



CLSC YVAN-DUQUETTE

RAPPORT ANNUEL

2014-2015



CENTRE D'HÉBERGEMENT
VILLA-BONHEUR



CENTRE D'HÉBERGEMENT
VITTIE & DESJARDINS



CLSC SAINT-JOSEPH



HÔPITAL DE GRANBY

DE CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA À CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

Un accès aux services de santé et aux services sociaux pour la population constitue une priorité gouvernementale à maintes reprises énoncée par le présent gouvernement. Or, pour y arriver dans un contexte économique et budgétaire difficile, il a fallu miser sur une transformation du réseau et de sa gouvernance qui permettra à la fois d'assurer à la population des services intégrés et un parcours optimal et simplifié de soins et services de même que de réduire les coûts liés à sa gestion.

Cette réforme du réseau s'inscrit en continuité avec celle initiée en 2004-2005 et de laquelle sont issus les réseaux locaux de services (RLS) dans chaque région sociosanitaire et la fusion des établissements (CH, CLSC et CHSLD) en Centre de santé et de services sociaux (CSSS) avec une responsabilité populationnelle.

Malgré les efforts de fusion d'établissements et d'intégration de services déjà faits, plusieurs problématiques présentes dans le réseau résultent d'une certaine lourdeur administrative. C'est dans ce contexte que le projet de loi no 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, a été adopté le 7 février 2015. Cette étape législative a donné naissance à la Loi 10 et marqué le point de départ d'une nouvelle réforme administrative du secteur de la santé et des services sociaux.

En vertu de la Loi 10, le 1^{er} avril 2015, le CSSS de la Haute-Yamaska, initialement localisé en Montérégie, a été fusionné au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

TABLE DES MATIÈRES

Mot de la présidente-directrice générale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)	4
Message du directeur général par intérim et du président du Conseil d'administration.....	5
Déclaration de fiabilité	8
Rapport de la direction	8
Structure organisationnelle	10
Chefs de département et de service	11
Établissement, organisation et territoire.....	14
Caractéristiques de la population et principales données de santé	15
Planification stratégique 2011-2015	18
Direction programme santé physique	22
Direction des services professionnels	25
Direction programmes santé mentale, famille-enfance-jeunesse et services multidisciplinaires	26
Direction programme personnes en perte d'autonomie	30
Direction programme personnes hébergées	31
Direction des soins infirmiers et santé publique.....	33
Direction des ressources humaines et du développement organisationnel.....	34
Direction des services techniques.....	35
Direction des communications et des relations publiques.....	36
Direction des ressources financières et informationnelles	37
Entente de gestion et d'imputabilité	38
Agrément.....	45
Sécurité des soins et des services	45
Information et consultation de la population	46
Bilan du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	46
Conseils et comités.....	48
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	50
Conseil multidisciplinaire	50
Conseil des infirmières et des infirmiers.....	51
Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	52
Comité des usagers	53
Comité de la vigilance et de la qualité	54
Comité de gestion intégrée des risques.....	55
Comité d'éthique clinique.....	56
Comité d'éthique de la recherche.....	57
Comité des ressources humaines	57
Ressources humaines au CSSSHY	57
Bénévolat.....	59
Fondation du Centre hospitalier de Granby	59
Fondation Horace-Boivin	60
États financiers et analyse des résultats des opérations	61
État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant.....	79
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	81
Lieux de soins et de services.....	85

**MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE
GÉNÉRALE DU CENTRE INTÉGRÉ
UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
SHERBROOKE
(CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS)**

À partir du 1^{er} avril 2015, l'entrée en vigueur 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* fait en sorte que la région doit créer un nouvel établissement afin d'améliorer l'accessibilité, la fluidité, l'efficience et l'efficacité des services aux usagers et aux usagères. Pour nous, cela représente la fusion de quatorze établissements, dont les centres de santé et de services sociaux (CSSS) La Pommeraie et de la Haute-Yamaska qui se sont joints à notre CIUSSS, et l'abolition de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Quel défi de taille...!

C'est avec beaucoup de fierté et de détermination que j'ai accepté de prendre la tête de cette nouvelle organisation. La transformation du réseau, telle que proposée dans la Loi, s'avère une opportunité pour l'Estrie, voire un levier. En unissant nos forces, en partageant nos pratiques d'excellence et notre vision novatrice, nous irons encore plus loin.

« En Estrie, ensemble, innovons pour la VIE! » est la nouvelle vision de l'établissement. Dans l'énoncé, on constate la force de la collaboration, le désir de sortir des sentiers battus pour faire toujours mieux, tout en gardant à l'esprit notre raison d'être : la VIE. La VIE réfère au secteur de la santé et des services sociaux dans lequel nous œuvrons, mais aussi au fait que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS offrira la gamme la plus étendue de services des établissements du Québec, de la prévention aux soins de fin de vie, des soins et services primaires à ceux surspécialisés.

Pour s'imprégner de cette nouvelle vision, une démarche participative a été lancée afin d'établir les nouvelles valeurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. En tout, c'est près de 2500 personnes qui ont participé (membres du personnel, médecins, population, etc.). Les valeurs retenues sont l'**humanisme**, l'**engagement** et l'**adaptabilité**.



Mme Patricia Gauthier

Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

En terminant, je tiens à remercier les membres des conseils d'administration des quinze précédentes organisations qui, grâce à leur engagement et à leur dévouement, ont su faire du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie un lieu de soins, d'interventions et de travail rempli de sens et ce au service de notre population.

Patricia Gauthier



M. Rémi Brassard

Directeur général par intérim
CSSS de la Haute-Yamaska

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'exercice qui se termine marque la dernière année de la planification stratégique 2011-2015. Ce plan ambitieux présentait les enjeux, les initiatives et les résultats que le CSSS de la Haute-Yamaska (CSSHY) s'engageait à atteindre. Grâce à la collaboration et au travail des membres du personnel, des médecins, des gestionnaires, des administrateurs et des bénévoles, force est de constater que la majorité des objectifs ont été atteints.

En parcourant ce rapport annuel, vous découvrirez les principaux projets réalisés au cours de l'année afin d'assurer à la population de la Haute-Yamaska des soins sécuritaires et de qualité. Nous sommes également fiers d'avoir atteint l'équilibre budgétaire pour une sixième année consécutive, ce qui atteste de notre saine gestion et de notre rigueur.

Cette édition marque également un nouveau chapitre pour le CSSHY alors qu'il joint le 1^{er} avril 2015, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS).

Des réalisations et des projets d'envergure

Au cours de l'exercice, le CSSHY a procédé à l'inauguration d'une nouvelle unité de retraitement des dispositifs médicaux, complètement rénovée et modernisée au coût de 2,4 M\$. Amorcés au printemps 2014 et partiellement financés à même les surplus dégagés en 2012-2013, les travaux ont été réalisés selon l'échéancier et le budget prévus. Résultat : l'Hôpital de Granby jouit non seulement d'une capacité de stérilisation et de traitement plus rapide et plus performante, mais répond aussi aux normes les plus strictes en regard de la prévention des infections.

Dans le cadre du projet d'agrandissement à Villa-Bonheur évalué à 7 M\$, 92 résidents bénéficient maintenant des nouveaux aménagements. L'ajout de deux ailes au 5^e étage, dont une unité spécifique pour la clientèle ayant une déficience physique, et d'importants réaménagements à tous les étages ont permis d'offrir des espaces de vie plus confortables et sécuritaires, tout en améliorant l'intimité et le quotidien des résidents. Les dernières phases de ce projet d'envergure prendront fin en juillet 2015. En collaboration avec la Fondation Horace-Boivin, le CSSHY en a profité pour aménager un stationnement de 31 places, un atout pour les résidents et les visiteurs.

Par ailleurs, le réaménagement du 6^e Ouest de l'Hôpital de Granby, évalué à 1,2 M\$, sera terminé d'ici la fin 2015. L'objectif est d'améliorer l'environnement de travail du personnel de même que la mise aux normes des utilités propres et souillées. Les travaux permettront de réduire les pertes de temps causées par les déplacements, la recherche de dossiers et autres inconvénients qui découlent actuellement de l'aménagement des lieux. Cet investissement majeur témoigne de l'importance que nous accordons à la sécurité de nos usagers et des membres de notre personnel.

Afin d'améliorer l'expérience client, la salle de fluoroscopie a bénéficié d'une cure de jeunesse au cours des derniers mois. Un secteur de l'imagerie médicale a été réaménagé en une salle multifonctionnelle, avec équipement de pointe, services de radiologie générale et de fluoroscopie spécialisée. Le projet, évalué à 1,2 M\$, donnera lieu à une diminution significative de la dose de radiation, des images plus précises et plus claires et une hausse d'efficacité estimée à 30 %. Cet équipement dernier cri assure le passage de l'ère analogique à l'ère numérique.

Enfin, la phase 1 du réaménagement des cliniques externes va permettre de relocaliser dans les locaux de l'ancienne urgence situés au rez-de-chaussée, les cliniques externes de gynécologie (incluant une clinique de grossesses à risques élevés (GARE)), d'endoscopie, de cystoscopie, de bronchoscopie, d'orthopédie, d'ORL et d'urologie. Cela permettra aussi de transférer certaines activités de chirurgie mineure dans des espaces mieux adaptés et aménagés, ce qui représente un investissement de 2,7 M\$.

Plus haut, plus loin

Face à la menace de la maladie à virus Ebola, un Comité de coordination a été créé au CSSSHY afin de mettre en place les différentes mesures pour s'assurer de rendre sécuritaire le milieu physique de l'établissement, tant pour les usagers que pour le personnel. Plusieurs initiatives ont été réalisées, notamment la mise en place et la révision de protocoles cliniques, l'élaboration d'outils, une simulation et des séances d'information et de formation aux employés.

Afin d'améliorer les services à la population, une équipe dédiée de garde psychosociale a été formée. Cette équipe de professionnels intervient en dehors des heures régulières d'ouverture des points de services, en soutien et en complément des services psychosociaux offerts par l'Urgence et le 8-1-1.

En concertation avec les partenaires du milieu, le CSSSHY a poursuivi ses ententes afin d'offrir des activités de jour à plus de 50 personnes âgées de plus de 21 ans ayant une déficience intellectuelle. Elles bénéficient d'une programmation d'activités variées visant à maintenir les acquis et favoriser la participation sociale des usagers.

En 2014, en collaboration avec le Cégep de Granby, le CSSSHY a consolidé un service de répit et de gardiennage pour une clientèle 4-14 ans, ayant un trouble envahissant du développement. Cette initiative novatrice, appelée HAMAC, répond à un besoin de répit exprimé sur notre territoire.

À titre de CSSS Promoteur de santé, nous avons continué l'implantation du programme *École en santé*, qui vise à outiller le milieu par la mise sur pied d'activités de prévention et de promotion de la santé. Plus de 70 % des écoles du territoire adhèrent à ce programme.



M. Jean-Marc Savoie

Président du Conseil d'administration
CSSS de la Haute-Yamaska

La vaste campagne de vaccination antigrippale a connu encore une fois un vif succès alors que plus de 14 000 personnes ont été vaccinées contre la grippe saisonnière. La prise de rendez-vous par téléphone et par internet a été très appréciée par la population car elle améliore l'accessibilité et l'efficacité.

Afin d'améliorer la qualité de vie de l'ensemble des résidents en CHSLD, un Comité central *Milieu de vie* a été créé. Un plan d'action portant sur la révision des structures, le développement de nouveaux outils et la mobilisation du personnel a été élaboré afin d'offrir des activités personnalisées et variées aux résidents. Aussi, le processus d'accueil et d'admission des résidents a été bonifié.

D'autre part, le CSSSHY a renforcé les mesures de sécurité sur l'unité pédiatrie/obstétrique/gynécologie afin d'assurer un meilleur contrôle des allées et venues des visiteurs, sans pour autant brimer les usagers. Dans la foulée d'un projet *LEAN*, le CSSSHY a optimisé les horaires de traitement offerts en hémodialyse, notamment par l'ouverture de plages supplémentaires en soirée, ce qui a permis de diminuer les listes d'attente et d'augmenter le nombre de patients traités de notre territoire.

Un personnel engagé

L'exercice en cours marquait la première édition des Prix d'Excellence, concours interne destiné à reconnaître les initiatives particulières des employés, associées à l'un des cinq enjeux prioritaires du plan stratégique. Cette année, 22 équipes ont soumis un dossier de candidature, ce qui démontre l'intérêt et le dynamisme des différentes directions. Lors de la soirée de remise des prix, le Comité de sélection, les membres du CA, la direction de même que les employés présents ont apprécié la qualité et l'innovation des projets récipiendaires.

Des performances dignes de mention

Après avoir évalué 12 installations, 34 normes et 2 952 critères, Agrément Canada a décerné une note de 90 % au CSSSHY, ce qui lui confère le statut « Agréé ». Dans le cadre de leur visite en mai 2014, les visiteurs ont été à même de constater les progrès réalisés ces dernières années. Cette très bonne performance est le résultat du travail de toutes les équipes afin d'améliorer nos pratiques et nos processus. Les visiteurs d'Agrément Canada ont remarqué l'excellent partenariat entre le CSSSHY et ses collaborateurs externes ainsi qu'entre les différents services de l'organisation. Ils ont aussi souligné l'engagement et la fierté du personnel, des médecins, des gestionnaires, des membres du Conseil d'administration et des bénévoles. Un succès de toute une équipe !

Au printemps 2014, le CSSSHY s'est démarqué de belle façon alors que son urgence a figuré parmi les meilleures selon le *Palmarès 2014 des urgences* de *La Presse*, se classant bonne première en Montérégie, sa cote passant de B à B+ par rapport à l'exercice précédent. Cette performance est le fruit de la démarche d'amélioration continue adoptée par toutes les équipes multidisciplinaires, qui travaillent ensemble à gérer adéquatement, efficacement et rapidement les patients à l'urgence. C'est aussi grâce à l'approche transversale et à la collaboration des partenaires externes que le CSSSHY peut afficher ce résultat.

En juillet dernier, un incendie criminel a causé d'importants dommages au sous-sol de l'Hôpital. Grâce à la collaboration de tout le personnel, du Service des incendies et de la police de Granby, le CSSSHY a été en mesure d'assurer la sécurité non seulement des usagers et des employés, mais aussi de maintenir la continuité et la qualité des soins et des services prodigués. C'est lors de situations exceptionnelles qu'on reconnaît des gens de cœur et d'action !

À l'écoute de notre population

Dès le dépôt du Projet de loi n° 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé, le Conseil d'administration a amorcé ses travaux de réflexion

afin d'évaluer les impacts et proposer des pistes de solution, au bénéfice de la population de la Haute-Yamaska. Dans un mémoire déposé le 10 novembre 2014, le Conseil d'administration proposait la création du CISSS Montérégie-Est, une entité à échelle humaine qui faciliterait la prestation de services à l'intérieur d'un corridor géographique naturel et raisonnable, tout en favorisant la mobilité des professionnels de la santé et du personnel sur ce territoire. Avec l'adoption de la Loi 10, le CSSS de la Haute-Yamaska rallie le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS).

Le CSSS est vivement engagé au sein de la communauté de la Haute-Yamaska. Ainsi, plusieurs professionnels travaillent en étroite collaboration avec les organismes communautaires et les intervenants sociopolitiques afin de promouvoir et développer des initiatives visant de meilleures habitudes de vie mais aussi des milieux où il fait bon vivre. Les liens étroits que nous avons tissés et les relations continues que nous avons développées convergent dans le même objectif : une population en santé.

Tous ensemble pour la santé

Tous ces succès ne seraient pas possibles sans l'engagement et le professionnalisme du personnel, des membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et de nos bénévoles. Bravo !

Nous tenons aussi à souligner l'exceptionnelle collaboration de nos partenaires de longue date, la Fondation du Centre hospitalier et la Fondation Horace-Boivin, dont le soutien financier nous permet d'acquérir des équipements de pointe, de réaménager ou de mettre à niveau nos installations au bénéfice de nos usagers et résidents. Dans le contexte économique actuel, leur apport est non seulement pertinent, mais aussi indispensable.

Enfin, nous offrons nos plus sincères remerciements aux membres du Conseil d'administration qui, ces dernières années, ont bénévolement consacré beaucoup de temps et d'énergies afin d'assurer à notre population des soins de qualité, à proximité. Nous avons été privilégiés de les côtoyer et de pouvoir compter sur leurs conseils et leur dévouement. À ces femmes et ces hommes de cœur, nous disons un immense et retentissant *Merçi* !


Rémi Brassard

Jean-Marc Savoie

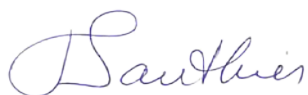
DÉCLARATION DE FIABILITÉ

À titre de présidente-directrice générale, 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 la Haute-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.



