l'équipe.

Il sera intéressant l'an prochain de mesurer si le nombre de déclarations d'incident-accident produites par les employés pour cause d'agression a diminué (mesurer l'impact des formations Approche relationnelle et SOS PAB).

Titre de la formation	Nombre de PAB formés
Soins palliatifs	129
SCPD : SOS PAB	129
Approche relationnelle de soins	106
Interdisciplinarité	106
Principes sécuritaires de déplacement des bénéficiaires	29

Révision des pratiques en soins palliatifs dans les lits d'hébergement.

Le taux de roulement de la clientèle dans les centres d'hébergement est de l'ordre de 42 %. À l'instar de cette donnée, il devient prioritaire de rehausser les compétences cliniques de l'équipe de soins pour qu'elle soit en mesure de bien accompagner les résidents en fin de vie, de revoir les processus de travail, l'aménagement des lieux physiques et les équipements assurant le confort et le soulagement de la douleur du résident en fin de vie. De plus, la DSPPA souhaite que ses installations favorisent le bien-être de la famille afin qu'elle puisse être présente selon son désir.

Réalisations :

- Élaboration et diffusion de la procédure des soins en fin de vie pour la clientèle hébergée.
- Sondage auprès des employés en hébergement sur les composantes de l'approche palliative (taux de réponse = 89 %).
- Élaboration et diffusion d'un algorithme sur la douleur pour une bonne évaluation et un soulagement optimal.
- Installation de plateaux permanents dans les chambres palliatives pour les soins de bouche.
- Aide-mémoire à l'intention des PAB pour l'information pertinente à transmettre à l'infirmière et l'infirmière auxiliaire.
- Révision du processus d'accueil des personnes en fin de vie qui proviennent de la communauté (pour les lits de soins palliatifs).

- Décoration des quatre chambres de soins palliatifs, des salons des familles du centre d'hébergement St-Célestin et achats d'équipement pour favoriser le confort de la personne et sa famille.
- Inauguration des trois chambres palliatives du Centre Christ-Roi dédiées aux usagers de la communauté.

	Résultats	Cible
Réalisation des actions prévues au plan	100 %	100 %

Approvisionnement.

Ce processus administratif permet de maintenir un contrôle interne sur les dépenses malgré l'utilisation des réquisitions électroniques. Le gestionnaire demeure imputable de son budget et doit, par conséquent, s'assurer de l'utilisation juste des ressources financières.

Le processus d'approbation hiérarchique des requêtes électroniques est opérationnel pour l'ensemble des directions depuis janvier 2015. La délégation de pouvoir a été effectuée avec rigueur et selon les particularités des services. La période d'apprentissage a permis d'ajuster le processus afin de permettre une gestion efficiente par le gestionnaire.

MESURER LA PERFORMANCE GLOBALE DE L'ORGANISATION ET DES SERVICES

L'amélioration continue de la performance s'est poursuivie en 2014-2015 :

- Un rapport de performance annuel des services des différentes directions permet d'évaluer l'évolution des résultats en fonction de la cible établie et des résultats atteints l'année précédente. Cette évaluation permet l'application de mesures d'amélioration ou correctives.
- Un rapport de performance organisationnel permet de suivre l'évolution des priorités organisationnelles. Les indicateurs et les fiches descriptives afférentes ont été révisés en début d'année et il a été introduit des indicateurs en fonction des publics cibles (indicateurs stratégiques, tactiques ou opérationnels). Le rapport présenté au conseil d'administration est affiché, publié dans le journal interne avec les principaux faits saillants et transmis aux conseils professionnels et aux instances syndicales.

Le développement de rapports plus spécifiques à des services et en soutien à des projets d'optimisation s'est actualisé conformément aux besoins identifiés lors de la tournée des directions en mars et avril 2014 :

- Le suivi du ratio des heures travaillées en temps direct par service et par intervenant pour la Direction santé physique et services diagnostiques.
- La production d'indicateur de performance des intervenant pour trois services de la Direction des services à la communauté et multidisciplinaires : Orthophonie – Jeunes en difficulté - Santé mentale.
- La production d'un rapport hebdomadaire des urgences permettant de faire un suivi du projet Lean en cours.
- Le suivi et recommandations pour le programme d'entretien préventif.

Des outils et grilles de suivi ont été mis en place afin de permettre aux gestionnaires de présenter leur analyse des résultats des rapports de performance.

Des activités de soutien (production d'analyse, rapport hebdomadaire, préparation des contenus de formation) dans le cadre du projet LEAN de l'urgence sont réalisées en continu.

Des critères ont été introduits pour la priorisation des projets organisationnels et des modalités de suivi sont prévues aux chartes de projet. Un suivi de chaque fiche s'effectue par le responsable aux périodes 6-10 et 13.

Dans le but d'assurer une harmonisation des pratiques quant à la présentation de l'évaluation des résultats, un guide d'application de l'échelle d'appréciation et d'évaluation de la performance est en place depuis octobre 2014 afin d'utiliser une échelle unique pour présenter une appréciation visuelle des résultats. Cette évaluation réfère à des indicateurs associés positivement, négativement ou paraboliquement à la performance.

Comme il est essentiel de pouvoir avoir une représentation des processus ou étapes présentés à l'intérieur de documents de référence et de s'y référer rapidement, un guide d'élaboration de la cartographie des processus a été retenu pour le CSSSBNY depuis octobre 2014.