Patricia Gauthier

Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

RAPPORT DE LA DIRECTION

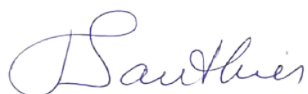
Les états financiers du CSSS de la Haute-Yamaska ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent 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 CSSS de la Haute-Yamaska reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration¹ surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. dûment mandatée pour se 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 Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Patricia Gauthier

Présidente-directrice générale



Pierre-Albert Coubat

Directeur des ressources financières

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

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Conseil d'administration

Comité exécutif



M. Jean-Marc Savoie
Président



M. Guy Vincent
Premier vice-président



Mme Jocelyne Racine
Seconde vice-présidente



Mme Carolle Ferland
Trésorière



M. Rémi Brassard
Secrétaire et directeur général
par intérim



Mme Julie Bourdon-Richard



Mme France Couture



M. David Dupont



Mme Juliette Dupuis



M. Georges-Edward Godfrey



M. Olivier Guern



Mme France Hébert



Mme Gisèle Lacoste



M. Sylvain Lambert



M. Pierre Pélouin



Dre Lise Rodrigue



M. Paul Sarrazin



Mme Joseph-Anne St-Hilaire

Comité de direction



M. Rémi Brassard
Directeur général et directeur par
intérim



M^{me} Chantal Gariépy
Directrice générale adjointe par
intérim, Direction programmes santé
mentale, famille-enfance-jeunesse et
services multidisciplinaires



D^r Michel Poirier
Direction des services professionnels



M. Jean-Pierre Beaudry
Direction programme personnes en
perte d'autonomie



M^{me} Nancy Beaulieu
Direction des soins infirmiers et de
santé publique



M. André Bergeron
Direction des ressources humaines et
du développement organisationnel



M^{me} Johanne Doré
Direction des ressources financières
et informationnelles



M. Denis Dubé
Direction des communications et des
relations publiques



M^{me} Martine Gendron
Direction programme personnes
hébergées

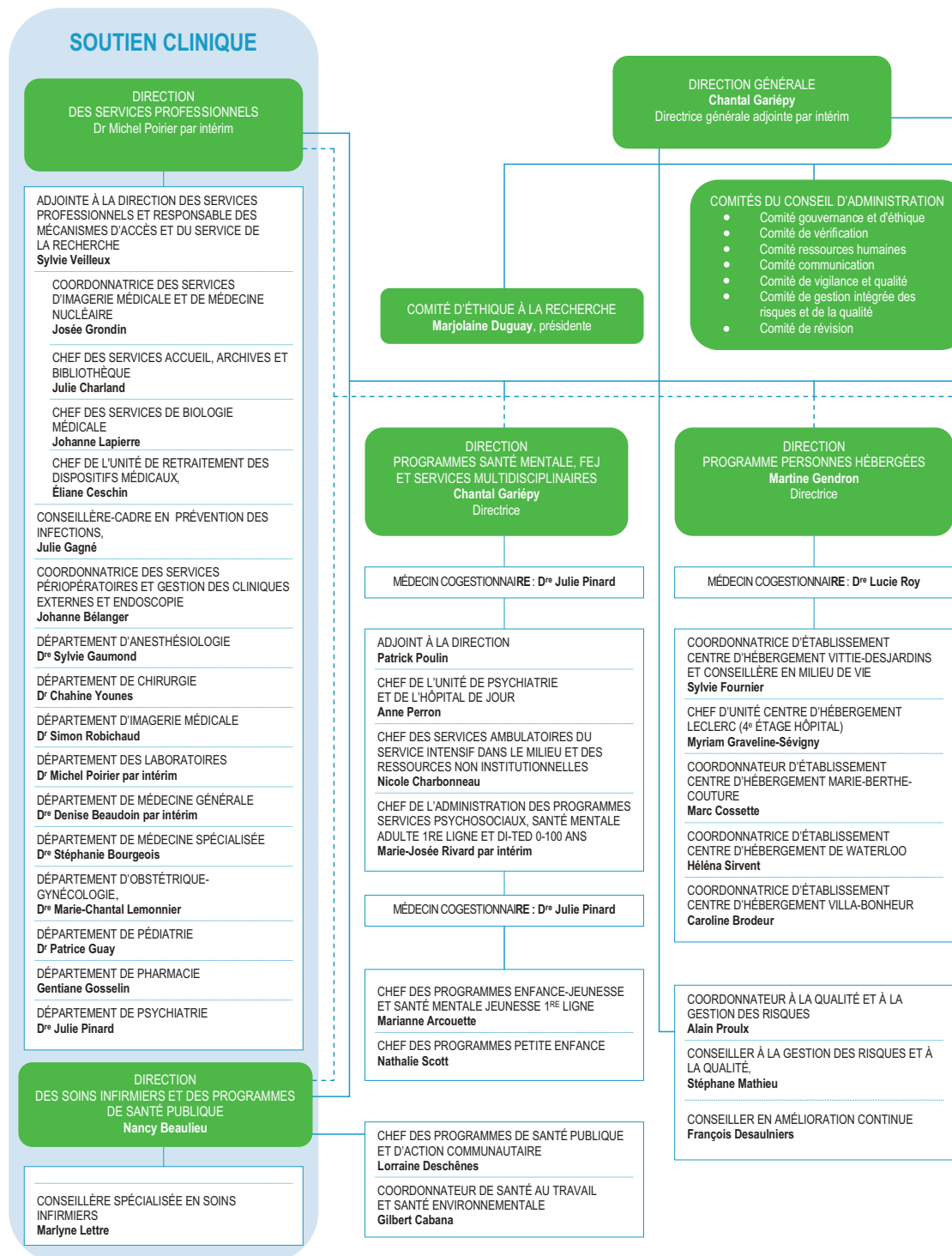


M^{me} Odette G. Morin
Direction programme santé physique



Vacant
Direction des services techniques

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Guy Vincent
Premier vice-président

Jean-Marc Savoie
Président

Jocelyne Racine
Seconde vice-présidente

Carole Ferland
Trésorière

DIRECTION GÉNÉRALE
Rémi Brassard
Directeur général par intérim

COMITÉ DES USAGERS
Juliette Dupuis, présidente
- Comités des résidents (5)

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA
QUALITÉ DES SERVICES
Yves Bélanger

CONSEILS CONSULTATIFS
- CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES
ET PHARMACIENS (CMDP)
Dr Yanick Larivée, président
- CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS (CII)
Josée Lussier
- CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE
Sylvie Prémont

DIRECTION
PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE
Odette G. Morin
Directrice

DIRECTION
PROGRAMME PERSONNES EN PERTE
D'AUTONOMIE
Jean-Pierre Beaudry
Directeur

DIRECTION
DES COMMUNICATIONS ET
RELATIONS PUBLIQUES
Denis Dubé
Directeur

MÉDECIN COGESTIONNAIRE : Dr Michel Poirier

MÉDECIN COGESTIONNAIRE : Dr^{re} Nadine Leblanc

CONSEILLÈRE EN COMMUNICATIONS
Joan Beauchamp par intérim

ADJOINTE À LA DIRECTION
Jeanne Sévigny

CHEF DE L'UNITÉ DE PÉDIATRIE,
D'OBSTÉTRIQUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE
NUTRITION
Nathalie Cabana

CHEF DE L'UNITÉ DE MÉDECINE ET DES SOINS
PALLIATIFS DE 2^e LIGNE
Jessica Simard

CHEF DES SERVICES DE SOINS INTENSIFS,
D'HÉMODIALYSE ET TRANSPORTS
Éric Valois

CHEF DES SERVICES DE MÉDECINE
AMBULATOIRE, DES CLINIQUES DE SOINS 1^{re}
LIGNE, DES SOINS INFIRMIERS GMF ET DU
PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER
Nadia Racicot

CHEF DES SERVICES D'INHALOTHÉRAPIE ET
D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE ET DU SERVICE DE
RÉADAPTATION ET DES SERVICES SOCIAUX
HOSPITALIERS
Marie-Claude Genest

CHEF D'UNITÉ DE CHIRURGIE
Nathalie Duranleau

CHEF DU SERVICE DE L'URGENCE
Marie-Noël Ouellette

COORDONNATEURS (TRICES) D'ACTIVITÉ
Amélie Paquette
Josée Dion
Marjolaine Duguay
Maryline Dumais
Chantal Gauthier
Germain Lepage
Sylvie Verrier
Josée Paquin
Alexandra Potocki

COORDONNATRICE DES PROGRAMMES DE
SOUTIEN À DOMICILE ET DE L'INTÉGRATION DES
SERVICES
Christiane Mignault

CHEF DES PROGRAMMES DES RESSOURCES
NON INSTITUTIONNELLES (RNI)
Nathalie Perreault

CHEF DES PROGRAMMES GÉRIATRIQUES
AMBULATOIRES ET HOSPITALIERS
Chantal Verville

CHEF D'ADMINISTRATION DES SOINS
INFIRMIERS ET D'INHALOTHÉRAPIE DU
SOUTIEN À DOMICILE
Nancy Van Herck

DIRECTION
DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET
INFORMATIONNELLES
Johanne Doré
Directrice

COORDONNATRICE DES SERVICES DE
GESTION FINANCIÈRE
Nathalie Paré

CONSEILLER-CADRE EN GESTION
FINANCIÈRE
Yves Lafontaine

CONSEILLÈRE-CADRE AUX RESSOURCES
FINANCIÈRES
Lise Collette

CHEF DU SERVICE INFORMATIQUE ET DES
TÉLÉCOMMUNICATIONS
Catherine Pauzé

CHEF DU SERVICE DE
L'APPROVISIONNEMENT
Claude Carreau

CHEF DU SERVICE DE LA COMPTABILITÉ
Janie Thibault

CHEF DU SERVICE DE LA PAIE
Nathalie Duquette

SOUTIEN ADMINISTRATIF

DIRECTION DES
RESSOURCES HUMAINES ET DU
DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL
André Bergeron
Directeur

CONSEILLÈRE-CADRE - GESTION DES
RAPPORTS AVEC LES EMPLOYÉS
Marie-Christine Lavoie

CHEF DU SERVICE EN RESSOURCES
HUMAINES
Adréanne Dunberry-Laganière

CHEF DU SERVICE DE SANTÉ
Geneviève Audy

CHEF DU SERVICE DE DOTATION,
RÉMUNÉRATION ET AVANTAGES SOCIAUX
Élizabeth Daigle

CONSEILLÈRE-CADRE DÉVELOPPEMENT DES
COMPÉTENCES ET GESTION DU
CHANGEMENT
VACANT

CHEF DU SERVICE DE GESTION DES
ASSIGNATIONS
Mathieu Champagne par intérim

DIRECTION DES
SERVICES TECHNIQUES
VACANT

CHEF DE SERVICE SÉCURITÉ, MESSAGERIE
ET TÉLÉCOMMUNICATIONS
Lyne Talbot

CHEF DE SERVICE TECHNOLOGIE DES
BÂTIMENTS ET GÉNIE BIOMÉDICAL
Cédric Lambert

CHEF DES ACTIVITÉS D'ALIMENTATION
Christine Morin

CHEF DES SECTEURS PRODUCTION ET
CAFÉTÉRIA
VACANT

CHEF DU SERVICE D'HYGIÈNE ET SALUBRITÉ
Victoria Giguère par intérim

CHEF DU SECTEUR - HYGIÈNE ET
SALUBRITÉ
Jimmy Lebel

CHARGÉ DE PROJETS
François Lancôt

CHARGÉ DE PROJETS
Réal Surprenant

LÉGENDE :

— Autorité hiérarchique
- - - - - Autorité fonctionnelle

MISE À JOUR : 31 MARS 2015

CHEFS DE DÉPARTEMENT ET DE SERVICE

Département d'anesthésiologie	D^{re} Sylvie Gaumond
Département de chirurgie	D^r Chahine Younès
Service de chirurgie générale	D^r Benoît Bellemare
Service d'orthopédie	D^r Luc Rodrigue
Service d'ophtalmologie	D^r Côme Fortin
Service d'ORL, chirurgie cervico-faciale et dentaire	D^r Yanick Larivée
Département des laboratoires	D^r Michel Poirier (par intérim)
Département de médecine spécialisée	D^{re} Stéphanie Bourgeois
Service de médecine interne	D^{re} Stéphanie Bourgeois (par intérim)
Département de médecine générale	D^{re} Denise Beaudoin (par intérim)
Service de gériatrie	D^{re} Marie-Claude Risler
Service des soins palliatifs	D^{re} Isabel Mayrand
Service de l'urgence	D^r Yves Leduc
Service des soins intensifs	D^{re} Denise Beaudoin (par intérim)
Service mère-enfant	D^{re} Slavica Aleksic
Service d'hospitalisation	D^{re} Marie Cartier
Département d'obstétrique-gynécologie	D^{re} Marie-Chantal Lemonnier
Département de pédiatrie	D^r Patrice Guay
Département de pharmacie	M^{me} Gentiane Gosselin, B. Pharm., M. Sc.
Département de psychiatrie	D^{re} Julie Pinard
Service de psychiatrie interne	D^{re} Julie Pinard
Service de psychiatrie externe	D^{re} Marie-Hélène Trudeau
Service de pédopsychiatrie	D^{re} Marie-Claude Bourassa
Département d'imagerie médicale	D^r Simon Robichaud

ÉTABLISSEMENT, ORGANISATION ET TERRITOIRE

La santé et le mieux-être de la population du territoire local sont de la responsabilité du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska (CSSSHY).

Celui-ci est issu de la fusion du centre local de services communautaires (CLSC), des cinq centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de l'Hôpital de Granby.

L'équipe est formée de 1 971 employés, dont 16 pharmaciens, ainsi que de 95 médecins omnipraticiens, de 106 médecins spécialistes et de 2 chirurgiens-dentistes.

De nombreux partenaires locaux des milieux scolaires, communautaires et municipaux, des entreprises, des cliniques privées et des groupes de médecine familiale contribuent aussi à la réalisation de la mission du CSSSHY.

La capacité d'hébergement est de 150 lits de courte durée, 303 lits de longue durée et de 244 places en ressources non institutionnelles (incluant les achats de places).

Mission

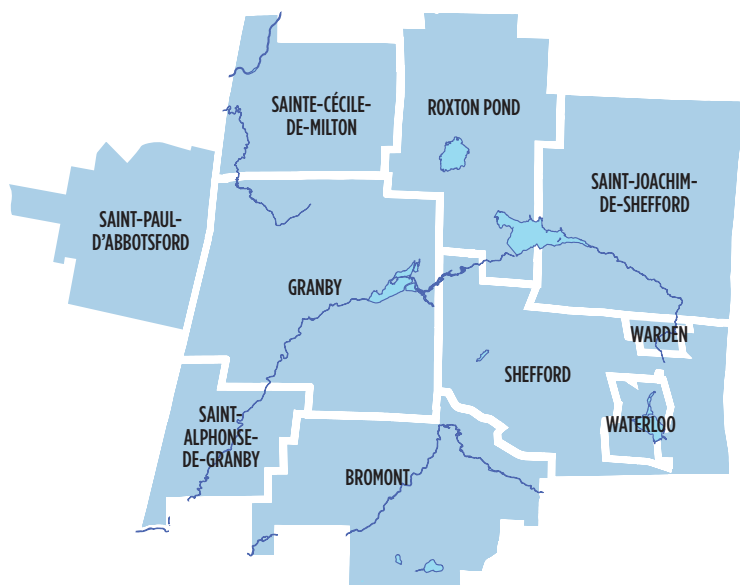
Exerçant sa responsabilité populationnelle, le CSSSHY a pour mission d'offrir des soins et des services visant le maintien et l'amélioration de l'état de santé et du bien-être, en élaborant une programmation intégrée de soins et de services adaptée aux besoins prioritaires de la population de son territoire. Cette responsabilité est partagée avec chaque citoyen et les différents intervenants du réseau local de services de santé et de services sociaux.

Territoire et installations

Le territoire du CSSSHY comprend 10 municipalités : Bromont, Granby, Roxton Pond, Saint-Alphonse-de-Granby, Saint-Joachim-de-Shefford, Sainte-Cécile-de-Milton, Saint-Paul-d'Abbotsford, Shefford, Warden et Waterloo.

Le CSSHY regroupe 14 installations :

- Hôpital de Granby et Centre d'hébergement Leclerc
- Centre Laurier (services financiers)
- Centre Providence (services externes de psychiatrie)
- Santé et sécurité au travail
- CLSC Bromont
- CLSC Notre-Dame
- CLSC Saint-Joseph
- CLSC Waterloo
- CLSC Yvan-Duquette
- Centre Saint-Jacques (suivi intensif dans le milieu)
- Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture
- Centre d'hébergement Villa-Bonheur
- Centre d'hébergement de Waterloo
- Centre d'hébergement Vittie & Desjardins



CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET PRINCIPALES DONNÉES DE SANTÉ

Réseau local de services de la Haute-Yamaska (RLS)

1. Conditions démographiques

Selon les estimations de population du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), le RLS compte un peu plus de 99 000 personnes en 2014 dont plus de 27 000 en milieu rural¹. Il s'agit du 7^e territoire en importance en Montérégie quant à la taille de sa population (6,6 %), du 7^e territoire quant à sa superficie et du 7^e territoire quant à sa densité de population. La population du RLS s'est accrue de 14,9 % entre 2004 et 2014, soit une augmentation supérieure à celle de la Montérégie (11,6 %).

Le RLS de la Haute-Yamaska se caractérise par une population légèrement plus âgée que celle de la Montérégie. En 2014, la proportion de jeunes de moins de 18 ans (19 %) est un peu plus faible et celle des personnes âgées de 65 ans et plus (18 %) un peu plus élevée que celles de la Montérégie (20 % et 17 % respectivement).

Néanmoins, à l'instar du Québec et de la région, le RLS n'échappera pas au vieillissement de sa population. Entre 2014 et 2036, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 18 % à 31 %.

Le vieillissement de la population se produit à un rythme plus rapide sur le territoire qu'en Montérégie. Entre 2014 et 2036, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 72 % dans le RLS comparativement à 58 % en Montérégie. À cet égard, le RLS de la Haute-Yamaska est l'un des RLS de la Montérégie où le vieillissement de la population sera le plus rapide.

2. Conditions socioéconomiques et culturelles

Dans l'ensemble, le RLS présente un profil socioéconomique similaire à celui de la région. Comparativement à la Montérégie, le RLS compte autant de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (9 % c. 9 % en 2010) et un taux d'emploi équivalent (63 % c. 63 % en 2011), mais affiche une proportion plus élevée de personnes sous-scolarisées (24 % c. 19 % en 2011).

¹ Selon le recensement de 2011.

La proportion de personnes d'expression anglaise² du RLS (4 %) est plus faible que celle de la Montérégie (11 %). Selon le Recensement de 2011, leur nombre s'élève à 3 660 personnes, soit 2 % de la population d'expression anglaise de la Montérégie.

En 2011, on dénombre 3 460 immigrants sur le territoire, soit 4 % de la population du RLS et 3 % des immigrants de la Montérégie.

3. Espérance de vie

En 2007-2011, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui résident sur le territoire s'élève à 81,4 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance plus élevée que celle des hommes (83,6 c. 79,1 ans), quoique l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec le temps.

4. Nouveau-nés

En 2011, les femmes du RLS ont donné naissance à 1 048 enfants et le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,84. Pour la période 2007-2011, 7,2 % des nouveau-nés étaient prématurés (moins de 37 semaines) et 8,1 % des naissances (non gémellaires) avaient un faible poids pour l'âge gestationnel. Depuis le début des années 1980, la proportion de naissances de faible poids pour l'âge gestationnel a diminué alors que la proportion de bébés prématurés a augmenté jusqu'en 2002-2006 puis diminué lors de la dernière période disponible. Pour la période 2007-2011, 4,7 % des nouveau-nés avaient une mère faiblement scolarisée (moins de 11 ans de scolarité). Cette proportion est significativement inférieure à celle observée à l'échelle de la province. Pour la même période 4,3 % des nouveau-nés avaient une mère âgée de moins de 20 ans. Cette proportion est, quant à elle, significativement supérieure à celle observée à l'échelle de la province.

5. Santé physique

5.1. Les tumeurs

En 2007-2011, 36 % des décès enregistrés dans le RLS de la Haute-Yamaska sont attribuables aux tumeurs malignes. Avec une moyenne de 236 décès par année, les tumeurs malignes figurent au premier rang des causes de décès.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de

l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. Dans le RLS, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 323 à 572 entre les périodes 1991-1995 et 2006-2010. Le taux d'incidence, en augmentation depuis 1996-2000, est significativement supérieur à celui du Québec pour les périodes 2001-2005 et 2006-2010. Par ailleurs, pour la période 2006-2010, les taux d'incidence du cancer colorectal, du poumon et de la prostate sont significativement plus élevés que ceux du Québec.

On compte 704 hospitalisations en 2013-2014 pour cause de tumeurs, ce qui représente plus de 8 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée.

5.2. Les maladies de l'appareil circulatoire

Le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a grandement diminué au cours des dernières décennies. La mortalité régresse chez les hommes et les femmes, mais les hommes continuent de présenter des taux de mortalité supérieurs à ceux des femmes.

En 2011-2012, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque, ce qui représente près de 4 280 personnes sur le territoire de la Haute-Yamaska. Chez les Montérégiens de 65 ans et plus, cette proportion grimpe à 16 %.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, le nombre de personnes âgées de 20 ans et plus atteintes d'hypertension artérielle est passé de 9 676 à 17 535 personnes, soit une augmentation de 81 %. Au cours de cette même période, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle a augmenté d'environ 29 % dans le RLS. Depuis 2004-2005, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle est significativement plus faible dans le RLS qu'au Québec. En 2010-2011, la prévalence brute de l'hypertension artérielle se chiffre à 23 % dans le RLS.

En 2013-2014, 17 % des hospitalisations de la population du RLS en soins physiques de courte durée – soit 1 423 hospitalisations – sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Pour cette même période, le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus élevé dans le RLS qu'au Québec.

5.3. Les maladies de l'appareil respiratoire

Selon les dernières données disponibles, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 8 % des décès et de 10 % des hospitalisations de la population du RLS.

² Définis selon la première langue officielle parlée.

En 2011-2012, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 4 % des Montérégiens de 35 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir de bronchite chronique, d'emphysème ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, ce qui représente respectivement environ 7 300 et 2 170 personnes à l'échelle du RLS.

5.4. Le diabète

Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a plus que doublé depuis 2000-2001, pour atteindre 6 421 personnes en 2010-2011.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, la prévalence ajustée du diabète a augmenté d'environ 40 % dans le RLS. Fort heureusement, cette hausse de la prévalence ne s'accompagne pas d'une hausse de la mortalité due au diabète. Au contraire, depuis le début des années 2000, la mortalité ne cesse de diminuer chez les diabétiques. Cette baisse de la mortalité contribue d'ailleurs à l'augmentation de la prévalence du diabète³.

Depuis 2006-2007, la prévalence ajustée du diabète est significativement plus faible dans le RLS qu'au Québec.

En 2010-2011, la prévalence brute du diabète se chiffre à 8,6 % dans le RLS.

5.5. Quelques facteurs de risque

En 2009, les adultes du RLS de la Haute-Yamaska vivant en ménage privé présentent les facteurs de risque suivants :

- environ 46 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour ;
- environ 31 % des adultes pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine, une valeur significativement plus faible que celle de la Montérégie ;
- environ 22 % des adultes fument tous les jours ou à l'occasion ;
- environ 55 % des adultes présentent un surplus de poids, soit 41 % de l'embonpoint et 15 % de l'obésité.

6. Santé mentale/psychosociale

En 2013-2014, on dénombre 359 hospitalisations pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

En 2007-2011, le nombre annuel moyen de suicides s'élève à 11 personnes sur le territoire de la Haute-Yamaska. Le taux de mortalité par suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

7. Jeunesse

En 2013-2014, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 942 signalements concernant les enfants du RLS, soit une augmentation de 92 % par rapport à 2002-2003. Le nombre de signalements retenus a lui aussi augmenté pour se chiffrer à 334 en 2013-2014. Depuis 2007-2008, les abus physiques et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Les nouvelles prises en charge au nombre de 91 représentent 27 % des signalements retenus en 2013-2014.

En Montérégie, en 2010-2012, le taux de grossesse chez les adolescentes se situe à 9,2 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans. À l'échelle du RLS, cela représente en moyenne 20 grossesses par année.

8. Un portrait à nuancer⁴

Il est pertinent de s'assurer que l'identification des besoins de santé tienne compte le plus possible des disparités démographiques, socioéconomiques et de santé qui prévalent sur le territoire.

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

4 Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2015). Synthèse du portrait type du RLS de la Haute-Yamaska, <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/portrait-type-territorial.html> (page consultée le 7 mai 2015)

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2011-2015

L'exercice qui se termine marque la fin du plan stratégique 2011-2015 du CSSH. Lancé en 2011, ce plan ambitieux, porteur de notre mission, de nos valeurs et de notre vision allait animer tout le personnel afin de mieux servir la population de notre territoire. S'ajoutent à cela des enjeux, des axes d'intervention et des objectifs concrets permettant à l'organisation de réaliser sa responsabilité populationnelle. Force est de constater que l'organisation a su compléter ce plan avec succès.

En toile de fond, des valeurs qui transcendent l'organisation : un service centré sur l'usager, une responsabilité partagée par le personnel, une équipe mobilisée pour rechercher et atteindre les plus hauts standards de qualité et de sécurité des soins et des services et la responsabilité d'agir avec rigueur et imputabilité. Mais surtout au premier plan, cinq enjeux stratégiques qui rallient le personnel, les médecins et la communauté.

À titre d'acteur et en collaboration avec les partenaires locaux, le CSSH a fait preuve de leadership afin d'améliorer l'état de santé de la population du territoire. Ainsi, dans le cadre de ce plan stratégique, le CSSH a poursuivi ses initiatives afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins et des services, notamment en première ligne. En filigrane, une préoccupation constante quant à la qualité et à la sécurité des soins et des services, tout en innovant dans ses pratiques cliniques. Mais pour y arriver, il faut attirer et retenir notre ressource la plus importante : les employés et les médecins. Pouvoir compter sur une main-d'œuvre qualifiée, mobilisée et fidèle constitue un enjeu majeur pour notre établissement. Pour ce faire, un milieu de travail attrayant propice au développement de chacun doit être offert. C'est ce que l'on retrouve au CSSH.

Le déploiement du plan stratégique se termine avec en tête une approche de gestion basée sur la pertinence, l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources. Quotidiennement, des choix judicieux ont été faits en tenant compte de la précarité des ressources disponibles, tant financières, humaines, matérielles que technologiques.

La gestion a pris la voie de l'optimisation des processus et des ressources ainsi que de la gestion par résultats. Le CSSH complète ici son plan stratégique 2011-2015. Un plan où les résultats foisonnent et qui pave la voie pour l'avenir afin d'offrir des soins et des services de santé de qualité et sécuritaires à la population.

Merci aux membres du Conseil d'administration du CSSH de la Haute-Yamaska



À l'avant-plan : Jocelyne Racine, Joseph-Anne St-Hilaire, D^{re} Lise Rodrigue, Julie Bourdon-Richard, Carolle Ferland, Gisèle Lacoste, David Dupont et Rémi Brassard.

À l'arrière : France Hébert, Olivier Guern, France Couture, Jean-Marc Savoie, Guy Vincent, Juliette Dupuis et Georges-Edward Godfrey.

Absents sur la photo : Sylvain Lambert, Pierre Péloquin et Paul Sarrazin.

ENJEU 1

La prévention et la promotion

L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être.

L'action sur les déterminants de la santé et du bien-être afin d'augmenter la qualité de vie et d'éviter les problèmes de santé et les problèmes sociaux constitue un choix incontournable. Dans ce contexte, l'intervention concertée avec les partenaires sectoriels et intersectoriels permet d'agir efficacement afin de favoriser un meilleur état de santé.

AXE 1 ASSURER UN LEADERSHIP DANS L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-2015	COMMENTAIRES
1.1 Implantation du concept CSSS promoteur de santé	% du déploiement réalisé d'ici 2016	Avoir réalisé 100 % du plan	Cible partiellement atteinte à 80 %	Poursuite du plan d'action et mise en oeuvre des actions prioritaires
1.2 Mise en place d'une campagne de promotion portant sur les saines habitudes de vie	Consolidation des avancements	Avoir réalisé 100 % de la campagne de promotion	Cible partiellement atteinte à 75 %	
1.3 Soutenir le développement des communautés	Nombre d'actions de soutien réalisées par direction	Augmentation de 30 % du nombre d'actions	Cible atteinte	
1.4 Réaliser les activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Plan d'action local en santé publique	% des cibles du PAL atteint	90 % des cibles atteintes	Cible atteinte	

AXE 2 PROMOUVOIR LA COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES INTERSECTORIELS DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICE

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-2015	COMMENTAIRES
2.1 Agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être	% de pratiques cliniques préventives implantées	10 milieux cliniques auront implanté une pratique clinique préventive	Cible partiellement atteinte à 66 %	Poursuite des travaux de coordination des maladies chroniques, des continuums de soins et intégration des pratiques cliniques préventives
2.2 Renforcer le soutien aux différents acteurs engagés dans le développement d'une communauté en santé	Nombre d'actions de soutien réalisées auprès des différents acteurs	Avoir réalisé une activité de soutien par direction	Cible partiellement atteinte à 54 %	

ENJEU 2

L'accessibilité et la continuité des soins et services

L'accessibilité et la continuité des soins et des services constituent la base de la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle.

L'intégration des volets préventifs, curatifs et de soutien dans un délai raisonnable permet d'offrir une gamme de services pertinents et adaptés aux besoins.

AXE 1 LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-2015	COMMENTAIRES
1.1 Faciliter l'accès aux services de 1 ^{ère} ligne	% de la clientèle prise en charge par les services de 1 ^{ère} ligne	Augmentation du nombre de références	Cible atteinte	
	% de la clientèle prise en charge par les services de 1 ^{ère} ligne	Augmentation de la clientèle	Cible atteinte	
1.2 Établir ou consolider les corridors de soins et services	% de nouveaux corridors établis ou consolidés	Nombre de corridors consolidés ou nouvellement établis	Cible partiellement atteinte à 60 %	

ENJEU 2 (suite)

AXE 2 UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES				
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-2015	COMMENTAIRES
2.1 Assurer un suivi étroit des listes d'attente	% des directions qui assurent un suivi étroit des listes d'attente	100 % des directions	Cible atteinte	
2.2 Établir des ententes et corridors de services, lorsque requis	Nombre d'ententes réalisées par direction	Selon les besoins	Cible atteinte	
2.3 Optimisation des processus de soins, afin d'accroître la prestation des soins et services	Nombre de processus de soins révisé et optimisés par direction	Un par direction par année	Cible atteinte	

ENJEU 3

La qualité, la sécurité et l'innovation des soins et services

Notre établissement met de l'avant une préoccupation constante quant à la qualité et à la sécurité des soins et des services.

Grâce à l'actualisation des meilleures pratiques cliniques, l'utilisation de données probantes, l'innovation et le recours aux nouvelles technologies porteuses de solutions bien adaptées aux besoins, notre établissement réalisera des progrès significatifs.

AXE 1 PROMOUVOIR UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ				
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-2015	COMMENTAIRES
1.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et services	% des directions ayant des plans d'action qualité	100 % des directions	Cible atteinte	
1.2 Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique	Soutien à l'implantation des systèmes d'information	Augmentation du nombre d'activités de soutien	Cible atteinte	
1.3 Renforcer la démarche qualité dans l'ensemble de l'organisation	Activités de renforcement réalisées	Augmentation du nombre d'activités réalisées	Cible atteinte	
AXE 2 INNOVER DANS LES PRATIQUES CLINIQUES				
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-2015	COMMENTAIRES
2.1 Soutenir l'implantation de guides de pratique et de standards cliniques	% des directions soutenant l'implantation des guides de pratique et de standards cliniques	100 % des directions	Cible atteinte	
2.2 Évaluation continue des actes cliniques et des compétences	Réalisation d'évaluations des actes cliniques et des compétences	Augmentation du nombre d'évaluations réalisées	Cible atteinte	

ENJEU 4

L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Une main-d'œuvre qualifiée disponible, mobilisée et fidélisée constitue un enjeu majeur pour l'avenir de notre établissement.

Pour ce faire, nous nous devons d'assurer un milieu de travail propice au plein développement du potentiel de chacun en adoptant une approche de gestion axée sur les personnes, misant sur la responsabilité et suscitant la fierté d'appartenance.

AXE 1 UNE APPROCHE DE GESTION BASÉE SUR LES PERSONNES ET LES RAPPORTS QUOTIDIENS ENTRE ELLES				
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-2015	COMMENTAIRES
1.1 Valoriser la reconnaissance à tous les niveaux de l'organisation	Nombre d'activités de reconnaissance réalisées	Augmentation du nombre d'activités réalisées	Cible atteinte	
1.2 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre	Planification de la main-d'œuvre réalisée annuellement	1 fois/an	Cible atteinte partiellement	
1.3 Assurer une disponibilité et une utilisation optimale des ressources humaines de l'organisation	Utilisation optimale des compétences du personnel	100 % des directions ayant réalisé une démarche de révision des processus	Cible atteinte	

ENJEU 4 (suite)

1.4 Offrir des conditions de travail attractives et valorisantes	Mise en oeuvre des mesures afin d'offrir des conditions de travail attrayantes et valorisantes	Nombre de mesures réalisées	Cible atteinte	
1.5 Conception et implantation d'un plan d'action sur la mobilisation du personnel	% du plan d'action réalisé	100 % d'ici 2015	Cible atteinte partiellement	Poursuite des travaux entrepris en vue de la visite d'agrément 2018

AXE 2 MAINTENIR ET DÉVELOPPER UN MILIEU DE TRAVAIL ATTRAYANT ET VALORISANT

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-2015	COMMENTAIRES
2.1 Mettre en oeuvre des stratégies, afin de promouvoir la santé et la sécurité en milieu de travail	Adoption de stratégies de promotion	Implantation du système Management en santé et sécurité au travail (SST)	Cible atteinte	Réactivation du CPSST et réalisations de diverses activités de promotion
2.2 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la réalisation des démarches concertées de révision des processus de soins et services	Activités de révision de processus réalisées	Augmentation du nombre d'activités	Cible partiellement atteinte	
2.3 Identifier des initiatives de préparation de la relève et le développement de carrière	Nombre d'initiatives réalisées	Augmentation du nombre d'initiatives	Cible atteinte	

ENJEU 5**Approche de gestion basée sur la pertinence, l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources**

Des choix judicieux s'imposent en raison de la précarité des ressources disponibles tant financières, humaines, matérielles que technologiques.

La gestion prend donc la voie de l'optimisation des processus et des ressources ainsi que de la gestion par résultats.

AXE 1 UNE GESTION HUMAINE, IMPUTABLE, PERFORMANTE ET PERTINENTE

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-2015	COMMENTAIRES
1.1 Mettre en oeuvre des projets structurés d'optimisation des processus et d'utilisation des ressources	Nombre de projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources	80 % des directions ayant réalisé un projet d'ici 2015	Cible atteinte	
1.2 Évaluer la performance des services et assurer une rétroaction sur les résultats	Évaluation de la performance des services réalisés	100 % des services d'ici 2015	Cible atteinte partiellement	

AXE 2 PROMOUVOIR LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS EN MATIÈRE D'IMPUTABILITÉ ORGANISATIONNELLE

OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-2015	COMMENTAIRES
2.1 Développer une approche de la gestion intégrée	Diffusion et implantation d'un modèle intégrateur	100 % des gestionnaires ont reçu le modèle et l'appliquent	Cible atteinte	
2.2 Intégrer systématiquement l'évaluation dans nos processus décisionnels	% des directions ayant intégré l'évaluation systématique	100 % d'ici 2015	Cible atteinte partiellement	

DIRECTION PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

La Direction programme santé physique a pour mandat d'offrir des soins et des services à la clientèle ambulatoire et hospitalisée de 1^{re} et de 2^e ligne. Elle offre des services d'évaluation, d'orientation et de liaison, tels que la coordination à la gestion des lits et des civières, l'accueil clinique, la clinique d'accès et le guichet d'accès pour la clientèle vulnérable et sans médecin de famille, ainsi que certains services de soins infirmiers, sociaux et de prélèvements au CLSC Bromont.

La Direction gère aussi des services de traitement généraux et spécialisés, notamment des cliniques de soins infirmiers en 1^{re} ligne, des services professionnels (nutrition, services sociaux), de réadaptation (inhalothérapie, ergothérapie, physiothérapie, électrophysiologie) et des soins palliatifs rattachés au programme de lutte contre le cancer. Parmi les unités de soins spécialisés qui relèvent de cette direction, mentionnons les unités de chirurgie, de médecine, de soins intensifs, d'urgence, de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie, d'oncologie, d'hémodialyse et de médecine ambulatoire, notamment la médecine de jour. Les soins infirmiers en groupe de médecine familiale ainsi que la coordination des activités pour l'ensemble du CSSS en font aussi partie.

FAITS SAILLANTS

Processus de planification des congés et coordination des arrivées et des départs (ECLOC)

- Récipiendaire du Prix d'excellence « Coup de cœur » à l'équipe de coordination des lits/civiers et d'organisation des congés pour l'efficacité de la gestion quotidienne, contribuant ainsi à faire passer de B à B+ la cote au *Palmarès des urgences*.

Unité de médecine et des soins palliatifs de deuxième ligne

- Coaching et conférences-midi (jour et soir) par l'infirmière clinicienne de l'unité : participation d'une dizaine d'infirmières.
- Phase II : maintien de l'approche adaptée aux personnes âgées (AAPA) et renforcement des signes vitaux aux aînés. Cette approche a

permis de mettre en place un Programme de marche avec des bénévoles, diminuer l'usage des mesures de contention, créer une zone de repos et un corridor de marche et d'établir des plans d'intervention spécifiques pour les cas de délirium.

- Développement d'un guide d'accueil et d'admission en vidéoclip. Le projet « Une admission clé en main » consiste à créer une courte vidéo afin d'accroître la participation de l'usager et sa famille à son épisode de soins : déroulement d'une hospitalisation régulière, services offerts ainsi qu'une explication de ce que le patient-famille peut faire pour prendre en main son hospitalisation.
- Mise à jour des critères d'ouverture et d'admission à l'unité de débordement de médecine (la bonne clientèle à la bonne place, au bon moment) afin de tenir compte de clientèles spécifiques, notamment en soins palliatifs, et s'assurer que la qualité de soins soit optimale dans un environnement approprié.
- Plan d'action conjoint avec la Direction des soins infirmiers a permis d'améliorer climat de travail grâce à de meilleures communications à tous les niveaux et à des rencontres plus fréquentes avec les différentes équipes de soins.
- Santé sécurité au travail : création d'une matrice de risques.

Unité de chirurgie et Équipe de réadaptation physique

- Coaching et conférences-midi par l'infirmière clinicienne de l'unité.
- Actualisation des différentes recommandations du projet d'optimisation *LEAN* portant sur l'amélioration des processus de l'épisode de soins de l'usager, de l'admission à son congé :
 - élaboration du programme d'enseignement « Cadre de référence pour l'accès au service de physiothérapie de la santé physique du CSSS de la Haute-Yamaska » pour le personnel clinique, en collaboration avec l'équipe de réadaptation physique pour la réadaptation de la prothèse du genou;
 - participation active au projet *LEAN* de l'unité de chirurgie, en ce qui a trait au cheminement clinique des cas de prothèse totale du genou : rencontre préopératoire et formation de groupe;

- cartographie en vue du déploiement de l'application « Demande de services interétablissements » (DSIE) pour la préadmission et la phase préopératoire;
- renforcement des mécanismes de liaison avec les services de première ligne en vue d'un retour rapide à domicile;
- santé sécurité au travail : création d'une matrice de risques.

Service de l'urgence

- Optimisation des processus *LEAN* et dépôt d'une étude visant à réduire les délais de prise en charge par l'urgentologue;
- Réorientation vers les GMF de la clientèle à priorité P4 et P5 afin de réduire l'engorgement de l'urgence;
- Réorientation systématique des cas d'antibiothérapie à domicile vers la médecine de jour ou les cliniques de soins;
- Bilans comparatifs des médicaments (BMC) maintenant complétés dès l'arrivée du client à l'urgence;
- Formation DSQ (Dossier Santé Québec) pour permettre aux médecins et pharmaciens d'avoir accès, via le visualiseur DSQ, aux médicaments et résultats antérieurs de laboratoire et d'imagerie médicale du client qui consulte à l'urgence. Ceci évite de dupliquer des examens récents et permet de voir la liste de médicaments pris par le client présentement;
- Formation de trois infirmières à l'accès veineux périphérique sous échoguidage;
- Déploiement du programme de prévention des chutes (formation de 10 infirmières et infirmières auxiliaires et une préposée aux bénéficiaires);
- Formation Ebola du personnel visé, mise en place de différentes procédures et organisation du matériel et des équipements requis pour le dépistage éventuel de cas en attente d'un transfert à un centre dédié.

Unité de gynécologie, d'obstétrique et de santé des femmes

- Démarche d'amélioration continue en vue de l'accréditation au Programme *Initiative amis des bébés* (IABB);
- Allaitement maternel : révision du plan d'enseignement et des outils en collaboration

avec la consultante en allaitement (ex. : affiches d'enseignement dans chacune des chambres, notes au dossier et formulaire spécifique intégré au dossier);

- Maintien pour la sixième année consécutive du programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) et des ateliers ÉCOS (évaluation clinique objective structurée);
- Révision et renforcement des mesures de sécurité à l'unité d'obstétrique (procédure, caméra, portes à combinaison et feuillets d'information destinés à la clientèle). Déploiement du nouveau programme d'enseignement en février 2015.