La communication revêt une place importante dans toute organisation. Pour mesurer l'impact du journal interne diffusé mensuellement et de son contenu, un sondage a été réalisé. Il en ressort que le journal est lu par 74 % des répondants. Un plan d'action a été élaboré afin d'apporter des améliorations, notamment la venue d'une version électronique à compter d'avril 2015.

En soutien au plan de communication 2013-2016, ci-joint quelques résultats au 31 mars 2015 :

- 59 communiqués internes.
- 22 communiqués de presse.
- 20 affiches insérées dans les supports en plexiglas.
- 4 dîners-rencontres avec le personnel et la Direction générale (46 intervenants).
- 89 demandes d'informations par le courriel du CSSSBNY.
- 11 chroniques Santé dans le journal le Courrier Sud.
- 11 journaux internes.

Des outils de soutien aux gestionnaires ont été élaborés : guide de rédaction de plan de communication, guide de rédaction de différents articles (chronique santé, canevas de communiqué, etc.).

L'amélioration continue de la performance des services permet ainsi d'apprécier nos services et leurs impacts dans un contexte où les ressources sont limitées et où il faut adapter les services en fonction des besoins de la population.

PARTICIPER AU DEPLOIEMENT DU DOSSIER SANTE QUEBEC (DSQ) ET DU DOSSIER CLINIQUE INFORMATISE REGIONAL (DCIR).

Le DSQ facilite le travail des médecins et des autres professionnels de la santé autorisés, en leur permettant d'accéder à certains renseignements de santé jugés essentiels à la prestation de soins (consultation des rapports de laboratoire et de radiologie de même que le profil pharmacologique). Il est complémentaire aux dossiers cliniques de l'établissement de santé, de la pharmacie communautaire et du cabinet privé ou Groupe de médecine familiale (GMF).

Ce projet a largement dépassé la cible visée initialement en permettant de desservir rapidement certains secteurs d'activité jugés prioritaires. En effet, la phase 1 du projet a permis de remettre 120 dispositifs DSQ alors qu'il était prévu d'en remettre 69 au départ. Les secteurs suivants ont été priorisés : pharmacie, services des urgences, services de santé courants, unité de courte durée gériatrique, soins à domicile, maison de naissance et GMF Centre Fortierville. Au total, 120 utilisateurs ont été formés pour avoir accès au visualiseur DSQ. Ces derniers ont reçu les consignes relatives à la confidentialité et à la sécurité des informations du DSQ.

La remise de dispositifs pour le nouveau personnel se poursuit de même que l'ajout de nouveaux secteurs, au besoin. De plus, toutes nouvelles remises ou réémissions de dispositifs en provenance des pharmacies communautaires, des cabinets privés ou des GMF sont, depuis le 1 avril 2015, sous la responsabilité de l'établissement.

Soulignons que le DCIR sera priorisé ultérieurement, considérant l'ampleur des travaux à réaliser avec le DSQ.

PROJETS DE RECHERCHE

Au cours de l'année 2014-2015, l'établissement a collaboré à différents projets de recherche. Voici les titres des projets :

- Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec? (Projet de recherche – action).
- Comment penser l'accouchement physiologique à l'ère de la biotechnologie : les femmes enceintes nouvellement accouchées du Québec nous renseignent.
- La rééducation périnéale pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort et périodes pré et postnatales.
- Comment les femmes choisissent-elles le type de professionnel qui assurera le suivi périnatal?
- Évaluation des outils d'intervention destinés aux professionnels du service de Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social).
- Plan d'action ministériel sur les troubles cognitifs liés au vieillissement : une évaluation de l'implantation et des résultats des projets initiaux en vue d'une généralisation progressive au Québec.

LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS (LGCE)

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

		Total de janvier à mars				
		Heures travaillées	Heures suppl.	Total	Nombre ETC	Nombre Individus
CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	2014	375 948	7 126	383 075	767	947
	2015	384 324	7 479	391 803	784	956
	Variation	2,2 %	4,9 %	2,3 %	2,2 %	1,0 %
1 - Personnel d'encadrement	2014	16 066	0	16 066	33	34
	2015	17 328	0	17 328	35	36
	Variation	7,9 %		7,9 %	7,7 %	5,9 %
2 - Personnel professionnel	2014	49 260	640	49 901	103	122
	2015	51 976	467	52 443	109	130
	Variation	5,5 %	(27,1 %)	5,1 %	5,7 %	6,6 %
3 - Personnel infirmier	2014	118 570	3 615	122 185	239	298
	2015	118 091	3 937	122 027	238	294
	Variation	(0,4 %)	8,9 %	(0,1 %)	(0,4 %)	(1,3 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	149 946	2 490	152 436	312	398
	2015	155 100	2 602	157 702	322	402
	Variation	3,4 %	4,5 %	3,5 %	3,3 %	1,0 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	41 792	381	42 173	80	103
	2015	41 662	474	42 136	79	101
	Variation	(0,3 %)	24,2 %	(0,1 %)	(0,4 %)	(1,9 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014	313	0	313	1	2
	2015	167	0	167	1	2
	Variation	(46,8 %)		(46,8 %)	8,4 %	0,0 %

CONTRATS DE SERVICES (comportant une dépense de plus de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2015)