Soins intensifs

- Élaboration d'une nouvelle procédure pour améliorer l'accessibilité et la disponibilité des télémétries (référence CHUS). Le suivi des télémétries est assuré à chaque quart de travail et des relances sont faites, au besoin, auprès des unités de soins pour en maximiser l'utilisation.
- Déploiement immédiat, sur les unités de soins, d'un nouveau système de surveillance respiratoire par saturométrie à distance pour des cas ciblés en postopératoire. Depuis l'automne 2014, près de 20 patients ont pu ainsi être surveillés à distance.

Hémodialyse

- Optimisation des processus *LEAN* afin d'améliorer l'accessibilité et diminuer la liste d'attente. Depuis octobre 2012, dix nouvelles plages horaires de traitement ont été ouvertes de jour et en soirée (lundi, mercredi, vendredi).

Électrophysiologie (EPM)

- Formation de deux techniciennes en électrophysiologie médicale pour une pratique autonome des évaluations d'échographie cardiaque (autorisée par l'Ordre professionnel).

Services sociaux, secteur courte durée

- Déploiement de la cartographie *LEAN* du cheminement du patient de son arrivée à l'urgence, jusqu'à son congé ou fermeture de dossier. Création d'un nouveau formulaire

de demande de service suite à une analyse approfondie du fonctionnement actuel. Révision de l'offre de service pour mieux répondre aux besoins en évaluation psychosociale de la clientèle hospitalisée, dans un délai raisonnable.

- Mise en place d'un programme de suivi étroit des cas à risque suicidaire à l'urgence : mesure des impacts et révision des processus.
- Intégration des travailleuses sociales du programme santé physique au groupe de garde psychosociale soir/nuits et week-end, pour y assurer une continuité de service auprès des clientèles de l'urgence.

Médecine de jour

- Optimisation des processus *LEAN* au niveau des tâches des agentes administratives de la médecine de jour et de l'hôpital de jour a permis une meilleure répartition de leurs tâches, une meilleure coordination de services avec l'oncologie, une réorganisation du travail et des soins mieux adaptés aux besoins de la clientèle de la médecine de jour et de la médecine interne, une meilleure continuité de services et un relais optimal vers les ressources appropriées.
- Réorganisation du travail dans la salle de traitement a permis d'optimiser l'expertise des infirmières cliniciennes et techniciennes et d'améliorer l'accessibilité et l'offre de services à la clientèle.
- Arrivée de trois nouveaux médecins spécialisés en médecine interne (déménagement de bureaux) a eu pour effet de diminuer la liste d'attente pour une consultation en médecine interne et d'augmenter le nombre de patients vus en médecine de jour.
- Projets en cours :
 - Révision de la trajectoire du diabète (maladies chroniques) en concordance avec le cadre de référence montérégien;
 - Révision et standardisation des ordonnances collectives pour l'ensemble des GMF (DSI-DPSP-coordonnateur médical des services de première ligne);

- Poursuite de l'actualisation du plan d'action du comité des maladies chroniques;
- Prise en charge des cas d'antibiothérapie à domicile en provenance des unités de soins pour réduire la durée moyenne de séjour d'hospitalisation (DMS).

Oncologie

- Rencontres de communauté de pratique en oncologie (cancer pulmonaire); partenariat avec Médecine interne-Hémato/oncologie – personnel de l'oncologie et médecins oncologues du CHUS.

Programme de lutte contre le cancer (PLCC)

- Poursuite de l'actualisation du plan d'action du comité de coordination locale du PLCC avec les différents partenaires (La maison Au Diapason, soins palliatifs première ligne, hémato-oncologie, etc.).

Cliniques de soins CLSC

- Révision et réorganisation des activités de soins pour une meilleure organisation des cliniques de soins.
 - Étude comparative avec d'autres CSSS en terme d'organisation du travail et types d'activités de soins;
 - Optimisation des cliniques de soins des CLSC de Waterloo et de Bromont;
 - Transfert d'activités des cliniques de soins vers les services d'oncologie et de médecine de jour.

Guichet d'accès pour la clientèle vulnérable et sans médecin de famille

- Nouvelles inscriptions au guichet : 2 805
- Prises en charge médicale : 1 500

Clinique d'accès

- Références à partir de l'urgence et du guichet d'accès pour la clientèle vulnérable sans médecin de famille.
- Nombre estimé de visites : 1 880

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

La Direction des services professionnels veille à l'organisation professionnelle et scientifique des départements cliniques, notamment les services pharmaceutiques et diagnostiques (laboratoires, imagerie médicale et médecine nucléaire).

Les services périopératoires (salle d'opération, chirurgie d'un jour, préadmission), l'unité de retraitement des dispositifs médicaux, la prévention et le contrôle des infections, le service de la recherche, les archives médicales et la gestion des données cliniques sont aussi sous sa gouverne. En 2014-15, la Direction s'est vue octroyer la responsabilité des cliniques externes spécialisées, de l'endoscopie et du service des rendez-vous.

Sur le plan médical, la coordination s'exerce par l'entremise du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), de la Table des chefs de départements et du Département régional de médecine générale (DRMG) local.

La Direction assume la responsabilité des mécanismes d'accès aux services spécialisés (Loi 33). Finalement, elle exerce un rôle-conseil auprès de la Direction générale et des gestionnaires du CSSS en regard de l'organisation clinique dans tout l'établissement et dans le réseau local de soins de santé et de services sociaux.

Faits saillants

Les activités de la Direction des services professionnels se sont concentrées sur les axes prioritaires d'accès aux services et de prestation sécuritaire des soins et services.

Archives

- Implantation d'un nouveau système de transcription avec signature électronique qui permet aux médecins de signer leurs rapports à distance et ainsi réduire les délais associés.
- Réponse à 12 192 demandes d'accès et consultations au dossier.
- Transfert des données de laboratoire à la base régionale en préparation à la mise en place du Dossier Santé du Québec (DSQ).

Cliniques externes spécialisées et endoscopie

- Prise en charge des secteurs de cliniques externes spécialisées et d'endoscopie vise l'intégration des services entre les cliniques externes et le bloc opératoire.

- Planification de l'importante mise à niveau des espaces d'endoscopie et des cliniques externes d'ORL, de gynécologie, d'urologie et de chirurgie générale. Investissement de 3,4 M\$.
- Mise en candidature au Projet de mise à niveau des unités d'endoscopie digestive au Québec en vue de l'obtention d'une subvention du Ministère.

Imagerie médicale et médecine nucléaire

- Près de 95 000 examens réalisés en imagerie médicale et en médecine nucléaire, dont 80,6 % obtenus dans le respect des délais prescrits et 95 % dictés dans moins de 7 jours.
- Réduction significative des délais pour l'obtention d'examens en échographie cardiaque.
 - Réduction de 44 % de la liste d'attente qui passe de 852 à 561 cas;
 - Réduction de près 41 % des délais d'attente qui sont passés de 76 à 45 semaines;
- Planification de la mise à niveau de la salle de radio fluoroscopie. Investissement de 1,2 M\$.
- Arrivée d'un 7^e radiologiste a permis d'améliorer l'accès aux services d'imagerie médicale.

Laboratoires

- Consolidation du fonctionnement et des services à la centrale de prélèvements : meilleure prise en charge des clients, réduction des délais de services et l'amélioration de l'environnement au niveau de la sécurité et la confidentialité. 81,6 % de la clientèle a été servie en moins d'une heure.

Pharmacie

- Mention de succès lors de la séance synthèse au terme de la visite d'Agrément en regard du réaménagement de la pharmacie.
- Embauche de trois pharmaciens et rehaussement des activités cliniques :
 - Révision systématique de la pharmacothérapie des patients pour une gestion plus efficace;
 - Bilan comparatif des médicaments entre l'arrivée et le congé des patients hospitalisés permet un meilleur suivi;

- Ajout de cabinets automatisés au bloc opératoire et en CHSLD a éliminé les délais de livraison de médicaments nouvellement prescrits ou prescrits en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie.

Prévention et contrôle des infections

- Poursuite de la campagne de sensibilisation à l'hygiène des mains.
- Implantation de sacs hygiéniques pour la gestion des excréta des patients présentant une infection au *Clostridium difficile* a permis de réduire de 50 % l'incidence des infections.
- Implantation du système informatique *Nosokos* pour une meilleure détection des activités de surveillance des infections, en vue de les circonscrire plus rapidement.
- Aménagement dans les salles d'attente d'espaces isolés dédiés aux clientèles présentant des symptômes infectieux et mise en place de mesures préventives conformes à l'étiquette respiratoire.
- Collaboration majeure à l'élaboration d'un protocole afin d'offrir une protection optimale au personnel et à la population et les soins appropriés advenant la suspicion d'un cas d'Ebola. Aucun cas reporté.

Services périopératoires

- Amélioration notable de l'accès aux soins chirurgicaux : aucun délai de plus de 12 mois pour l'attente d'une chirurgie. Des 1 400 patients inscrits à la liste d'attente, 24 seulement attendront plus de 6 mois.
- Prise en charge de la préparation des patients requérant une chirurgie avec hospitalisation le même jour : le nombre de lits ainsi libérés a presque triplé en un an.
- Relocalisation du service de préadmission au 2^e étage, près du bloc chirurgical. Fluidité accrue de la circulation et amélioration du processus à l'arrivée du patient.

Unité de retraitement des dispositifs médicaux

- Mention de succès lors de la séance synthèse au terme de la visite d'Agrément en regard de la conformité à plusieurs normes sur le retraitement et stérilisation des appareils médicaux.
- Mise à niveau des pratiques pour le retraitement des sondes.
- Amélioration de 29 % de la performance depuis 2012-2013 et élimination des risques de contamination croisée et d'infection suite à la réfection des espaces et de la révision des façons de faire.
- Planification de la mise à niveau des espaces de retraitement en endoscopie.

DIRECTION PROGRAMMES SANTÉ MENTALE, FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

La Direction regroupe plusieurs programmes et services généraux et spécifiques qui offrent des soins et services auprès d'une clientèle de tous âges. Dans le cadre des programmes famille-enfance-jeunesse qui, comme leurs noms l'indiquent, visent les familles, les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, ces services préventifs et de soutien sont dispensés en CLSC, en CPE et en milieu scolaire. L'offre de services répond à des besoins en lien avec le développement, le comportement et l'adaptation des enfants et des jeunes dans leur milieu de vie. Les programmes de santé mentale regroupent une gamme de services de 1^{re} ligne (CLSC) et de 2^e ligne (CLSC et hôpital). Les services offerts visent la clientèle jeune et adulte et comprennent, entre autres, ceux de la pédopsychiatrie, de l'hôpital de jour psychiatrique, des cliniques externes, de l'unité de psychiatrie et du suivi intensif dans le milieu et l'hébergement en ressource intermédiaire (RI). D'autres services, tels que les services psychosociaux adultes, en déficience intellectuelle, et en trouble du spectre de l'autisme (TSA) sont aussi offerts. Cette Direction est responsable des pratiques professionnelles, des stages et de la formation auprès de 32 titres d'emploi, qui touchent 350 professionnels. La Direction travaille en collaboration avec les partenaires du réseau local de service (RLS) à l'intérieur de tables de concertation dans un continuum de soins et services associé à diverses problématiques de santé, notamment la dépendance, la santé mentale, la déficience intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme, la violence conjugale et les agressions sexuelles.

Points saillants

Famille-enfance-jeunesse

- Implantation du système d'information pour la protection en maladies infectieuses – Volet immunisation (SI-PMI) à compter du 16 mars 2015. Ce système porte sur l'arrivée du registre de vaccination pancanadien, encadré par la Loi sur la santé publique, la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé et le Règlement sur le registre de vaccination et manifestations cliniques inhabituelles temporellement associées à une vaccination.

Enfance-famille 0 à 5 ans

- Récipiendaire du Prix d'Excellence 2014 dans la catégorie *Prévention et promotion* pour le projet « *Lean en vaccination 0-5 ans* ».
- Récipiendaire du Prix d'Excellence 2014 dans la catégorie *Accessibilité et continuité des soins et services* pour la création d'un poste en « *Orthophonie communautaire* ».

Famille-jeunesse 5 à 17 ans

- Implantation de l'approche *École en santé* dans 24 des 26 écoles du territoire du CSSSHY pour l'année scolaire 2014-2015.
- Rédaction du protocole d'entente entre le CSSSHY et la Commission scolaire Val-des-Cerfs visant à encadrer les activités d'exception confiées aux non-professionnels, notamment dans les écoles.
- Prise en charge de 45 demandes d'enquêtes épidémiologiques, associées aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et aux maladies à déclaration. Multiples interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires sexuels.
- Entente de collaboration signée entre le programme Crise-Ado-Famille-Enfant et le Centre de prévention du suicide en lien avec le potentiel suicidaire chez les jeunes de 5 à 18 ans. Aucun suicide dans ce groupe d'âge n'a été rapporté.
- Renouvellement de l'entente de partenariat entre le Centre jeunesse de la Montérégie et tous les CSSS de la Montérégie.
- La coordination Équipe Intervention Jeunesse (ÉIJ) est maintenant intégrée en famille-enfance-jeunesse. Une travailleuse sociale assume les fonctions cliniques reliées à ce poste.

Santé mentale jeunesse

Santé mentale jeunesse, première ligne

- Mise en place de deux groupes pour jeunes, entre 9 et 12 ans, ayant un trouble anxieux ou vivant de l'anxiété et inscrits à notre liste d'attente. La problématique de l'anxiété a été choisie parce qu'elle représente plus de 70 % de notre clientèle. Au total, 13 enfants et 19 parents ont participé aux rencontres.

Santé mentale adulte, première ligne

- Consolidation du guichet unique en santé mentale adulte, permettant de centraliser la demande de services de multiples partenaires internes et externes, réaliser une préévaluation clinique auprès de plus de 1 300 usagers par deux intervenantes assignées et orienter les usagers vers le service approprié, tout en assurant une réponse clinique auprès des usagers.
- Collaboration avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) afin de développer et d'implanter de meilleures pratiques cliniques reconnues afin d'améliorer l'accès aux services de santé mentale en temps opportun, tout en maintenant la qualité des services.

Programme-services Dépendances

- Mise en place du programme-services Dépendances, qui regroupe les services destinés aux personnes aux comportements à risque en regard de la consommation de psychotropes ou des jeux de hasard et d'argent, ou qui présentent des problèmes d'abus ou de dépendance. Le but du programme est de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendance, par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services sur l'ensemble du territoire du CSSSHY. En 2014-2015, 63 personnes ont reçu des services de première ligne en dépendance, comparativement à 23 en 2013-2014.

CAFE

En cours d'exercice, dans le cadre du programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) du territoire du CSSS de la Pommeraie et de la Haute Yamaska, l'équipe a traité plus de 100 demandes et réalisé des interventions immédiates à domicile afin de désamorcer des situations de crise individuelle ou familiale, auprès de jeunes de 5 à 17 ans et de leur famille.

Santé mentale, deuxième ligne - Hôpital

Unité de psychiatrie

- Taux d'occupation de 108 %;
- Ajout de deux chambres individuelles pour mieux répondre à la demande;
- Collaboration avec OASIS santé mentale : deux rencontres d'information ont été tenues auprès des familles et des proches des usagers de l'unité de psychiatrie;
- Déménagement, du site Providence à l'hôpital, du bureau de 4 psychiatres hospitalistes dans le but de favoriser une proximité professionnelle entre les différents services de psychiatrie.

Hôpital de jour en santé mentale

- Accueil et traitement de 116 usagers;
- Nouvelle approche thérapeutique de méditation pleine conscience, qui facilite la régulation émotionnelle et la prévention des rechutes des troubles dépressifs et aide à diminuer l'anxiété et à gérer la douleur.

Services ambulatoires, deuxième et troisième ligne

- Un projet *Lean* a été réalisé afin d'amorcer le processus de réflexion sur l'organisation du travail cléricale dans les services de santé mentale et permettre une approche clientèle mieux adaptée aux besoins lors de l'accueil des usagers dans les services. Les processus à améliorer ont été identifiés et des priorités, établies pour cette première année.

Suivi intensif dans le milieu (SIM)

- Homologation par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) de l'équipe SIM attestant que les services offerts répondent au modèle d'intervention reconnu par le MSSS et aux bonnes pratiques en santé mentale pour le suivi intensif dans le milieu.

Année	Nbre d'usagers
2011-2012	121
2012-2013	125
2013-2014	114
2014-2015	125

- Rencontres avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) et mise en place d'un plan d'action visant à optimiser les interventions des intervenants auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Clinique d'évaluation des troubles envahissants du développement (CÉTED)

- Poursuite de la réflexion en lien avec les meilleures pratiques et les attendus du Manuel et statistiques des troubles mentaux (SMV).

Année	Nbre d'usagers
2011-2012	88
2012-2013	95
2013-2014	109
2014-2015	86

Hébergement RNI

- Mise en place des comités de concertation avec le Regroupement des ressources résidentielles adultes du Québec (RESSAQ) et l'Association des ressources d'hébergement intermédiaires du Québec (ARHIQ).
- Formations données aux RNI sur l'instrument de classification, le cadre de référence et le milieu de vie.
- Taux d'occupation 2014-15 : 94,1 %.

Services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (TSA)

- L'équipe DI-TED (0-100 ans) est intervenue auprès de 529 usagers pour un suivi ou une ré-évaluation annuelle dans le cadre du programme Soutien à la Famille. Il demeure important de considérer l'ajout de deux stagiaires au cours de l'année.

- Maintien des trois groupes en activités de jour pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle, et ce, en collaboration avec des partenaires du milieu. Au total, 54 usagers bénéficient de ce service.
- En partenariat avec les cuisines collectives et une éducatrice spécialisée du CSSS, mise sur pied d'un groupe de jeunes adultes présentant un TSA afin de favoriser divers apprentissages culinaires, organisationnelles et relationnelles.
- Mise sur pied d'un groupe de socialisation de 10 à 12 jeunes adultes présentant un TSA, qui se rencontrent une fois par mois pour partager différentes activités. Cette initiative répond à des besoins de socialisation, favorise une participation sociale et permet des apprentissages au plan relationnel.
- Une entente de service a été conclue avec le Cégep de Granby, afin de bonifier la ressource de répit le Hamac, destinée aux parents d'un enfant TSA âgé de 4 à 14 ans. Une augmentation des plages horaires, l'ajout du volet gardiennage à domicile et la rémunération d'étudiants via l'application du programme Soutien à la Famille ont ainsi été rendus possibles.
- Un groupe est présentement en création afin d'accueillir des parents d'enfants ayant reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) âgés entre 6-12 ans. Différents volets seront explorés avec les parents afin d'améliorer leurs connaissances sur le TSA. Le groupe pourrait débuter en septembre 2015.

Services psychosociaux généraux

- Garde psychosociale : une nouvelle équipe dédiée de 12 personnes a été formée afin de répondre, hors des heures régulières d'ouverture des points de service, aux divers besoins psychosociaux de la population lors de situation de crise et aux victimes d'agression sexuelle. Cette équipe a réalisé 178 interventions.
- Consolidation de l'implantation du protocole de détection et de référence des personnes à potentiel suicidaire. Cette pratique clinique offre à toute personne à risque suicidaire élevé, un suivi étroit dans les 24 à 72 heures, afin de prévenir les comportements suicidaires et les récidives.