TYPE DE CONTRAT	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique	0	0 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	1	29 825 \$
Total des contrats de service	1	29 825 \$

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Programme	Description	2014-2015		2013-2014	
		Cible	Résultat	Cible	Résultat
Santé mentale	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	61	60,0	68	52,85
	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	108 jeunes	94 jeunes ¹	108 jeunes	88 jeunes
	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	370 adultes	378 adultes	342 adultes	369 adultes
Jeunes en difficulté	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS	685	758	685	881
	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,0	6,5	7	6,63
Santé publique	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	90 %	85,1 % ²	90 %	82,3 %
	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	90 %	64,4 % ²	90 %	53,8 %
	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin conjugué contre la rougeole, la rubéole et les oreillons dans les délais	90 %	63,4 % ²	90 %	53,5 %
	Nombre de places disponibles pour l'accès au programme P.I.E.D. (Programme intégré équilibre dynamique)	89	137	89	122
	Nombre de personnes rejoints par le programme IMP (Intervention multifactorielle personnalisée)	128	71 ³	128	100
Dépendances	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts en CSSS	34	46	34	37
Santé physique	Nombre d'interventions en soins palliatifs à domicile	5 659	6 310	5 659	5 877
	Nombre d'usagers différents avec facteurs de risque ou syndrome métabolique en nutrition et en kinésiologie selon le type d'intervention (Kinésiologie)	100	132	100	269
	Nombre d'usagers différents avec facteurs de risque ou syndrome métabolique en nutrition et en kinésiologie selon le type d'intervention (Nutrition)	150	327	150	456

Programme	Description	2014-2015		2013-2014	
		Cible	Résultat	Cible	Résultat
Perte d'autonomie liée au vieillissement	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3	3,4	3	3,4
	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,23	0,27	0,23	0,34
	Taux d'occupation	—	96,4 %	—	95,5 %
	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (mission CLSC) SAPS-DP-DI-TED	78 815	75 273	78 815	77 379
Déficiences	Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	58	84	58	73
	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	72	102	72	96
	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience DP Urgent	90 %	100 %	90 %	Aucun
	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience DP Élevé	90 %	100 %	90 %	100 %
	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience DP Modéré	90 %	100 %	90 %	100 %
	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience DI-TED Urgent	90 %	Aucun	90 %	Aucun
	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience DI-TED Élevé	90 %	100 %	90 %	100 %
	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience DI-TED Modéré	90 %	100 %	90 %	85 %

Programme	Description	2014-2015		2013-2014	
		Cible	Résultat	Cible	Résultat
Administration et soutien aux services	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5 %	4,74 %	5 %	4,22 %
	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	3,39 %	3,69 % ⁴	3,57 %	2,83 %
	Ratio des heures travaillées en heures supplémentaires (général)	2,32 %	2,49 % ⁴	2,45 %	2,22 %
	Pourcentage d'installations ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	100 %	100 %	100 %	100 %

EXPLICATION DES ÉCARTS

1. Le nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1^{re} ligne en santé mentale jeunes continue de bien progresser.
2. La proportion des enfants recevant la vaccination dans le délai maintient sa progression bien que les cibles établies ne soient pas atteintes. Le projet de recherche auquel l'établissement participe contribue à soutenir cette amélioration.
3. La non-atteinte de l'objectif concernant le nombre d'interventions multifactorielles personnalisées est attribuable au fait que les intervenants ont été mis à contribution pour la réalisation des plans de services individualisés et d'allocation de services des usagers (nouvelle exigence ministérielle).
4. Les heures en temps supplémentaire dépassent les taux cibles. Bien que les cibles 2014-2015 tiennent compte d'une progression d'amélioration de 5 % par année dans le cadre de l'entente de gestion, le dépassement préoccupe l'organisation. La situation a été adressée en cours d'année et des solutions sont actuellement mises en place.

AUTRES CIBLES

		2014-2015		2013-2014	
Programme	Description	Cible	Résultat	Cible	Résultat
Accès téléphonique à une consultation en matière de santé (Info-Santé) et de services psychosociaux (Info-Social), 24 heures par jour et 7 jours par semaine.					
Info-Santé	Taux de réponse	85 %	85,5 %	84 %	84,5 %
Info-Social	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	90 %	97,0 %	90 %	96,3 %

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska 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 de Bécancour–Nicolet-Yamaska 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 d'audit. 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 *Morin Cadieux snc* dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme *Morin Cadieux snc* peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Martin Beaumont
Président-directeur général



RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du Conseil d'administration du
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

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 cumulés, de la variation de ses 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 de Bécancour-Nicolet-Yamaska pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion sans 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 saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'établissement.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Trois-Rivières (Québec)
Le 29 juin 2015