- Accueil psychosocial : l'équipe (points de service de Granby et de Waterloo) a traité 2 800 demandes et assure une réponse continue aux divers besoins de la population desservie. Une analyse des besoins est réalisée afin de bien orienter le client vers le service qui contribuera à lui venir en aide pour retrouver son équilibre personnelle. L'équipe répond aussi aux divers protocoles internes et externes et travaille sur une base régulière avec nos partenaires locaux.
- Suivi psychosocial adulte : l'équipe est intervenue auprès de 489 usagers. Les services de consultations psychosociales sont offerts par des travailleurs sociaux et un agent de relations humaines. Le suivi s'échelonne sur 10 à 12 rencontres.
- L'équipe du suivi adulte travaille à la mise sur pied d'un groupe pouvant répondre au besoin d'adaptation aux changements. Nous prévoyons débuté ce groupe à l'automne 2015.

Clinique des réfugiés

- Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique de 83 réfugiés, réalisée par une équipe composée d'une travailleuse sociale, d'une infirmière et des intervenants de l'organisme de SERY (Solidarité ethnique régionale de la Yamaska).

Services multidisciplinaires

Le plan d'action 2014-2015 visait principalement à augmenter la visibilité du Conseil multidisciplinaire (CM), reconnaître les initiatives et l'implication de ses membres dans leur pratique et favoriser le développement des connaissances et compétences.

- Visibilité de ce secteur d'activité par l'ajout des services multidisciplinaires au sein de la Direction.
- Planification et gestion des stages pour les 32 types de titres professionnels au CSSSHY.
- Planification de formations spécifiques pour les professionnels ayant moins de deux ans d'expérience dans leur domaine d'activité.

DIRECTION PROGRAMME PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

La Direction programme personnes en perte d'autonomie a la responsabilité d'offrir un ensemble de services de prévention, de promotion et de traitement auprès de la population des personnes âgées et des personnes présentant une perte d'autonomie liée à un handicap ou au vieillissement. Elle soutient les individus dans le développement de bonnes habitudes de vie favorisant le maintien ou le recouvrement de l'autonomie. Elle offre également des services de soutien à domicile, de réadaptation fonctionnelle, de gériatrie et d'hébergement en ressources intermédiaires. Trois événements ont particulièrement marqué l'année 2014-2015. Premièrement, nous avons continué les démarches débutées en 2013-2014 liées au soutien à l'autonomie, telles que planifiées par le Ministère de la santé et des services sociaux. Nous avons également poursuivi le déploiement du système d'information SyMO à l'ensemble des intervenants des services de soutien à domicile (SAD). Ainsi, à compter de l'année 2015-2016, tous les professionnels auront accès aux dossiers des usagers en temps réel et même au domicile de nos clientèles. Finalement, il y a eu la visite d'Agrément Canada.

Faits saillants

Projet d'optimisation : Vision SAD 2015

- Poursuite du déploiement du système d'information SyMO à l'ensemble des professionnels des services de soutien à domicile : l'équipe des évaluateurs, les intervenants du RSIPA et des ressources non institutionnelles, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les intervenants sociaux et les nutritionnistes;
- Élaboration de tableaux de bord à partir de SyMO, I-CLSC et la paie pour le suivi de la performance.

Développement des services

- Ajout d'effectifs dans différents services du soutien à domicile :
 - 5 jours/semaine d'auxiliaire en santé et services sociaux;
 - 4 journées/ semaine d'infirmière;

- 2 jours/semaine d'ergothérapeute;
- 4 jours/semaine d'intervenant social;
- 2 jours/semaine de nutritionniste;
- 5 jours/semaine de thérapeute en réadaptation physique;
- 5 jours/semaine d'évaluateur.

Sécurité et qualité des services

- Déploiement du programme en prévention des chutes à domicile IMP (Intervention Multifactorielle Personnalisée). Le programme vise à éviter les chutes à domicile auprès des personnes ayant chuté au moins une fois.
- Tous les intervenants des services de SAD ont reçu la formation pour dépister et référer les usagers répondant aux critères du programme;
- Une quinzaine d'usagers ont bénéficié du programme.

Soutien à l'autonomie

- Atteinte des objectifs du Ministère au 31 décembre 2014 soit :
 - 100 % des usagers ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont été évalués au moyen de l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC);
 - 50 % des usagers ayant une perte d'autonomie liée au vieillissement ont été évalués au moyen de l'OEMC (100 % devra être atteint pour le 30 juin 2015);
 - 50 % des usagers ayant une déficience physique, ou intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ou une perte d'autonomie liée au vieillissement ont eu un PSIAS de fait (100 % devra être atteint pour le 30 juin 2015).

Ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI et achats de places)

- Création d'un comité de concertation et de formation avec l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) en lien avec l'entrée en vigueur de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant;

- Achats de 43 nouvelles places en ressources privées d'hébergement pour répondre aux besoins d'attente d'hébergement en CHSLD ou en ressources non institutionnelles (RNI) et désengorger l'urgence.

Mécanisme d'accès à l'hébergement

- 655 admissions réalisées en 2014-2015.
- Gestion quotidienne des 575 places d'hébergement temporaire et permanent.

Hébergement	Nbre de places	Admissions
CHSLD	362 + 5 surcapacité	164
ACHAT DE PLACES	43	94
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	133	36
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	13	6
HÉBERGEMENT TEMPORAIRE	9	213
UTRF	15	142
TOTAL	575 + 5 surcapacité	655

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA)

- Poursuite du soutien clinique après des intervenants des unités de médecine et de gériatrie;
- Poursuite de la formation du personnel auprès des unités de médecine, urgence, soins intensifs, psychiatrie, professionnels de la réadaptation et de l'équipe volante;
- Début des travaux visant à adapter les outils cliniques à l'AAPA.

Réseau intégré ambulatoire gériatrique

- Consolidation de l'implantation du projet :
 - 390 visites à domicile;
 - 544 relances téléphoniques;
 - Création de liens de collaboration avec la société Alzheimer.

Équipe de consultation gériatrique thérapeutique (ÉCGT)

- 174 patients ont reçu leur congé de l'urgence suite à l'évaluation de l'équipe;
- La création de cette équipe a mérité le Prix d'Excellence du CSSH dans la catégorie Qualité, sécurité et innovation des soins et services.

Développement communautaire

Participation et collaboration aux instances suivantes :

- Table de concertation MADA de Granby (Municipalité Amis Des Aînés). La municipalité de Granby sollicite la Table pour la mise à jour de sa politique des aînés;
- Table de concertation Personnes âgées avec les organismes communautaires de la région : un sous-comité de travail sur la maltraitance envers les aînés a été créé et des activités de sensibilisation ont eu lieu, notamment auprès de l'Association coopérative d'économie familiale (ACEF) et l'Association québécoise des droits des retraités (AQDR). De plus, une intervenante sociale du soutien à domicile a reçu la formation sur le nouveau cadre de référence du Ministère sur la maltraitance afin de soutenir les intervenants SAD et les organismes communautaires.

DIRECTION PROGRAMME PERSONNES HÉBERGÉES

La Direction du programme personnes hébergées regroupe l'ensemble des services offerts à la clientèle hébergée en Centre d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) et elle est responsable du programme d'appartements supervisés au Centre d'hébergement Vittie & Desjardins. Elle a pour mission d'offrir un lieu adapté aux besoins des adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage. La Direction a aussi la responsabilité d'offrir aux résidents ainsi qu'aux locataires des services et des soins personnalisés. Ces derniers visent l'adaptation, le maintien ou l'amélioration de leur autonomie dans le respect de leurs droits et de ceux de la collectivité, selon les ressources disponibles.

Faits saillants

- Acquisition d'équipements favorisant l'utilisation de moyens alternatifs à l'usage des contentions : mesures moins contraignantes et sécurité accrue des résidents.
- Réalisation du sondage annuel sur la satisfaction de la clientèle à l'ensemble des résidents ainsi

qu'à leur répondant. Les résultats montrent des taux de satisfaction élevés : 8,7/10 secteur relationnel, 8,4/10 secteur professionnel et 8,5/10 secteur organisationnel pour l'ensemble de nos cinq CHSLD.

- Consolidation du rôle d'infirmière pivot pour un suivi global de chacun des résidents et une personnalisation des soins et services.
- Poursuite des travaux de réaménagement et de mise aux normes au Centre d'hébergement Villa-Bonheur.
- Publication du journal *Mon Milieu de Vie* (trois parutions par an), publication exclusive de la DPPH du CSSH, distribué à près de 900 exemplaires sur tout le territoire desservi.
- Publication du *Concerto de BACH* (trois parutions par an). L'objectif est de susciter une réflexion sur des sujets liés à l'éthique et à nos valeurs, de transmettre des informations de nature factuelle (clinique ou administrative) à propos des soins et services offerts à la clientèle hébergée en CHSLD et de reconnaître le travail des individus ou des équipes qui oeuvrent en CHSLD.
- Visite ministérielle d'appréciation de la qualité des soins et des services à Villa-Bonheur (VB) – Domaine Vittie & Desjardins (DVD) – Centre de Waterloo (CW) et suivi des recommandations déposées.
- Poursuite des travaux du programme régional « Forteresss » : fidélisation, le développement et l'utilisation optimale des compétences des infirmières en soins de longue durée. En 2014-2015, formation de tout le personnel infirmier en CHSLD sur l'usage optimal des médicaments.
- Formation du personnel et exercice pratique sur les mesures d'urgence en CHSLD pour une sécurité accrue des résidents et du personnel.
- Consolidation de l'implantation du logiciel CLINIBASE en CHSLD.
- Obtention de deux Prix d'Excellence lors du gala reconnaissance du CSSH :
- Catégorie « Approche de gestion basée sur la pertinence, l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources » : développement d'un outil de référence (cartable d'alimentation de la clientèle hébergée en CHSLD) ;
- Catégorie « Attraction, rétention et contribution optimale des ressources humaines » : rehaussement des postes FIQ en CHSLD et création du service étoile DPPH.
- Création d'une unité spécifique destinée à 21 clients (adultes et âgés) atteints de déficience physique pour améliorer le milieu de vie des résidents, faciliter la socialisation et éliminer les désagréments liés à la mixité de clientèles aux besoins extrêmement différents.
- Formation de « coach » (Projet CSN) dans le but de soutenir les intervenants dans l'ensemble des CHSLD au niveau des *Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires* (PDSB) et de l'approche auprès de la clientèle atteinte de déficit cognitif (*Agir pour protéger*).
- Poursuite des travaux de réorganisation du travail à Villa-Bonheur (Projet CSN) : 67 pistes d'amélioration ont été identifiées et classées, en fonction des efforts nécessaires pour les actualiser et des bénéfices qui seront créés.
- Déploiement des programmes d'activités individuelles pour la clientèle hébergée en CHSLD pour stimuler l'intérêt et la participation des résidents.
- Déploiement d'un programme de reconnaissance du personnel œuvrant en CHSLD : reconnaissance par les pairs, par les juges (gestionnaires) et par le public (les résidents et leurs répondants).
- Adoption d'un règlement formalisant la tenue, au moins annuellement, de rencontres interdisciplinaires en hébergement afin de discuter de l'état de santé de chaque résident.
- Systématisation des rencontres d'équipe dans les différentes unités de vie (rencontres GEMBA).
 - De façon générale, cette procédure a pour but d'améliorer la qualité, la continuité et la sécurité des interventions auprès de la clientèle en mobilisant les membres des équipes vers un objectif commun à atteindre.
- Visite du Conseil québécois d'agrément (CQA) – Avril 2014.
- Visite d'Agrément Canada - Mai 2014. Note globale de 85 % obtenue pour l'équipe de soins de longue durée.

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE

La Direction des soins infirmiers a pour mandat d'assurer la qualité, la sécurité et le développement des compétences cliniques et des soins infirmiers. Elle régit l'implantation des meilleures pratiques cliniques, soutient l'organisation des soins et le déploiement de structures de soins, élabore des méthodes, procédures et règles de soins. Elle développe aussi des programmes d'orientation et de formation continue ainsi que des programmes et des structures de soutien, de supervision et d'encadrement clinique, coordonne les stages en soins infirmiers et procède à l'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Elle offre son soutien au Conseil des infirmières et infirmiers et au Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires.

Dans le cadre des programmes de santé publique, nos intervenants en collaboration avec les différents acteurs de la communauté mettent en œuvre des actions reconnues comme étant les meilleures pratiques en matière de promotion de la santé, de prévention de la maladie, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ainsi que de protection de la santé de notre population.

La Direction est également responsable du soutien aux intervenants chargés de l'éthique clinique, du bénévolat et des services de la pastorale.

FAITS SAILLANTS

Soins infirmiers

- Mise en place d'un programme de prévention des chutes, une préoccupation constante, pour la clientèle hospitalisée, à domicile et des services ambulatoires.
- Réalisation d'une étude de prévalence des plaies de pression et implantation d'un outil certifié d'évaluation du risque de plaies de pression.
- Procéder à différents audits afin de s'assurer que nos programmes ou règles de soins sont appliqués conformément aux dispositions visant l'amélioration continue de la qualité des soins.
- Création et mise en service d'un registre informatisé afin d'assurer la conformité au règlement sur le recours exceptionnel aux mesures de contrôle.
- Élaboration et mise en ligne sur Intranet de règles de soins et procédures administratives afin de bien encadrer les pratiques.

- Poursuite des travaux préparatoires à l'implantation du logiciel de Demandes de service inter-établissement (DSIE).
- Diffusion en visioconférence de formations accréditées à l'intention du personnel infirmier. Plus de 200 participants inscrits et formés.
- Entrée en vigueur de programmes structurés d'orientation à l'intention du nouveau personnel infirmier pour les secteurs hébergement et l'unité de psychiatrie.

Santé publique

- Poursuite, en étroite collaboration avec les partenaires communautaires, des actions associées à l'approche intégrée des municipalités (Aînés actifs) sous l'angle des environnements favorables à la santé.
- Implantation du Système national d'information en prévention des maladies infectieuses (SI-PMI), qui permettra de dresser un portrait actualisé et plus exact du profil de vaccination de la population du territoire.
- Augmentation de 10 % de l'utilisation de l'application en ligne pour la prise de rendez-vous dans le cadre de la campagne de vaccination annuelle contre l'influenza. Dans le sondage de satisfaction (200 participants), 98 % des répondants ont qualifié la campagne de rapide et d'efficace.
- Rapatriement du programme de notification des partenaires dans le cadre des actions pour contrer les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). En passant du niveau régional à local, il sera dorénavant possible d'accélérer et d'optimiser le processus de notification des personnes concernées.

Santé au travail

- Programme *Maternité sans danger* : 775 demandes traitées.
- Enquête dans le milieu de travail pour signalement : 10 demandes ont été traitées.

- Visite de 42 nouveaux établissements dans le cadre des connaissances préalables des risques dans le milieu de travail. De ce nombre, 19 entreprises ont été retenues pour l'élaboration d'un premier programme de santé.
- Premier programme de santé élaboré et transmis à 11 entreprises.
- Mise à jour de leur programme de santé déposée auprès de 19 entreprises.
- Suivi de leur programme de santé réalisé auprès de 146 entreprises :
 - 67 pour des activités de surveillance environnementale;
 - 9 pour des activités de surveillance médicale (dépistage audiométrique);
 - 68 ont reçu de l'information sur les risques à la santé;
 - 80 ont bénéficié d'un programme de premiers soins/premiers secours conforme au règlement;
 - 47 ont reçu de l'information sur les troubles musculo-squelettiques;
 - 6 demandes de service du milieu et de la CSST pour tous les secteurs ont été traitées.
- Formation prodiguée sur 3 chantiers : Approche intégrée par chantier - Silice - secteur construction (AIC-Silice).

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

La Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO) encadre les activités inhérentes à la planification de la main-d'œuvre, aux relations de travail et au processus de dotation. Elle met en œuvre différentes actions favorisant l'engagement et la fidélisation du personnel. La direction favorise le maintien ainsi que le développement des compétences et coordonne le suivi des plans de développement. Elle détermine la rémunération et veille à l'application rigoureuse et équitable des conditions de travail pour l'ensemble du personnel. Elle soutient également les gestionnaires

dans leurs responsabilités de gestion des ressources humaines et dans les projets de transformation du travail. Finalement, elle favorise le développement d'un environnement de travail mobilisateur et créatif.

FAITS SAILLANTS

- Déploiement de la nouvelle approche généraliste en ressources humaines : une offre de services révisée et des processus internes axés sur des stratégies et tactiques intégrées et de proximité en gestion des ressources humaines.
- Instauration de tableaux de bord et d'indicateurs de performance ciblant les secteurs de la santé et sécurité au travail, la dotation, l'assurance-salaire, les relations de travail et la gestion des assignations : efficience accrue et meilleure efficacité du travail.
- Actions du comité de travail sur la mobilisation du personnel pour répondre aux besoins exprimés dans chaque direction suite au sondage sur la mobilisation d'Agrément Canada en mai 2014.
- Identification des candidat(e)s au programme de relève des cadres intermédiaires cliniques de la Montérégie.
- Troisième année du programme de formation concernant l'obligation de civilité ainsi que les outils et moyens pour intervenir en milieu de travail : 195 employés ont été formés.
- Deux projets visant les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires œuvrant en CHSLD ont permis de revoir les structures de poste afin de pallier aux pénuries de main-d'œuvre, de favoriser l'attraction et la rétention de ce personnel, et d'assurer la présence requise d'infirmières sur tous les quarts de travail.
- Embauche d'une personne avec un diagnostic de DI-TED dans le cadre d'un projet d'insertion dans un milieu de travail.
- Production du Guide de bonnes pratiques en gestion d'assurance-salaire et de nouveaux outils de gestion.
- Contribution active à la campagne de promotion de la vaccination antigrippale auprès des employés : hausse de 7 % du nombre d'employés vaccinés.
- Organisation, en collaboration avec le Comité paritaire SST, d'initiatives ciblées pour marquer la Semaine de la SST. Près de 1 000 employés rencontrés et sensibilisés.

- Embauche de 192 nouveaux employés au CSSS de la Haute-Yamaska.
- Création d'une fonction en « gestion du changement » pour faciliter l'implantation et la réalisation des projets *LEAN* ainsi que pour soutenir les employés durant la transition.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

La Direction des services techniques est responsable de l'élaboration, la programmation, la gestion et du suivi de tous les projets de développement, actualisation et mise aux normes des installations du CSSSHY. Elle coordonne les activités des services de technologie des bâtiments, d'entretien des équipements biomédicaux, d'alimentation, de sécurité, d'hygiène-salubrité et de gestion des déchets biomédicaux et infectieux. Afin d'assurer un environnement sécuritaire et favorable aux activités cliniques, elle veille au bon état des installations physiques et des équipements en appliquant les programmes d'entretien préventif et les correctifs appropriés.

La Direction produit et distribue les repas et collations aux usagers, au personnel et aux visiteurs. Elle coordonne les activités d'hygiène et de salubrité et contribue ainsi à la prévention des infections. Elle offre également le service de buanderie aux résidents en hébergement et fournit la lingerie et la literie à la clientèle de l'établissement. Enfin, elle est responsable de la gestion des systèmes de télécommunication et coordonne les activités de mesures d'urgence, en élaborant et en maintenant à jour les plans d'urgence en cas de sinistres internes ou externes.

Faits saillants

Rénovations fonctionnelles

- Agrandissement et réaménagement du CHSLD Villa-Bonheur, 92 résidents. Ajout de nouvelles ailes, importants réaménagements offrent un milieu de vie adapté plus confortable et sécuritaire. Fin du projet : juillet 2015. En collaboration avec la Fondation Horace-Boivin, aménagement d'un stationnement de 31 places pour les résidents et les visiteurs. Investissement de 7 M\$.
- Réaménagement de l'unité de chirurgie du 6^e Ouest (fin 2015) viendra améliorer l'environnement de travail du personnel de même que les équipements sanitaires et réduire les pertes de temps causées par les déplacements. Investissement de 1,2 M\$.
- Réaménagement de la salle de fluoroscopie dans une salle multifonctionnelle, avec équipement

de pointe, services de radiologie générale et de fluoroscopie spécialisée permettra une diminution significative de la dose de radiation, des images plus précises et plus claires et une hausse d'efficacité estimée à 30 %. Investissement de 1,2 M\$.

Maintien d'actifs

- Revitalisation de l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), capacité de stérilisation et de traitement plus rapide et plus performante, éliminant ainsi les risques de contamination croisée et d'infection. Investissement de 2,4 M\$.
- Amélioration et mise aux normes de la ventilation au laboratoire du Centre hospitalier. Investissement de 200 000 \$.
- Gestion des travaux de nettoyage et remise à niveau des installations à la suite de l'incendie du 12 juillet au sous-sol du Centre hospitalier.
- Obtention d'une note de 100 % au POR 18 de l'Agrément pour la création d'un programme d'entretien préventif au service de génie biomédical.
- Instauration d'un système de cadenassage, identification des espaces clos et instauration d'un programme de sécurité machines pour une sécurité accrue du personnel et des équipements.

Études de faisabilité

- Réalisation de diverses études de faisabilité : modification de la circulation automobile à l'entrée principale du Centre hospitalier; renforcement structural et installation d'un ascenseur au CHSLD de Waterloo; remplacement d'une chambre froide et réaménagement de la cuisine.

Sécurité et mesures d'urgence

- Entrée en vigueur de l'obligation d'obtention d'un permis à chaud pour tous travaux assujettis sur l'ensemble des sites.
- Formation et exercice de simulation d'habillage et de prise en charge d'un cas d'Ebola avec le personnel dédié des unités concernées.

- Formation sur les mesures d'urgence en présence de codes rouge (incendie) et vert (évacuation) en CLSC, CHSLD et à l'hôpital.
- Réponse et intervention à 180 codes blanc (usager violent).
- Instauration d'une politique de contrôle des allées et venues des fournisseurs et représentants au Centre hospitalier et au Centre Providence.

Services alimentaires

- Adoption, par le CSSH, de la politique alimentaire, laquelle stipule que l'alimentation quotidienne de base doit être d'une excellente qualité, mais doit aussi s'apparenter à un contexte de milieu de vie en CHSLD et répondre aux besoins de cette clientèle, selon les modulations requises par le plan de soins nutritionnel des résidents hébergés.
- Acquisition de fours *Burlodge* à Villa-Bonheur, ce qui permet de servir des repas à température optimale.
- Préparation et distribution de 759 522 repas et collations.

DIRECTION DES COMMUNICATIONS ET DES RELATIONS PUBLIQUES

La Direction des communications et des relations publiques a pour mission de bâtir, accroître et promouvoir la réputation d'excellence du CSSH. L'important rôle-conseil qu'elle exerce auprès du Conseil d'administration, de la Direction générale et des différentes directions lui permet de guider et de soutenir leurs actions et démarches en regard des communications internes et externes de l'établissement. Elle veille à ce que l'ensemble des communications s'arriment au plan stratégique 2011-2015 de l'organisation. Porte-parole officiel, elle contribue activement à protéger l'image de l'établissement tout en améliorant sa visibilité par le biais des médias. La Direction assure une vigilance constante de l'identité visuelle et de la qualité de la langue utilisées dans les communications publiques du

CSSH. Elle élabore les messages organisationnels et les normes graphiques et supervise leurs utilisations. De plus, elle conçoit, révisé et approuve les outils de communication écrits et électroniques, diffusés à interne ou à l'externe. Enfin, elle coordonne les réponses aux demandes d'accès à l'information et elle est responsable du programme d'accès aux services de langue anglaise (PALSA) ainsi que du service de traduction et d'interprétariat.

FAITS SAILLANTS

- Mise en place de stratégies de relations média proactives : organisation de 16 rencontres de presse et diffusion de 20 communiqués, afin de mettre en lumière des initiatives et des projets d'intérêt pour la population.
- Traitement et réponse à plus de 138 demandes médias qui ont généré une couverture de presse positive dans plus de 65 % des cas.
- Publication d'une chronique mensuelle de promotion de la santé dans *La Voix de l'Est* afin de promouvoir l'expertise des professionnels de la santé.
- Réalisation d'une nouvelle image de marque du CSSH et application aux différents outils de communication.
- Compilation, refonte et production de 155 brochures et dépliants distribués aux usagers. Diffusion simultanée sur le site Web afin d'en améliorer l'accessibilité.
- Refonte de la grille graphique et du contenu de *Concerto*, le bulletin d'information des employés du CSSH, publié 4 fois l'an.
- Gestion du contenu (vidéos liées à des problématiques de santé) et mise en ondes d'un canal télé réservé aux patients.
- Intervention lors de toute situation de gestion de crise mettant en cause l'établissement.
- Planification 2014-2016 et création de stratégies de relations publiques et organisation d'activités afin de promouvoir des semaines thématiques auprès de la communauté et des employés : Hygiène des mains, Sécurité des patients, Prévention du suicide, SST, Confidentialité, etc.
- Conception et développement du site Intranet : design, arborescence et contenu. Production et diffusion de 97 fonds d'écran destinés aux 997 postes informatiques du CSSH.



- Création des Prix d'Excellence, un concours visant à reconnaître les projets initiés par les différentes équipes médicales et de soutien; organisation du 1^{er} Gala d'excellence du CSSSHY et participation d'une centaine d'employés.
- Révision et mise à jour des différentes politiques et procédures. Index et outil de recherche sur l'Intranet.
- Planification de production, gestion et rédaction du rapport annuel.
- Production d'articles pour les 4 numéros du bulletin municipal d'information *Granby vous informe*.
- Présence active sur les médias sociaux : mise à jour de contenus variés sur le site Web et production de 83 statuts Facebook.
- En collaboration avec l'équipe de Santé publique, promotion de la vaste campagne d'information liée au programme annuel de vaccination antigrippale et coordination d'un volet de promotion interne.
- Stratégie et rôle-conseil dans l'élaboration du plan d'action Ebola.
- Rôle-conseil, rédaction et suivi des travaux liés au Projet de loi no 10.
- Gestion et traitement ponctuel des demandes d'accès à l'information.

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES

La Direction des ressources financières et informationnelles collabore à la réalisation des objectifs organisationnels en offrant un service informatique, un service d'approvisionnements et des services financiers aux directions du CSSSHY.

FAITS SAILLANTS

- Consolidation du déploiement d'un outil intégré de gestion et de suivi budgétaire pour tous les directeurs et gestionnaires;
- Révision des contrôles et des procédures des projets immobiliers et mise en place d'outils pour effectuer le suivi budgétaire;
- Optimiser le processus du traitement de la paie afin d'améliorer les données primaires, de normaliser et de standardiser les processus du cycle de paie dans l'objectif d'un regroupement régional de paie;
- Mise en place du plan d'optimisation relatif aux rôles et responsabilités des ressources des technologies de l'information (TI);
- Prise en charge de la sécurité des actifs informationnels et des objectifs associés à cet enjeu par l'embauche d'un analyste informatique dédié.

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

BUT DE L'ENTENTE

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, dans le contexte d'efforts de modernisation de l'administration publique québécoise, propose une gestion plus efficiente des ressources du réseau de services. Celle-ci implique de donner au réseau une direction d'ensemble, d'assurer un suivi assidu de ses secteurs critiques, de clarifier les responsabilités de chacun, d'exiger une rigueur accrue des systèmes de gestion et une reddition de comptes soutenue. La ratification d'ententes de gestion et d'imputabilité s'inscrit dans ce mouvement.

Dans cet esprit, cette entente de gestion et d'imputabilité précise l'imputabilité de l'Établissement, tel que prévu aux articles 182 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Pour ce faire, l'Entente rappelle les attentes du PDG et du ministre à l'égard de l'actualisation du plan stratégique régional en lien avec le plan stratégique 2010-2015 du MSSS. Elle rappelle aussi les engagements financiers de l'Agence, à soutenir l'Établissement de même que les actions de celui-ci pour y répondre.

CHAPITRE IV : LES ENGAGEMENTS 2011-2012 DE L'ÉTABLISSEMENT AU REGARD DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE RÉGIONALE 2010-2015

Le présent chapitre livre le résultat des échanges entre l'Agence et l'Établissement sur les indicateurs utilisés et les engagements convenus par ce dernier afin de réaliser le Plan stratégique régional 2010-2015 en lien avec le Plan stratégique du MSSS. Il contient une présentation des actions principales que l'Établissement mettra en œuvre durant l'année pour donner suite aux exigences ministérielles et régionales.

CSSSHY CHAPITRE IV				
		BILAN 13-14	BILAN 14-15	ENGAGEMENT 14-15
1.01	Santé publique - Maladies infectieuses - Vaccination			
1.01.12 B1 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 ^{ème} semaine de grossesse à l'accouchement moins 1 jour (prénatale)	0,43	0,44	0,44
1.01.12 B2 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^{ème} semaine de vie de l'enfant (postnatale 1)	0,92	1,08	0,92
1.01.12 B3 Eg2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^{ème} semaine au 12 ^{ème} mois de vie de l'enfant (postnatale 2)	0,33	0,35	0,34
1.01.12 B4 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^{ème} semaine au 12 ^{ème} mois de vie de l'enfant (postnatale 3)	0,22	0,24	0,22
1.01.13 EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	67,9 %	103,8 %	60,0 %
1.01.14 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	93,5 %	86,0 %	90,0 %
1.01.15 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	80,4 %	83,6 %	90,0 %
1.01.19.1 PS	Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les diarrhées associées au Clostridium difficile d'origine nosocomiale	Oui	Oui	Oui
1.01.19.2 PS	Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les bactériémies nosocomiales à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	Oui	Oui	Oui

		BILAN 13-14	BILAN 14-15	ENGAGEMENT 14-15
16.01	Santé publique - Objectifs spécifiques à la région			
16.01.00	Le CSSS aura réalisé les activités lui permettant d'atteindre les résultats inscrits à son plan d'action local de santé publique	Oui	Oui	Oui
1.02	Services généraux			
1.02.06 EG2	Proportion de réfugiés et de demandeurs d'asile ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé	100 %	100 %	100 %
	Soutien à domicile longue durée			
1.03.05.01 PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	96 076 (1)	102 120	92 597
S1.3.5.2	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	1 951	2 167	1 960

Note 1 : Inclus 56 038 heures de service SAPA

	Ressources résidentielles de proximité - SAPA, DP, DI-TED, JED, Santé mentale, Dépendances, Santé physique			
1.03.08 PS	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité			
	Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)			(2)
	• Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires (RI)	130	130	
	• Nombre de places reconnues en ressources de type familial (RTF)	13	13	
	• Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)	143	143	
	• Nombre de places disponibles en ressources d'habitation collectives visées par un projet novateur	3	3	
	• Nombre de places achetées (A)	10	43	
	• Nombre de places reconnues en UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle) (B)	15	15	
	• Nombre de places dans d'autres ressources non institutionnelles associées au sous centre d'activité 5540 (A+B)	25	58	
	Déficience physique			
	• Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires (RI)		0	
	• Nombre de places reconnues en ressources de type familial (RTF)		0	
	• Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)		0	
	• Nombre de places disponibles en ressources d'habitation collectives visées par un projet novateur	7		
	• Nombre de places achetées (A)			
	• Nombre de places reconnues en UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle) (B)			
	• Nombre de places dans d'autres ressources non institutionnelles associées au sous centre d'activité 5540 (A+B)			
	Santé mentale			
	• - Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires (RI)	32	32	
	• - Nombre de places reconnues en ressources de type familial (RTF)	33	33	
	• - Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)	65	65	
	• - Nombre de places disponibles en ressources d'habitation collectives visées par un projet novateur			
	• - Nombre de places achetées (A)	5	0	

Note 2 : Travaux régionaux en cours en vue de la définition de l'engagement.

		BILAN 13-14	BILAN 14-15	ENGAGEMENT 14-15
1.03	SAPA			
1.03.06 PS	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	84,51 %	87,74 %	85 %
1.03.07 PS	Niveau d'atteinte de la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	54,43 %	67,4 %	100 %

1.04	Déficience physique			
1.45.04.01 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	84,1 %	95,7 %	90 %
1.45.04.02 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100 %	100 %	90 %
1.45.04.03 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	84,8 %	100 %	90 %
1.45.04.04 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	82,9 %	93,8 %	90 %

1.05	Déficience intellectuelle et TED			
1.45.05.01 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	97,3 %	87,6 %	90 %
1.45.05.02 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100 %	N/A	90 %
1.45.05.03 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	88,9 %	87,5 %	90 %
1.45.05.04 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	98,02 %	87,7 %	90 %

1.06	Jeunes en difficulté			
1.06.01 EG1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	N/D (3)	N/D (3)	À venir (3)
1.06.02 EG1	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	N/D (3)	N/D (3)	À venir (3)
1.06.10 PS	Mise en place d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	Oui	Oui	Engagement atteint

Note 3 : la fiche descriptive de l'indicateur est en cours de modification.

16.06	PSI - Objectifs spécifiques de la planification stratégique régionale			
16.06.01	Nombre d'usagers âgés de moins de 22 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) (DI-TED / DP)	32	35	32
16.06.02	Nombre d'usagers âgés de moins de 18 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) (JED)	84	91	84

1.07	Dépendances			
1.07.05 PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	23	63	33

		BILAN 13-14	BILAN 14-15	ENGAGEMENT 14-15
1.08	Santé mentale			
1.08.05 PS	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services			
	• Établissement	N/A	N/A	N/A
	• CSSS/OC Ententes	74	57	65
1.08.06 PS	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	80	80	101
1.08.09 PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	691	883	842
1.08.C PS	Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	217	221	302
1.08.D PS	Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	474	662	540
1.09	Santé physique - Séjour à l'urgence			
1.09.01 PS	Séjour moyen sur civière (durée)	14,62	18,64	12
1.09.03 PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0,4 %	4,3 %	0 %
1.09.31 PS	Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	17,84 %	29,57 %	15 %
1.09	Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie			
1.09.33.01 PS	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	65,3 %	48,8 %	90 %
1.09.33.02 PS	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	91,3 %	80,4 %	100 %
	Santé physique - Soins palliatifs			
	Nombre d'interventions en soins palliatifs à domicile	7 171	8 059	7 500
1.09	Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente			
1.09.20.01 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale de la hanche	84,6 %	68,9 %	90 %
1.09.20.02 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale du genou	70,7 %	70,3 %	90 %
1.09.20.03 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	99,2 %	99,3 %	90 %
1.09.20.04 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	92,8 %	94,5 %	90 %
1.09.20.05 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	93,4 %	95,7 %	90 %

		BILAN 13-14	BILAN 14-15	ENGAGEMENT 14-15
1.09	Santé physique - Chirurgie			
1.09.32.01 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	0
1.09.32.02 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	0	1	0
1.09.32.03 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	0	0	0
1.09.32.04 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	0	0	0
1.09.32.05 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	1	0	0
1.09	Santé physique - Imagerie médicale			
1.09.34.01 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	100 %	100 %	100 %
1.09.34.02 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	84,2 %	86,8 %	100 %
1.09.34.03 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	96,7 %	100 %	100 %
1.09.34.04 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	100 %
1.09.34.05 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	32,2 %	51,5 %	100 %
1.09.34.06 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	100 %	89,7 %	100 %
1.09.34.07 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	97,5 %	73,7 %	100 %
1.09.34.08 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	94,1 %	98,1 %	100 %
1.09.34.09 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	86,9 %	95,4 %	100 %
1.09.35.01 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	98,2 %	99,4 %	100 %
1.09.35.02 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	90,4 %	97,3 %	100 %
1.09.35.03 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	89,5 %	80,2 %	100 %
1.09.35.04 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	91,7 %	95,7 %	100 %
1.09.35.05 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	91,1 %	99,6 %	100 %
1.09.35.06 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	96,0 %	98,4 %	100 %
1.09.35.07 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	98,2 %	99,0 %	100 %
1.09.35.08 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	84,0 %	94,9 %	100 %
1.09.35.09 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	43,2 %	77,5 %	100 %
1.09.36.01 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	100 %	100 %	100 %

		BILAN 13-14	BILAN 14-15	ENGAGEMENT 14-15
1.09	Santé physique - Imagerie médicale (suite)			
1.09.36.02 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	100 %	100 %	100 %
1.09.36.03 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100 %	100 %	100 %
1.09.36.04 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	100 %
1.09.36.05 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100 %	100 %	100 %
1.09.36.06 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	100 %	100 %	100 %
1.09.36.07 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	100 %	100 %	100 %
1.09.36.08 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	100 %	100 %	100 %
1.09.36.09 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	100 %	100 %	100 %
1.09.37.01 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	61,63 %	45,2 %	100 %
1.09.37.02 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	72,47 %	15,1 %	100 %
1.09.37.03 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	85,07 %	85,7 %	100 %
1.09.37.04 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	99,84 %	59,4 %	100 %
1.09.37.05 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	78,04 %	95,9 %	100 %
1.09.37.06 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	88,44 %	84,8 %	100 %
1.09.37.07 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	65,87 %	26,99 %	100 %
1.09.37.08 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	68,78 %	46,8 %	100 %
1.09.37.09 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	62,55 %	28,95 %	100 %
2	Hygiène et salubrité			
2.02.02 EG2	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité			
	• - Responsable de la gestion des zones grises	100 %	100 %	100 %
	• - Relevé des équipements, du matériel et des surfaces	100 %	100 %	100 %
	• - Service responsable de l'intégrité sanitaire	100 %	100 %	100 %
	• - Registre de suivi	0 %	60 %	100 %

		BILAN 13-14	BILAN 14-15	ENGAGEMENT 14-15
3	Ressources humaines			
3.01 PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,35 % (4)	6,43	5,47 %
3.05.01 PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4,82 %	5,04 %	4,18 %
3.05.02 PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,71 %	3,13 %	2,69 %
3.06.01 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,71 %	1,32 %	1,20 %
3.06.02 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,09 %	0,05 %	0,22 %
3.06.03 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0 %	0 %	0,00 %
3.06.04 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0 %	0 %	0,00 %
3.08 PS	L'établissement aura mis à jour son plan de main-d'œuvre	Oui	Oui	Oui
3.09 PS	L'établissement aura réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Oui	Oui	Oui
3.10 PS	L'établissement ciblé aura mis en œuvre Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Oui	Oui	Oui
3.13 PS	L'établissement accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Oui	Oui	Oui
3.14 PS	L'établissement aura obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Oui	Oui	Oui

Note 4 : Indicateur 3.01 la période 12 a été utilisée pour la projection de la fin de l'année financière 2013-2014

4	Urgences - Désencombrement			
4.01.01 EG2	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD) par CH	7,3	10,2	3 et moins
4.01.02 EG2	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	0,0	3 et moins
4.01.05 EG2	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3,8	3,9	3 et moins
4.01.06 EG2	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	2,8	2,7	3 et moins
4.01.07 EG2	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	1,7	2,7	3 et moins

6	Ressources informationnelles			
6.01.01 EG2	Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) mises à jour dans les délais	94 %	94 %	95 %

AGRÉMENT

Au cours du dernier exercice financier, les 27 équipes qualité du CSSHY ont poursuivi leurs travaux sur la qualité. Chaque chef d'équipe a la responsabilité d'assurer le déploiement des différentes normes destinées à leurs clientèles et d'effectuer régulièrement des suivis afin d'apporter, le cas échéant, les correctifs nécessaires ou de consolider les pratiques en vigueur. Une visite d'Agrément Canada a eu lieu en mai 2014. Notre CSSS a obtenu une note de 90 % de réussite des 2 952 critères et normes à priorité élevée et pour les pratiques organisationnelles requises. Un rapport de suivi a été déposé sur le portail d'Agrément Canada en octobre 2014. Une autre visite est prévue en octobre 2015.