¹ Par Robert Larose, CPA auditeur, CA

ÉTAT DES RÉSULTATS

	2014-2015					2013-2014
	FONDS D'EXPLOITATION			IMMOBILISATIONS	TOTAL	
	Activités principales	Activités accessoires	Total			
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS	59 574 351	27 888	59 602 239	2 912 215	62 514 454	59 869 556
Subventions Gouvernement du Canada	—	—	—	—	—	24 684
Contributions des usagers	5 422 404	—	5 422 404	—	5 422 404	5 402 370
Ventes de services et recouvrements	540 834	—	540 834	—	540 834	562 403
Donations	—	—	—	71 414	71 414	68 426
Revenus de placement	114 174	—	114 174	—	114 174	96 221
Revenus de type commercial	—	—	—	—	—	—
Gain sur disposition	—	—	—	760	760	2 400
Autres revenus	151 655	—	151 655	56 856	208 511	205 933
TOTAL	65 803 418	27 888	65 831 306	3 041 245	68 872 551	66 231 993
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	51 468 005	13 564	51 481 569	—	51 481 569	49 438 696
Médicaments	451 870	—	451 870	—	451 870	475 265
Produits sanguins	66 815	—	66 815	—	66 815	56 067
Fournitures médicales et chirurgicales	610 491	—	610 491	—	610 491	580 728
Denrées alimentaires	553 461	—	553 461	—	553 461	528 168
Rétributions versées aux RNI	2 291 675	—	2 291 675	—	2 291 675	2 112 685
Frais financiers	—	—	—	714 197	714 197	719 281
Entretien et réparations	949 055	—	949 055	238 929	1 187 984	1 273 795
Créances douteuses	—	—	—	—	—	6 584
Loyer	279 894	—	279 894	—	279 894	262 955
Amortissement des immobilisations	—	—	—	2 096 310	2 096 310	2 116 301
Perte sur disposition d'immobilisations	—	—	—	46 412	46 412	—
Autres charges	7 576 239	14 324	7 590 563	—	7 590 563	8 126 711
TOTAL	64 247 505	27 888	64 275 393	3 095 848	67 371 241	65 697 236
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	1 555 913	—	1 555 913	(54 603)	1 501 310	534 757

ÉTAT DES SURPLUS CUMULÉS

	2014-2015			2013-2014
	Exploitation	Immobilisations	Total	
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1 528 386	2 227 876	3 756 262	3 221 505
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	1 528 386	2 227 876	3 756 262	3 221 505
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	1 555 913	(54 603)	1 501 310	534 757
Transfert interfonds	(367 390)	367 390	—	—
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS À LA FIN	2 716 909	2 540 663	5 257 572	3 756 262
Solde non affecté	—	—	5 257 572	3 756 262
TOTAL	—	—	5 257 572	3 756 262

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

	2014-2015			2013-2014
	Exploitation	Immobilisations	Total	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1 112 600	(30 042 446)	(28 929 846)	(29 873 574)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉS	1 112 600	(30 042 446)	(28 929 846)	(29 873 574)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	1 555 913	(54 603)	1 501 310	534 757
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATION				
Acquisitions	—	(2 076 718)	(2 076 718)	(1 677 408)
Amortissement de l'exercice	—	2 096 310	2 096 310	2 116 301
(Gain) / Perte sur dispositions	—	45 652	45 652	(2 400)
Produits sur dispositions	—	760	760	2400
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	—	66 004	66 004	438 893
Acquisition de stocks de fournitures	(1 295 997)	—	(1 295 997)	(1 225 945)
Acquisition de frais payés d'avance	(669 978)	—	(669 978)	(690 111)
Utilisation de stocks de fournitures	1 311 365	—	1 311 365	1 239 361
Utilisation de frais payés d'avance	625 290	—	625 290	646 773
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(29 320)	—	(29 320)	(29 922)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(367 390)	367 390	—	—
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS	1 159 203	378 791	1 537 994	943 728
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	2 271 803	(29 663 655)	(27 391 852)	(28 929 846)

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	2014-2015			2013-2014
	Exploitation	Immobilisations	Total	
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	10 734 350	–	10 734 350	7 517 245
Débiteurs – Agence et MSSS	438 774	213 053	651 827	1 496 149
Autres débiteurs	480 548	–	480 548	546 655
Créances interfonds (dettes interfonds)	(988 210)	988 210	–	–
Subvention à recevoir (perçue d’avance) – réforme comptable	4 953 903	130 947	5 084 850	4 522 103
Frais reportés liés aux dettes	–	76 708	76 708	79 422
Autres éléments	62 520	–	62 520	103 898
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	15 681 885	1 408 918	17 090 803	14 265 472
PASSIFS				
Emprunt temporaire	–	1 157 889	1 157 889	503 082
Autres créditeurs et autres charges à payer	7 577 894	519 964	8 097 858	7 058 748
Avances de fonds en provenance de l’agence – enveloppes décentralisées	–	830 758	830 758	776 315
Intérêts courus à payer	–	213 053	213 053	232 446
Revenus reportés	132 066	2 726 853	2 858 919	2 908 444
Dettes à long terme	–	25 624 056	25 624 056	25 959 793
Passif au titre des avantages sociaux futurs	5 613 543	–	5 613 543	5 654 520
Autres éléments	86 579	–	86 879	101 970
TOTAL DES PASSIFS	13 410 082	31 072 573	44 482 655	43 195 318
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	2 271 803	(29 663 655)	(27 390 852)	(28 929 846)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	–	32 204 318	32 204 318	32 270 322
Stocks de fournitures	150 566	–	150 566	165 934
Frais payés d’avance	294 540	–	294 540	249 852
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	445 106	32 204 318	32 649 424	32 686 108
SURPLUS CUMULÉS	2 716 909	2 540 663	5 257 572	3 756 262

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

	2014-2015	2013-2014
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
SURPLUS (DÉFICIT)	1 501 310	534 757
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE		
Stocks et frais payés d'avance	(29 320)	(29 922)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	45 652	(2 400)
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations – Autres	(128 270)	(106 158)
Amortissement des immobilisations	2 096 310	2 116 301
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	25 514	18 946
Subvention à recevoir – réforme comptable – immobilisations	(599 419)	(267 024)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	1 410 467	1 729 743
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	2 062 216	(1 269 973)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	4 973 993	994 527
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisation – Acquisitions	(2 076 718)	(1 677 408)
Immobilisation – Produits de disposition	760	2 400
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	(2 075 958)	(1 675 008)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Produit de disposition et de rachat de placements	–	1 750
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉ POUR LES) ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT	–	1 750
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	3 351 920	5 048 191
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(1 590 861)	(1 419 441)
Emprunts remboursés – Refinancement de dettes à long terme	(2 096 796)	(863 835)
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	4 066 718	4 141 329
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(59 991)	(137 055)
Emprunts temporaires remboursés – Refinancement fonds d'immobilisations	(3 351 920)	(5 048 191)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	319 070	1 720 998
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	3 217 105	1 042 267
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	7 517 245	6 474 978
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	10 734 350	7 517 245
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
Encaisse	10 734 350	7 514 245
TOTAL	10 734 350	7 517 245

	2014-2015	2013-2014
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT		
Débiteurs – Agence et MSSS	844 322	(275 993)
Autres débiteurs	66 107	(223 258)
Subvention à recevoir – réforme comptable – avantages sociaux futurs	36 672	2 900
Frais reportés liés aux dettes	(22 800)	(21 707)
Autres éléments d'actifs	41 378	72 069
Autres créditeurs et autres charges à payer	1 039 110	(246 375)
Avances en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées	54 443	(1 927 336)
Intérêts courus à payer	(19 393)	46 790
Revenus reportés	78 745	1 147 576
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	(40 977)	166 730
Autres éléments de passifs	(15 391)	(11 369)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	2 062 216	(1 269 973)
AUTRES RENSEIGNEMENTS		
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	519 964	491 640
Intérêts créditeurs (revenus)	114 174	96 221
Intérêts encaissés (revenus)	114 174	96 221
Intérêts débiteurs (dépenses)	688 683	700 335
Intérêts déboursés (dépenses)	681 336	596 546

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 – CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) le 5 juillet 2004. Il a pour mandat d'offrir des services en CHSLD, CLSC et CH (référence : articles 80, 81 et 83 de la LSSSS portant sur la mission).

Le siège social de l'établissement est situé au 675, rue Saint-Jean-Baptiste, Nicolet (Québec), J3T 1S4.

Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région Bécancour–Nicolet-Yamaska.

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

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1^{er} avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région 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 CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 – PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

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.

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.

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, les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

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.

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 dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

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

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01).

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Revenus d'intérêts

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

Autres revenus

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

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

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

Instruments financiers

En vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux établissements.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet, la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1^{er} avril 2016.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés, les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation et l'amortissement selon la méthode du taux effectif sont sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

Par conséquent, l'encaisse, les débiteurs - Agences et MSSS et les autres débiteurs sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

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

Trésorerie et équivalents de trésorerie

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

Débiteurs

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

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

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

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

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

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

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

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.

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.

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.

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.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité 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.

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 :

<u>Catégorie</u>	<u>Durée</u>
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (maximum 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

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

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

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

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'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.

Prêts interfonds

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

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

Classification des activités

La classification des activités 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.

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.

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.

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 3 – 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 a respecté cette obligation légale.

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 méthodes 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 10 juin 2014 relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

NOTE 5 – INSTRUMENTS FINANCIERS

Impacts sur les états financiers

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

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

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

NOTE 6 – DETTE À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale totale de 8 400 111 \$, au taux effectif variant de 2,109 % à 2,944 %, garantis par le gouvernement, remboursables mensuellement par versement de 442 238 \$, échéant entre 2018 et 2024.	8 189 545	5 048 191 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total	17 434 511	20 320 906

	Exercice courant	Exercice précédent
de 21 459 373 \$, à un taux variant de 2,122 % à 7,75 %, garantis par le gouvernement, remboursables mensuellement par versement de 1 227 936 \$, échéant entre 2015 et 2022.		
Hypothèques immobilières, pour un montant total de 1 345 282 \$, remboursable par versement annuels de 102 742 \$, incluant capital et intérêts, à un taux variant de 6,875 % à 7,875 %, refinancées au cours de l'exercice.	-	590 696
	25 624 056	25 959 793 \$

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

2015-2016	2 393 784 \$
2016-2017	4 189 792
2017-2018	5 976 166
2018-2019	10 558 020
2019-2020	258 692
2020-2021 et subséquents	2 247 602
	25 624 056 \$

NOTE 7 – PASSIF AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

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

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux.