Le CSSHY et ses équipes qualité sont dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité en vue d'obtenir une meilleure cote d'agrément lors de la prochaine visite d'Agrément Canada en 2018. Pour obtenir ce rendement, des outils (plan d'action et tableau de bord) ont été élaborés afin d'aider les équipes qualité à atteindre les cibles de qualité dans chacun des services concernés.

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Déclaration des incidents et des accidents

Le nouveau formulaire de déclaration, entré en vigueur le 1^{er} avril 2014 comporte plusieurs changements comparativement au précédent, notamment en ce qui concerne l'analyse des événements indésirables par le responsable du suivi. Comme les différentes catégories d'événements y ont été modifiées, la comparaison des statistiques et des tableaux de bord avec les années antérieures est plus difficile. De façon globale, nous notons une diminution de 3,1 % du nombre de déclarations en 2014-2015 (voir p. 56 le graphique *Nombre d'événements selon le type – Périodes 1 à 13*). L'avènement du nouveau formulaire a aussi nécessité l'implantation d'une nouvelle version du logiciel de saisie des déclarations d'incidents-accidents.

Dans le cadre de l'implantation du nouveau formulaire, des formations ont été offertes aux gestionnaires et aux assistantes infirmières chefs des unités de soins et aux assistants chefs des services. Un aide-mémoire, sous forme d'algorithme, a été élaboré concernant la déclaration des chutes répétitives. Cet outil vient soutenir les équipes de soins et les aider à mieux identifier les situations de chutes répétitives. De plus, les gestionnaires cliniques ont été invités à participer

à des ateliers sur l'analyse des événements liés à la médication afin de mieux reconnaître les causes de ces événements. L'identification plus précise des causes permettra de mieux cibler les interventions visant à prévenir ce type d'événements dans le futur. Le processus devrait aussi être appliqué aux chutes au cours de la prochaine année.

Sécurité des patients

Pour la cinquième année consécutive, le CSSHY profitait de la Semaine nationale de la sécurité des patients, du 27 au 31 octobre 2014, pour sensibiliser le personnel à certains enjeux liés à la sécurité des patients. Le personnel et les médias ont été invités à visiter la « salle des anomalies », reproduction d'une chambre d'un patient, et à identifier les éléments qui constituaient un risque pour l'utilisateur ou le personnel. Nous avons aussi procédé au lancement de la campagne « Soins sécuritaires », campagne québécoise à laquelle adhère le CSSHY. L'événement a d'ailleurs fait l'objet d'une excellente couverture médiatique.

Matrice de risques

La démarche d'évaluation des risques en lien avec le système de management en santé et sécurité du travail (SMSST) et la gestion des risques des usagers du CSSHY s'est poursuivie. Cette démarche porte autant sur la sécurité des usagers que celle des employés. La matrice de risques utilisée à cette fin est inspirée des meilleures pratiques au niveau international (en prestation sécuritaire des soins et services comme en santé et sécurité au travail). Elle permet d'évaluer tous les risques, de les quantifier, les traiter, les diminuer et, dans la mesure du possible, les faire disparaître afin que le CSSHY constitue un milieu sécuritaire pour ses usagers et employés. Les secteurs visités cette année ont été l'unité de médecine (5^e Ouest) et l'unité de chirurgie (6^e Ouest).

Rapports de coroner

En 2014-2015, 114 rapports de coroner ont été reçus du Bureau du coroner du Québec et ont été traités. Le suivi des recommandations de quinze de ces rapports, dont trois concernaient directement le CSSHY, a aussi été effectué.

Alertes médicales - Rappels - Avis

En cours d'exercice, 56 des 93 alertes reçues du groupe GBM Montérégie, de fabricants d'appareils médicaux et de Santé Canada, ont été traitées et les autres sont en cours de traitement. Ces alertes permettent d'effectuer un meilleur suivi des équipements et produits afin de diminuer les risques pour les usagers.

INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

Dans le cadre de la responsabilité populationnelle qui lui incombe, le CSSSHY dispose de canaux et de véhicules variés qui lui permettent d'informer et de consulter efficacement la population qu'il dessert.

Site Internet

Le site Internet du CSSSHY (www.santemonteregie.qc.ca/granby-region) regroupe l'ensemble des informations relatives aux soins et services disponibles ainsi qu'à la structure, au rôle et à la portée de l'établissement. Les usagers bénéficient maintenant d'un canal direct de communication avec l'organisation et obtenir rapidement des renseignements ou des réponses à leurs questions.

Page Facebook

La page Facebook du CSSSHY compte, à peine un an après sa création, près de 500 « amis » qui ont manifesté un intérêt pour les nouvelles qui y sont publiées. Cela confirme le rôle incontournable des médias sociaux pour une organisation publique.

Séances publiques du Conseil d'administration

Au cours de l'année 2014-2015, les membres du Conseil d'administration ont tenu huit séances publiques auxquelles la population était invitée. Les médias sont également convoqués le lendemain de ces séances afin de maximiser les chances de diffusion des messages susceptibles d'intéresser ou simplement d'informer la population.

Sondage de satisfaction de la clientèle hébergée en CHSLD

Une fois l'an ou au départ d'un résident, un sondage est effectué auprès des résidents de nos cinq CHSLD ou de leurs proches. Ceci permet de déterminer de manière tangible le taux de satisfaction en relation avec la

qualité des services reçus. À partir des commentaires recueillis, des recommandations sont formulées aux secteurs concernés afin que des améliorations soient apportées.

Sondage de satisfaction dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale

Pour la troisième année consécutive, un sondage a été remis à 198 personnes ayant reçu le vaccin antigrippal. Environ 99 % des répondants ont qualifié leur expérience de positive et considèrent que la campagne de vaccination 2014-2015 a été un succès.

Placement média

Bien que limité par la Loi 100 qui régit les dépenses autorisées de publicité, l'organisation a recours au placement média (publication d'avis ou d'annonces) pour informer la population des activités qui s'adressent à elle. Les principaux médias visés sont les journaux locaux et le magazine municipal d'information.

Événements médiatiques

Le CSSS de la Haute-Yamaska fait ponctuellement connaître plusieurs projets d'importance réalisés ou fait état de données en lien avec le domaine de la santé. Chacun des 16 événements médiatiques tenus cette année ont été couverts par les médias locaux et régionaux.

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Dans le cadre des rencontres du Comité de la vigilance et de la qualité, le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services fait état des commentaires reçus ainsi que des démarches d'amélioration entreprises avec les gestionnaires concernés.

BILAN DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le bilan du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services présenté dans ce rapport met en évidence l'essentiel du rapport annuel de l'application de la procédure d'examen des plaintes pour l'année 2014-2015.

Toutes missions confondues, nous avons reçu 108 plaintes administratives, 22 plaintes médicales, 240 assistances, 30 consultations et 19 interventions. Au total, 419 dossiers ont été ouverts dont 407 ont été traités. À titre comparatif, 452 dossiers avaient été reçus l'année dernière, 309 dossiers en 2012-2013, 263 en 2011-2012 et 221 en 2010-2011.

TABLEAU DES DOSSIERS REÇUS (2010 À 2015)

Année	Plaintes	Plaintes MDPR*	Assistances	Consultations	Interventions	TOTAL
2014-2015	108	22	240	30	19	419
2013-2014	113	35	272	30	2	452
2012-2013	101	37	154	N/D	17	309
2011-2012	130	N/D	117	N/D	16	263
2010-2011	142	N/D	49	N/D	30	221

*Plaintes MDPR : plaintes concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident.

Pour la première fois en cinq ans, le nombre de dossiers ouverts est légèrement à la baisse (- 7%). Cependant, le nombre de plaintes administratives et de consultations est demeuré stable. Ce sont les interventions qui ont augmenté, grimant de 2 à 19 dossiers. Cette hausse s'explique par le signalement d'un plus grand nombre de situations par des personnes autres que des usagers recevant des soins et services du CSSHY.

Malgré le nombre encore important de plaintes cette année, nous constatons que les mesures correctives mises en place et les recommandations formulées au cours des cinq dernières années ont permis de réduire les insatisfactions, notamment en ce qui a trait au service de l'urgence, de la centrale de prélèvements et du guichet d'accès pour les patients sans médecin de famille.

TABLEAU DES DOSSIERS CONCLUS EN 2014-2015

Année	Plaintes	Plaintes MDPR	Assistances	Interventions	TOTAL
2014-2015	119	29	239	20	407

L'année dernière, quatre plaintes administratives ont été portées en seconde instance à l'attention du Protecteur du citoyen. De même cette année, quatre plaignants (3,4 %) ont sollicité l'intervention de cette instance. Dans un de ces cas, la position du commissaire local a été réaffirmée par le Protecteur du citoyen. Les trois autres dossiers étaient toujours en traitement au 31 mars 2015.

Au niveau des plaintes médicales, six dossiers ont été portés à l'attention du Comité de révision au cours de l'année. Dans cinq cas, le comité de révision a maintenu les conclusions du médecin examinateur et un dossier a été fermé suite à un désistement.

Cette année, le Comité de vigilance et de la qualité a tenu deux réunions. Lors de ces rencontres, les membres du comité ont été informés des plaintes reçues, de leur examen et des recommandations qui en ont découlées, le cas échéant.

Notre objectif demeure toujours : « d'être à l'écoute de la population afin d'offrir des soins et des services de qualité dans la dignité et le respect ». Les moyens mis en place pour faire connaître la procédure d'examen des plaintes et notre façon de promouvoir la défense des droits des usagers sont :

- Une page d'information sur le site Internet du CSSS de la Haute-Yamaska ;
- Les rencontres annuelles avec les comités des résidents et le comité des usagers ;
- Les rencontres individuelles et en groupe avec les employés et les gestionnaires ;
- La présentation du rapport annuel lors d'une réunion publique des membres du conseil d'administration ;
- Des visites ponctuelles sur les unités de soins ;
- L'installation d'affiches promotionnelles ;
- La distribution de dépliants informatifs.

Je termine ce rapport en remerciant les membres du Comité de révision et du Comité de vigilance et de la qualité ainsi que les gestionnaires du CSSS de la Haute-Yamaska et le personnel du service des plaintes pour leur excellente collaboration et la qualité de leur travail, assurant ainsi l'application rapide des mesures correctives et des recommandations formulées.



Yves Bélanger

Commissaire local aux plaintes
et à la qualité des services

CONSEILS ET COMITÉS

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

D ^r Yanick Larivée	Président
D ^r Olivier Martineau	Vice-président
D ^{re} Marie-Ève Dubuc	Secrétaire
D ^r Patrick Laplante	Trésorier
D ^{re} Isabelle Beaumier	Directrice
D ^{re} Marie-Hélène Trudeau	Directrice
D ^r Michel Poirier	Directeur des services professionnels
M. Rémi Brassard	Directeur général par intérim

Conseil des infirmières et infirmiers

Josée Lussier	Présidente
Nancy Lavery	Vice-présidente
Pierrette Méthot	
Élisabeth Custodio	Trésorière
Maude Chagnon	
Sylvie Gagnon	
Taimae Benseddik	
Fatima Bouzid	Présidente CIIA
Pierre Lambert	Vice-président CIIA
Chantal Gariépy	Directrice générale adjointe par intérim
Nancy Beaulieu	Directrice des soins infirmiers et des programmes de santé publique

Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Fatima Bouzid	Présidente
Pierre Lambert	Vice-président
Sylvie Foisy	Secrétaire
Nancy Beaulieu	Directrice des soins infirmiers et des programmes de santé publique

Conseil multidisciplinaire

Sylvie Prémont	Présidente
Gina Minier	Vice-présidente
Dominique Trottier	Secrétaire
Guylaine Chabot	Trésorière
Marilène Gagné	
Danielle Bernard	
Josée Blais	
Chantal Gariépy	Directrice générale adjointe par intérim
Patrick Poulin	Adjoint à la direction des programmes de santé mentale, FEJ et services multidisciplinaires

Comité des usagers

Juliette Dupuis	Présidente
Carolle Ferland	Vice-présidente
Irène St-Onge	Trésorière
Carl Beaudette Marier	
Lise Bibeau	
Jean-Claude Bussière	
Nicole Fortin	
Élise Ostiguy	
Robert Vincent	
Chantal Gariépy	Directrice générale adjointe par intérim

Comité d'éthique clinique

Pierre Routhier	Président
Richard Linteau	
M ^{re} Johanne Parcel	
Sylvie Fournier	
Frédéric Dulac	
Patrice Perreault	
Manon Lévesque	
Anny Chréten	
Nancy Beaulieu	Directrice des soins infirmiers et des programmes de santé publique

Comité de la vigilance et de la qualité

Carolle Ferland	Présidente
Rémi Brassard	Directeur général par intérim
Chantal Gariépy	Directrice générale adjointe par intérim
Yves Bélanger	Commissaire local aux plaintes et à la qualité
Joseph-Anne St-Hilaire	
Olivier Guern	

Comité de gestion intégrée des risques

Nathalie Cartier	Geneviève Audy
Martine Gendron	Josée Lussier
Gentiane Gosselin	Nancy Beaulieu
Stéphane Mathieu	Julie Gagné
Alain Proulx	Andrée Choinard
Cédric Lambert	Jean-Claude Bussièrès
Enrico Bernard	Catherine Pausé
D ^{re} Marie-Ève Dubuc	Olivier Guern
Chantal Gariépy	Lyne Talbot

Comité des résidents**Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture et Leclerc**

Juliette Dupuis	Présidente
Pierrette Girard	Vice-présidente
Irène St-Onge	Trésorière
Carl Beaudette Marier	Conseiller
Rita Nadeau	Conseillère
Yvon Robichaud	Conseiller

Centre d'hébergement Villa-Bonheur

Nicole Fortin	Présidente
Denise Ostiguy Lavallée	Vice-présidente
Louis-Philippe Brunet	Conseiller
Lise Laurion Foisy	Conseillère

Centre d'hébergement de Waterloo

Élise Ostiguy	Présidente
Diane Bertrand	Vice-présidente
Anita Deschamps Labrecque	Conseillère
Paule Jetté	Conseillère
Gaétan Trépanier	Conseiller

Comité d'éthique de la recherche

Marjolaine Duguay	Présidente
M ^{re} Nathalie Fournier	
Gaétane Côté	
Pierre Morin	
Pierre Routhier	
François Meurice	
Jacques Vincent	

Comité de révision

Jean-Marc Savoie	D ^r Benoît Charbonneau
D ^{re} Diane Huppé	

Comité de vérification

Rémi Brassard	David Dupont
Carolle Ferland	Guy Vincent
Georges-Edward Godfrey	Johanne Doré
Jean-Marc Savoie	

Comité de la gouvernance et de l'éthique

Rémi Brassard	Guy Vincent
Carolle Ferland	Jean-Marc Savoie
Jocelyne Racine	Chantal Gariépy
Olivier Guern	

Comité d'évaluation du directeur général

Jean-Marc Savoie	Paul Sarazin
Jocelyne Racine	

Comité des ressources humaines

Jacinthe Barré	Micheline Paré
Nathalie Dion	Jocelyne Racine
André Bergeron	Olivier Guern
Rémi Brassard	Roxana Cledon
Josée Lussier	Chantal Verville
Lucie Landry	

Syndicat des travailleuses et travailleurs du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska (STTCSSSH-Y-CSN)

Gisèle Gince	Présidente
--------------	------------

Syndicat des professionnelles en soins infirmiers et respiratoires de la Haute-Yamaska (SPSIRH-Y-FIQ)

Sophie Séguin	Présidente
---------------	------------

Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS-CSP et APTMQ)

Annie Sabourin	Présidente
----------------	------------

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) occupe une place importante dans les centres de santé et de services sociaux en assurant la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. Les pouvoirs du CMDP sont exercés par un comité exécutif soucieux de préserver la qualité des soins offerts par les cliniciens œuvrant au sein des établissements.

Cette année, le CMDP a proposé au Conseil d'administration la nomination de 15 nouveaux membres (7 spécialistes: 1 anesthésiste, 1 gynécologue, 1 interniste, 1 neurologue, 1 orthopédiste, 1 pédiatre, 1 radiologiste, 5 omnipraticiens et 3 pharmaciens). Le CMDP du CSSS de la Haute-Yamaska compte maintenant 95 médecins omnipraticiens, 106 médecins spécialistes, 2 chirurgiens-dentistes et 16 pharmaciens. Pour un total de 158 membres actifs, auxquels s'ajoutent 61 membres associés et 6 membres conseils/honoraires.

Le CMDP demeure préoccupé par les changements attendus en lien avec les remaniements du réseau de la santé. Les médecins sont inquiets par le fait que le patient puisse continuer à recevoir des services de qualité localement. La centralisation à outrance des services médicaux pourrait nuire à la qualité des soins et ainsi, l'enjeu de l'accessibilité aux soins demeure entier et le CMDP tient à assumer son leadership pour trouver des solutions durables.

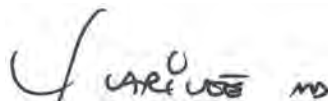
Le CMDP reconnaît les efforts déployés par les membres du Conseil d'administration du CSSS de la Haute-Yamaska (CSSSHY) pour la réalisation de plusieurs projets d'importance pour la population de Granby. Il importe de continuer à travailler ensemble, sans relâche, pour la relocalisation plus qu'essentielle de nos soins intensifs et la création de l'indispensable Centre mère-enfant pour la région de Granby.

Le CMDP demeure entièrement préoccupé par le projet de centralisation régionale des laboratoires et craint spécifiquement les retards dans l'obtention de résultats. La population de Granby a droit à des soins de qualité prodigués localement, et le CMDP préconise une plus grande rétention des patients et des services locaux pour optimiser et améliorer la qualité des soins.

L'équipe médicale du CSSSHY est fière d'offrir une gamme complète de soins à notre population, offrant des services attentionnés, diligents et humains.

Le CMDP se permet de souligner l'importance d'assurer à la main-d'œuvre médicale les outils, les locaux et le personnel nécessaire à une pratique de qualité enviable. Il est fier de conclure que des soins de qualité sont offerts à la population de la région de Granby.

Le Comité exécutif du CMDP



Dr Yanick Larivée

Président

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le Conseil multidisciplinaire (CM) du CSSSHY est constitué de 369 membres répartis dans 32 professions différentes. Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM) est composé de sept membres élus parmi les membres du conseil lors de l'Assemblée générale. Mme Chantal Gariépy, directrice adjointe et directrice PSM-FEJ-SM. Patrick Poulin, adjoint à la direction – PSM-FEJ-SM (CAFE, réfugiés, SM 1^{ère} ligne) complètent le groupe.