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	4 552 615	5 430 495	5 415 770	4 567 340	4 552 615 \$
Assurance-salaire	923 312	1 145 766	1 211 610	857 468	923 312
Provision pour maladie	124 178	1 298 714	1 288 741	134 151	124 178
Droits parentaux	54 415	158 592	158 423	54 584	54 415
	5 654 520	8 033 567	8 074 544	5 613 543	5 654 520 \$

NOTE 8 – IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	87 096	-	87 096	87 096 \$
Aménagement des terrains	107 248	107 248	-	885
Améliorations locatives	145 105	145 105	-	3 030
Bâtiments	36 370 700	17 509 952	18 860 748	19 889 217
Améliorations majeures aux bâtiments	10 323 624	819 587	9 504 037	8 147 671
Matériels et équipements	3 295 908	2 621 709	674 199	698 440
Équipements spécialisés	9 307 165	6 675 202	2 631 963	2 784 862
Matériel roulant	129 066	62 200	66 866	82 778
Développement informatique	242 150	220 516	21 634	28 184
Réseau de télécommunication	206 989	45 391	161 598	182 296
Projets en cours	196 177	-	196 177	365 863
	60 411 228	28 206 910	32 204 318	32 270 322 \$

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentés respectivement aux pages 420-00 à 422-00 du AS-471.

Les travaux en cours ne sont pas amortis car ils ne sont pas en service.

NOTE 9 – GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir – réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse	10 734 350	7 517 245
Débiteurs - Agences et MSSS	651 827	1 496 149
Autres débiteurs	480 548	546 655
Subvention à recevoir – réforme comptable	5 084 850	4 522 103
	16 951 575	14 082 152

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que l'encaisse est détenue de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, du MSSS, de l'Agence du revenu du Québec, du Gouvernement du Canada et de la CSST qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine certains comptes en souffrance à une firme d'avocats. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 60 % pour le présent exercice du montant total recouvrable.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	479 499	546 655
Autres débiteurs en souffrance :	-	-
Moins de 30 jours	897	-
De 30 à 59 jours	-	3 452
De 60 à 89 jours	418	1 920
De 90 jours et plus	45 145	64 743
Sous-total	46 460	70 115
Provision pour créances douteuses	(45 411)	(70 115)
Sous-total	1 049	0
Total des autres débiteurs	480 548	546 655

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses	70 115	64 954
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	20 438	37 153
Montants recouverts comptabilisés aux résultats	(40 317)	(30 569)
Comptes provisionnés radiés durant l'exercice	(4 825)	(4 423)
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	45 411	70 115

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

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

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

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

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois :	8 058 859	7 003 005 \$
De 6 mois à 1 an :	43 060	39 939
De 1 à 3 ans :	(4 061)	15 803
De 3 à 5 ans :	-	-
De plus de 5 ans :	-	-
Total des autres créditeurs	8 097 858	7 058 748

Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement est exposé aux risques suivants :

Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises. Elle ne gère donc pas activement ce risque.

Risque de taux d'intérêt

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

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunt temporaire	1 157 889	503 082
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	830 758	776 315
Dettes à long terme	25 624 056	25 959 793
Total	27 612 703	27 239 190

Ces montants représentent des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS ou l'Agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêts. Le risque de taux d'intérêts sur ces emprunts est minime.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts.

Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

NOTE 10 – BIENS DÉTENUS À TITRE DE FIDUCIAIRE

À titre de fiduciaire, l'établissement administre des fonds au profit des bénéficiaires.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du AS-471.

NOTE 11 – OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'établissement est apparenté avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du AS-471.

L'établissement a reçu d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux un analyseur d'immunologie automatisé. Ce bien n'avait pas été comptabilisé par le donateur puisqu'il faisait partie d'un contrat exclusif de fournitures avec le fournisseur. Il n'y a donc eu aucune contrepartie en échange de ce bien.

L'établissement est également apparenté à la Fondation Bécancour–Nicolet-Yamaska, organisme ayant un intérêt économique, qui a pour but de recueillir des contributions afin de venir en aide aux personnes défavorisées et aux familles vivant des problèmes particuliers ainsi qu'à contribuer par versements de fonds au développement de l'établissement. Quatre employés de l'établissement, dont la directrice générale, le directeur des services professionnels, la directrice des services aux personnes en perte d'autonomie ainsi qu'une gestionnaire siègent au conseil d'administration de la Fondation. L'établissement fournit gracieusement un local à cet organisme, afin de lui éviter des frais supplémentaires. L'établissement a reçu de la Fondation un don en espèces de 35 000 \$ afin d'acquérir de l'ameublement de chambre et un don en nature d'un véhicule d'une valeur estimative de 9 000 \$.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange qui est la contrepartie acceptée par les apparentés. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du AS-471.

NOTE 12 – ÉVENTUALITÉS

Le Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet–Yamaska fait l'objet d'une réclamation pour un montant de 2 666 000 \$. Cependant, cette action est couverte par le programme de gestion des réclamations de la Direction des assurances du réseau de la Santé et des Services sociaux (DARSSS). Advenant jugement ou règlement, les dommages compensatoires seront acquittés par la DARSSS. Les honoraires professionnels et les frais d'expertise, le cas échéant, seront également acquittés par la DARSSS. Conséquemment, aucune provision ne figure aux états financiers pour la présente éventualité.

NOTE 13 – ÉVÈNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS

Certains cadres ont modifié leur choix initial d'être remplacé et ont fait connaître, après le 31 mars 2015, leur choix d'opter pour l'indemnité de fin d'emploi. Le montant que l'établissement aura à verser en regard de ces indemnités de fin d'emploi s'élève à 309 681 \$.

NOTE 14 – CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

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

Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R : réserve			R : réglé			
O : observation			PR : partiellement réglé			
C : commentaire			NR : non réglé			
Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
AUCUN						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
AUCUN						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
AUCUN						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
AUCUN						
Rapport à la gouvernance						
AUCUN						

BUT ET CADRE GÉNÉRAL

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

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

Dans le respect des valeurs fondamentales, le CSSSBNY a rassemblé, dans le présent code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les membres du conseil d'administration de l'établissement adhèrent en début de mandat.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS PENDANT LEUR MANDAT

Agir dans l'intérêt de l'établissement et de la population

- Le membre du conseil d'administration est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.
- Le membre du conseil d'administration contribue à la réalisation des fonctions de l'établissement et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

Agir avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

- Le membre du conseil d'administration s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'établissement; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées. Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur dans l'établissement et contribue à leur respect.

Neutralité

- Le membre du conseil d'administration se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisans.
- Le membre du conseil d'administration doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

- Le président du conseil d'administration ou le directeur général doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisans.

- Tout membre du conseil d'administration qui veut se porter candidat ou qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions de membre du conseil d'administration le tout sous réserve des lois et règlements.

Discretion

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

Relations publiques

- Le membre du conseil d'administration respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.
- Le membre du conseil d'administration adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
- Le membre du conseil d'administration reconnaît que le président du conseil d'administration est le représentant du conseil et que le directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'établissement vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

Agir avec honnêteté et loyauté

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

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

Conflits de devoirs ou d'intérêts

- Le membre du conseil d'administration évite et dénonce tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement.
- Le membre du conseil d'administration qui siège sur un comité ou une commission relevant du conseil d'administration doit déclarer les situations de conflits d'intérêts ou de conflits de rôle pour toute décision que le comité prend en vertu d'une délégation du conseil d'administration ou pour toute recommandation ou tout avis transmis au conseil d'administration.
- Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question le met en conflit réel avec les intérêts du conseil d'administration ou de l'établissement.

Biens de l'établissement

- Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'établissement.

Avantages ou bénéfices indus

- Le membre du conseil d'administration se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions de membre du conseil d'administration.

Transparence

- Le membre du conseil d'administration révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

- Le membre du conseil d'administration s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches ou d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'établissement.
- Le membre du conseil d'administration s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances.

APRÈS LEUR MANDAT

Le membre du conseil d'administration :

- Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures de membre du conseil d'administration.
- Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat :
 - D'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement est partie et sur laquelle il détient de l'information confidentielle.
 - De solliciter un emploi auprès de l'établissement, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement.
- Ne fait pas usage de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions de membre du conseil d'administration, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'établissement.
- Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y travaillent.
- Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un membre du conseil d'administration, les membres du conseil d'administration en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

MÉCANISMES D'APPLICATION

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

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit

cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

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

Tenue de l'enquête

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

Information au membre du conseil d'administration concerné

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

Transmission du rapport

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

Décision

- Comme suite au rapport du comité sur l'éthique et la déontologie, le conseil d'administration doit décider si le membre du conseil d'administration a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent code. Le membre du conseil d'administration peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

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

Les fonctions du comité sont les suivantes :

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

Aucune situation de manquement de la part d'un administrateur aux règles d'éthique et de déontologie prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou par le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet–Yamaska n'a été constatée, ni portée à l'attention des instances disciplinaires, ni au conseil d'administration.

STATISTIQUES

SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

SOUTIEN INFIRMIERS À DOMICILE ET CENTRE DE JOUR

	Usagers		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Soins infirmiers à domicile	1 527	1 485	21 963	21 634
Services psychosociaux à domicile	1 195	1 365	8 457	8 262
Aide à domicile	511	447	36 068	30 842
Centre de jour	268	335	5 297 (jours présences)	5 247 (jours présences)

SERVICES SPÉCIALISÉS ET GÉRIATRIQUES

	Usagers		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Unité satellite en pneumologie	N/D	N/D	491	395
Inhalothérapie (urgence-UCDG)	343	347	18 224	19 216 (unités)
Inhalothérapie à domicile	333	352	2 528	2 635
Inhalothérapie (autres)	1 340	1 360	2 749	2 525
Centre d'enseignement sur l'asthme (MPOC et asthme)	510	528	1 340	1 129
Ergothérapie/physiothérapie à domicile	520	529	3 378	2 858
Physiothérapie externe	1 750	1 889	11 204	12 197
Équipe gestion SCPD (Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence)	59	10	654	107
Infirmières-pivots Alzheimer	284	85	723	138

UNITÉ DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE

	2014-2015	2013-2014
Admission	155	162
Séjour moyen	21.2	19.9
Âge moyen	85	85
Taux d'occupation	86,5 %	82,4 %

SERVICES D'HÉBERGEMENT DANS LA COMMUNAUTÉ

	2014-2015	2013-2014
Nombre de places dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)	68	71

CENTRES D'HÉBERGEMENT

	2014-2015	2013-2014
Admission en hébergement permanent	99	111
Admission en hébergement temporaire	268	244
Durée moyenne de séjour en hébergement permanent	2 ans, 5 jours	2 ans, 198 jours

SANTÉ PHYSIQUE ET SERVICES DIAGNOSTIQUES

SERVICE DE L'URGENCE ET CLINIQUE EXTERNES SPÉCIALISÉES

	Centre Christ-Roi		Centre Fortierville	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Visites à l'urgence	21 521	22 539	16 732	17 263
Visites aux cliniques externes spécialisées	5 629	5 730	N/A	N/A
Visites en cardiologie	5 948	5 416	1 491	1 381

SERVICES SANTÉ COURANTS

	Usagers		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Clinique de soins infirmiers	5 175	5 014	17 534	17 547
Maladies Chroniques	38 groupes 222 inscriptions	48 groupes 273 inscriptions	94 Rencontres : Ma santé à vie 28 Diabète 57 MPOC 9	177 rencontres : Ma santé à vie 42 Diabète 115 MPOC 20
Nutrition clinique	1 160	1 286	2 641	2 888

SERVICES DIAGNOSTIQUES

	Usagers		Interventions ¹	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Prélèvement sanguins	31 350	35 957	54 824	42 873
Imagerie médicale	22 637	17 848	23 053	23 289
Anticoagulothérapie	555	625	10 355	16 180
Ordonnances validées (IM + Labo)	53 987	53 805	N/A	N/A

¹ Le nombre d'interventions reliées aux prélèvements sanguins correspond aux procédures réalisées dans le sous-centre de service 6606 (inclus les procédures liées au transport).

SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ INFO-SOCIAL

	2014-2015	2013-2014
Info-Santé : Appels répondus	154 629	177 672
% de réponse	85.52 %	84,5 %
Délai moyen d'attente	2 min. 51 sec.	2 min. 14 sec.
Info-Social : Appels traités	28 862	28 516
% de réponse	97 %	89 %
Sorties terrain	1 080	896
Délai moyen d'attente	28 sec.	32 sec.

SERVICES À LA COMMUNAUTÉ ET MULTIDISCIPLINAIRES

SERVICES ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE

	Usagers		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Santé parentale et infantile	1 921	2 004	5 798	5 725
Services dentaires préventifs	1 122	1 072	1 465	1 252
Santé scolaire	1 398	1 548	2 026	2 429
Services sociaux scolaires	497	614	3 124	3 887
Audiologie/orthophonie	161	105	949	674
Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	796	881	5 021	5 826
Intervention communautaire	15 groupes	16 groupes	154	217
Services intégrés pour adolescents et leur famille	35	26	379	272
Nutrition - EJJ	40	39	77	73

SANTÉ PUBLIQUE

	Usagers		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Vaccination influenza	5 968	6 138	6 040	6 138
Vaccination voyageur	515	470	653	678
Prévention/Promotion	1 330	1 317	2 047	2 138

SERVICES ADULTES

	Usagers		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Accueil psychosocial				
- Demande de service	---	---	929	1 153
- Demande d'information	---	---	6	87
Services psychosociaux	963	978	3 686	3 813
Déficiência intellectuelle	209	186	1 718	1 491

SERVICES SANTÉ MENTALE

	Usagers		Interventions	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Services ambulatoires en 1 ^{re} ligne (jeunes et adultes)	521	528	4 944	4 643
Suivi intensité variable dans la communauté	183	158	3 247	2 665
Activités médicales	182	166	401	367

SERVICES SAGES-FEMMES (Maison de naissance de la Rivière)

	2014-2015	2013-2014
Nombre total d'inscriptions	372	308
Nombre total de clientes en suivi :		
- en provenance des territoires prioritaires (CSSSBNY, CSSSTR et CSSSAE)	215	166
- en provenance de l'extérieur des territoires prioritaires	127	113
- en provenance de l'extérieur de la région	30	29
Nombre total de suivis complets	250	229
Nombre total de femmes inscrites depuis l'ouverture de la Maison de naissance de la Rivière en septembre 2003	2 797	2 425

RESSOURCES HUMAINES

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Effectifs de l'établissement	1 010	998
Les cadres		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	35	32
Temps partiel		
Nombre de personnes – Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1	1
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Le personnel régulier		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	410	396
Temps partiel		
Nombre de personnes – Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	265	246
Nombre d'employés et employées en sécurité d'emploi	1	-
Le personnel occasionnel		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	371 898	471 508
Équivalents temps complet (b)	174	181

- (a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et le personnel régulier :
- Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail, divisé par le nombre d'heures de travail d'un membre du personnel à temps complet du même corps d'emploi.
- (b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour le personnel occasionnel :
- Nombre d'heures rémunérées, divisé par 1 826 heures.

ORIENTATION ET FORMATION DU PERSONNEL

	2014-2015	2013-2014
Heures	26 857	23 068
Montant	900 983 \$	675 585 \$
Pourcentage de la masse salariale (formations)	1,77 %	1,24 %
Pourcentage de la masse salariale (pourcentage des heures en formation et orientation)	2,53 %	2,02 %

SERVICES PROFESSIONNELS

	Omnipraticiens	Spécialistes	Pharmaciens	Total
Membres actifs	31	1	2	34
Membres associés	10	49	0	59
Membres conseils	1	0	4	5
Total	42	50	6	98

Centre de santé et de services sociaux
de Bécancour–Nicolet–Yamaska

675, rue Saint-Jean-Baptiste
Nicolet (Québec) J3T 1S4
Téléphone : 819 293-2071
Sans frais : 1 800 263-2572



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

Québec