Du 26 mai 2014 et au 31 mars 2015, le CECM s'est réuni à cinq reprises. Le Comité exécutif a poursuivi ses travaux en sous-comités : comité de pairs, comité conférence-midi, comité communication et comité assemblée générale annuelle. Le plan d'action 2014-2015 visait principalement à augmenter la visibilité du CM, reconnaître les initiatives et l'implication de ses membres dans leur pratique et favoriser le développement des connaissances et compétences.

Détails des comités de pairs

Comités de pairs	Échéancier	Actions réalisées
Ergothérapeutes : Mise à jour des normes et procédures afférentes à trois évaluations précises (dynamomètre, MOCA, 9-hole Peg Test) en vue d'une meilleure standardisation	18 juillet au 26 novembre 2014	Canevas des évaluations rendu accessible à l'ensemble des ergothérapeutes
Psychoéducateurs : Uniformisation de l'évaluation et de la pratique en psychoéducation dans les continums de service (FEJ-Adulte/1 ^{ère} ligne-2 ^e ligne)	Janvier 2015 à mars 2015	Uniformisation de la pratique professionnelle

Le Comité exécutif a organisé deux conférences-midi : le 24 novembre 2014, 55 personnes assistaient à la conférence donnée par Sandra Villeneuve, psychoéducatrice, et Mélanie Simard, éducatrice spécialisée, sur le thème de *La pacification, un plus à votre intervention*. Le 23 février 2015, Geneviève St-Pierre et Sheila Rocheleau, respectivement psychologue et finissante au doctorat en psychologie, ont présenté la conférence *Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)* fort appréciée des 39 membres présents.

Des articles ont été publiés dans le journal interne du CSSH, le Concerto, sur les activités du CM. Fruit de la collaboration entre le CM et le service des communications, un onglet dédié au CM est maintenant disponible sur l'intranet du CSSH. Des lettres de félicitation personnalisées ont été adressées aux membres du CM ayant fait l'objet d'un *Coup de chapeau* afin de souligner leur implication dans des projets particuliers.

Dans le cadre de la conférence *La reconnaissance entre professionnels : des gestes concrets au quotidien !*, présentée par France St-Hilaire, professeure adjointe à la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke, huit bourses de formation de 100 \$ ont été décernées en présence des 38 membres qui y assistaient.

Le Comité exécutif du CM a été consulté ou invité à formuler un avis professionnel sur les dossiers suivants :

- Garde psychosociale du CSSH;
- Document sur les PSI (plans de services individualisés) jeunesse au CSSH;
- Demande d'appui de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) à l'examen en vue de l'obtention du permis d'exercice professionnel;
- Représentativité souhaitée pour le CM des établissements regroupés au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Deux membres du CECM ont assisté au Colloque 2014 de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ), les 10 et 11 novembre sous le thème *L'impact de l'optimisation des services sur les pratiques professionnelles*. Le CECM a également participé au Comité de sélection des Prix d'Excellence 2014, qui reconnaissent l'implication et le dépassement du personnel, des médecins et autres professionnels lors d'une soirée dédiée. Nous souhaitons souligner l'engagement des membres du CM qui ont accueilli,

comme à chaque année, des stagiaires au CSSH. Ceci constitue un travail important de préparation de la relève dans le réseau de la santé et services sociaux et d'amélioration continue de la pratique professionnelle.

Le CM est représenté aux :

- Comité d'éthique clinique
- Comité des ressources humaines
- Comité de gestion des risques.



Sylvie Prémont
Présidente

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS

Le CII regroupe les 696 infirmières et infirmiers du CSSS de la Haute-Yamaska.

Son comité exécutif (CE-CII) est composé de 8 membres élus par le CII ainsi que de 2 membres élus du Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA). Le CE-CII exerce tous les pouvoirs et responsabilités de conseil prévus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Notre assemblée générale a eu lieu le 12 mai 2014.

En 2014-2015, le CE-CII a tenu 7 rencontres et accueilli plusieurs invités. Mme Lyne Morissette, conseillère en soins infirmiers qui, lors d'une première réunion, nous a informés des modifications apportées à la règle de soins « Surveillance clinique des adultes (14 ans et plus) recevant des analgésiques narcotiques » et, subséquemment, a partagé le résultat des audits sur les mesures de contrôle/contention. Mme Chantal Verville, chef du Programme de gériatrie ambulatoire et hospitalier, nous a parlé des progrès et du plan de développement de l'approche adaptée à la personne âgée pour 2014-2015. M. Stéphane Mathieu, conseiller, Gestion des risques et de la qualité, a présenté le tableau de bord des incidents et des accidents reliés aux soins. Mme Amélie Paquette, conseillère cadre, Prévention et contrôle des infections, nous a parlé des

éclosions dans notre établissement. Certains membres du CE-CII ont participé au colloque de l'association des CII du Québec.

Le CE-CII a participé avec la DSI à l'organisation de la vidéoconférence du 10^e colloque CII/DSi-RS du CHUM en novembre 2014. Nous avons aussi organisé 4 conférences scientifiques, notamment *Les nouvelles normes sur la préparation des médicaments stériles*, *La pacification face aux comportements agressifs de la clientèle*, *La pharmacopée de la personne âgée et le risque de chute* et *Le diabète de type 2 et l'algorithme de traitement possible*.

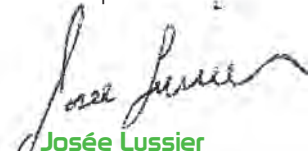
Le CII est représenté aux comités suivants:

- Conseil d'administration
- Comité des ressources humaines
- Comité de gestion des risques
- Comité d'éthique clinique
- Comité de sélection des Prix d'excellence

Dans le cadre de ses mandats, soit l'appréciation de la qualité des actes infirmiers et le maintien et la promotion des compétences, le CII a émis une recommandation visant à s'assurer que le personnel de l'équipe volante puisse avoir accès à l'information et aux formations requises pour la pratique de leur métier.

Le CE-CII a été consulté sur :

- les règles de soins;
- l'utilisation et l'application adéquate d'un protecteur cutané en soins de peau;
- la surveillance clinique des adultes (14 ans et plus) recevant des analgésiques d'urgence, hospitalisés ou hébergés;
- l'administration de vaccins au CSSH;Y;
- deux protocoles médicaux :
- plus de 30 ordonnances collectives.



Josée Lussier
Présidente

COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

Cette année, le CE-CIIA a tenu 5 réunions et son assemblée générale le 12 mai 2014. La présidente et le vice-président du CIIA ont participé aux réunions du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CE-CII). Un membre du CE-CIIA a participé au congrès annuel de l'OIIAQ ainsi qu'à ses formations du 11 au 13 juin 2014 à Lévis.

Les travaux du comité ont permis :

- D'élaborer une procédure afin que les infirmières et les infirmières auxiliaires puissent disposer du matériel souillé de façon sécuritaire : des contenants biorisques ont été installés à la tête de chaque lit des unités de courte durée;
- De préciser l'application de la procédure de la double vérification indépendante lors de la préparation de l'insuline et des anticoagulants en hébergement;
- De mettre en place la procédure en lien avec l'application des timbres transdermiques;
- De mettre en place le processus de la nomination du récipiendaire du Prix reconnaissance CIIA.

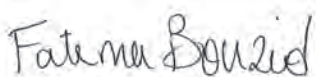
Les suivis du comité ont été :

- L'optimisation en chirurgie;
- Le programme de marche pour les personnes en perte d'autonomie;
- Le programme de prévention des chutes;
- L'approche adaptée à la personne âgée;
- La prévention des plaies de pression.

Le CE-CIIA a été consulté sur :

- Les lignes directrices concernant les activités des infirmières auxiliaires;
- La politique des normes de rédaction et de la tenue de dossier de l'usager;
- La politique de gestion des non-conformités relatives à l'usager relevées au laboratoire;
- La règle de soins *Application et retrait de timbres transdermiques*.
- Le CIIA, en collaboration avec le CII, poursuit son mandat d'apprécier la qualité des soins et de promouvoir la profession infirmière auxiliaire au CSSH;Y. Le CIIA contribue à l'organisation de conférences scientifiques avec le CII.

Conjointement avec le CII, une résolution a été transmise au Conseil d'administration concernant l'annulation des élections au sein du CII et du CIIA en attendant la mise sur pied de ces comités au CIUSSS de l'Estrie-CHUS.



Fatima Bouzid
Présidente CIIA

COMITÉ DES USAGERS

Le mandat des membres du Comité des usagers est de trois ans et renouvelable. «...gardien des droits des usagers, le Comité doit veiller à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Il est l'un des porte-parole importants des usagers auprès des instances de l'établissement.

Le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle constituent les assises qui guident ses actions. Il doit avoir une préoccupation particulière envers les clientèles les plus vulnérables et travailler à promouvoir l'amélioration des conditions de vie des personnes hébergées⁵»

Comme énoncées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les actions du Comité des usagers du CSSSHY s'arriment avec les cinq fonctions qui lui sont dévolues. Voici un survol de celles réalisées en 2014-2015.

Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations

- Distribution de dépliants et d'une affiche énonçant les droits et les obligations des usagers et le rôle du Comité des usagers dans l'ensemble des installations du CSSSHY.
- Rédaction d'un article à chaque parution du journal Mon Milieu de Vie et du bulletin interne Concerto de BACH.
- Invitation aux bénévoles de l'établissement à l'assemblée générale annuelle (AGA).

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus de l'établissement

- Présence de la directrice générale adjointe par intérim aux réunions régulières du Comité facilitant ainsi les échanges relatifs à la qualité des services et des conditions de vie des usagers :

- État de situation de chaque centre d'hébergement ;
- Information et suivi sur toute situation affectant la qualité des services, et ce, de façon bilatérale.
- Représentation du Comité des usagers :
 - Conseil d'administration (deux membres) ;
 - Comité de la vigilance et de la qualité (un membre) ;
 - Comité de vérification (un membre) ;
 - Comité de communication (un membre) ;
 - Comité de gestion intégrée des risques (un membre) ;
 - Comité de gouvernance et d'éthique (un membre) ;
 - Comité exécutif du conseil d'administration (un membre)
- À la demande des membres du Comité des usagers :
 - Par le CSSS, dépôt aux membres de questionnaires d'évaluation de la satisfaction avant la présentation aux usagers ;
 - Par le CSSS, présentation des rapports d'évaluation.

Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers

- Intervention et suivi auprès de la direction pour toutes situations jugées inacceptables ou allant à l'encontre des droits des usagers.

Accompagner ou assister les usagers

- Intégration d'une liste de ressources disponibles dans différentes publications du CSSSHY.
- Implication d'un membre du Comité des usagers pour assurer l'intégrité et la confidentialité dans le traitement des plaintes ou des insatisfactions.

⁵ Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités des résidents, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2006, p. 17

Assurer le bon fonctionnement de chacun des comités de résidents

- Participation d'un membre du comité de résidents de chaque centre d'hébergement aux réunions du Comité des usagers.
- Invitation aux membres des comités de résidents aux journées de formation.
- Affiliation au Regroupement provincial des comités des usagers et des comités de résidents.
- Affiliation à la Fédération des comités des usagers et de résidents du Québec.
- Intégration du rapport annuel des activités des différents comités de résidents au rapport annuel du Comité des usagers.
- Soutien financier aux comités de résidents.
- Implication de membres du comité des usagers lors d'activités des comités de résidents.
- Participation au comité « Milieu de vie ».

Réalisations

- Participation au Congrès du Regroupement provincial des comités des usagers et des comités de résidents.
- Tenue d'un lac-à-l'épaule en novembre 2014.
- Collaboration avec le CSSHSHY aux activités de la Semaine de la sécurité des patients.
- Activité reconnaissance envers les bénévoles du CSSHSHY lors de l'AGA du Comité des usagers.
- Actions auprès des locataires.
- Participation au financement du guide d'accueil en CHSLD, du journal *Mon milieu de vie*, du bulletin *Concerto de BACH*.
- Une jaquette portant le logo du Comité des usagers remise à chaque résident des cinq centres d'hébergement du CSSHSHY.
- Différentes actions d'information et d'intégration en lien avec la Loi 10.



Juliette Dupuis
Présidente

COMITÉ DE LA VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le Comité de la vigilance et de la qualité a pour mandat d'analyser les rapports et recommandations transmis au Conseil d'administration qui portent sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. De par ses interventions, il assure un suivi des recommandations et favorise la concertation des intervenants pour améliorer la qualité des services aux usagers.

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a présenté un rapport sommaire à toutes les réunions du Comité incluant les démarches d'amélioration entreprises avec les gestionnaires de l'établissement.

Des communications concernant les normes d'Agrément Canada à atteindre dans différents secteurs ont été transmises au comité. La Direction du CSSHSHY a également transmis au Comité un état de situation concernant les travaux préparatoires à la prochaine visite d'agrément. À cet effet, le Comité de la vigilance et de la qualité désire souligner le travail important réalisé par l'ensemble des équipes de l'amélioration continue.

Le Comité a pris connaissance des résultats de plusieurs rapports internes et externes, incluant les sondages de satisfaction des usagers. La direction a transmis à chacune des rencontres de l'information concernant les différents projets touchant l'amélioration de la qualité des services aux usagers.

Par ailleurs, il a été avisé des activités accomplies par le Comité de gestion intégrée des risques. Il a assuré un suivi aux recommandations qui ont été portées à son attention auprès des instances de l'établissement.

En ce qui concerne les suites données par le Comité de la vigilance et de la qualité aux principales recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, un tableau de suivi des recommandations est complété et un suivi est effectué par le directeur général adjoint afin d'assurer la mise en place des différentes recommandations.

Relativement aux différents rapports et recommandations, le Comité de la vigilance et de la qualité a pris connaissance des résultats du plan d'action en regard de l'amélioration de l'alimentation en CHSLD. Il a aussi pris connaissance des plans d'action rédigés à la suite des visites ministérielles en CHSLD. Par ailleurs, lors de la réception d'un rapport du coroner, le Comité a formulé une recommandation



auprès du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Le Comité assure aussi un suivi de l'avancement des travaux en regard de l'amélioration continue et plus particulièrement du suivi accordé aux normes d'Agrément Canada.

En terminant, le Comité remercie MM. Yves Bélanger, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, Rémi Brassard, directeur général intérimaire, Alain Proulx, coordonnateur à la qualité et à la gestion des risques, et tout le personnel pour leur implication, leur engagement ainsi que leur vigilance en regard de la qualité, de la sécurité et de l'amélioration continue des soins et des services aux usagers du CSSH.

Carolle Ferland
Présidente

COMITÉ DE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

Le Comité de gestion intégrée des risques a notamment pour fonction de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- Déterminer et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, d'en prévenir l'apparition et d'en contrôler la récurrence.
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la personne touchée et à ses proches.
- Mettre en place un système de surveillance et recommander au Conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures pour prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que pour les contrôler, s'il y a lieu.

Suivis du Comité

Suivis effectués en rapport avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques, de déclaration des incidents ou accidents ainsi que de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales :

- Suivi des événements sentinelles
- Suivi des rapports de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223)
- Suivi des non-conformités du laboratoire
- Suivi des rapports de coroner

- Suivi des alertes médicales
- Comité de prévention des infections
- Comité d'administration sécuritaire des médicaments
- Comité de planification des interventions en mesures d'urgence
- Comité de santé et sécurité au travail
- Sécurité transfusionnelle
- Sécurité des actifs informationnels
- Comité santé mentale

Suivi des événements sentinelles faisant l'objet d'une enquête. Analyse particulière de chaque cas et suivi des recommandations et des mesures correctives retenues.

Suivi de la formation sur les mesures d'urgence et des exercices d'incendie pour les différentes installations.

Poursuite de la promotion d'une culture de sécurité des usagers, notamment pendant la Semaine nationale de la sécurité des patients et à différentes occasions au cours de l'année.

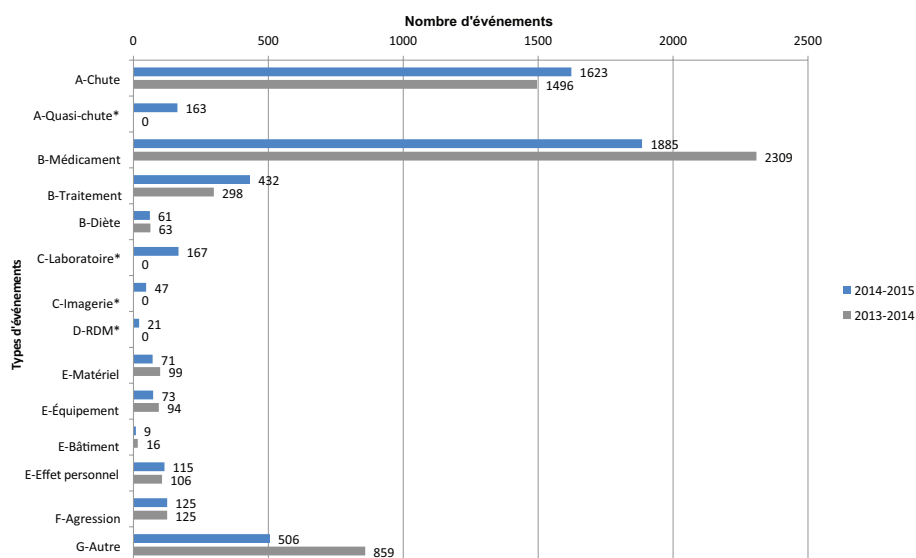
Suivi de l'implantation d'un registre informatique de mesures de contrôle et de surveillance dans les unités de courte durée de l'hôpital en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et la Coordination à la qualité et à la gestion des risques. Le développement d'un processus d'analyse clinique relatif à ces données est en cours.

Le suivi des rapports de coroner a permis d'apporter des améliorations importantes au niveau de l'harmonisation de l'utilisation des concentrateurs d'oxygène en milieu d'hébergement. De plus, une validation de nos processus concernant l'utilisation des aides motorisées à la mobilité a été faite en collaboration avec le Centre montréalais de réadaptation. Le Comité s'est aussi penché sur la dernière phase d'implantation de la Règle 9.15 - Médecins traitants aux soins intensifs (CMDP), c'est-à-dire la diffusion aux équipes des soins intensifs, afin de mieux respecter cette règle. Ceci faisait suite à l'enquête publique du coroner de mars 2009, qui s'adressait au CSSH.

Olivier Guern
Président

TYPE D'INFECTIONS NOSOCOMIALES SOUS SURVEILLANCE	INDICATEUR	TAUX			
		2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Clostridium Difficile	Taux/10 000 jours-patients	3,7	11,5	6,7	4,1
SARM	SARM nosocomial / 10 000 jours-présence	8,8	7,1	9	6,1
Bactériémies nosocomiales à Staphylococcus aureus	Nbre de bactériémies / 10 000 jours-présence	0,93	1,89	0,5	0,4
Bactériémies reliées aux cathéters aux soins intensifs	Nbre de bactériémies / 1 000 jours-cathéter	4,3	8,22	2	0
Infections urinaires nosocomiales associées à une sonde aux soins intensifs	Infections urinaires / 1 000 jours-sonde	11,74	13,35	1,1	13,3
Bactériémies nosocomiales panhospitalières	Nbre de bactériémies / 10 000 jours-présence	3,94	4,95	3,9	2,8
Bactériémies reliées aux accès veineux en hémodialyse	Nbre de bactériémies / 100 sessions	0,03	0,03	0	0
ERV	ERV nosocomial / 10 000 jours-présence	0,82	0	9,3	9,9

Nombre d'événements selon le type Périodes I à I3 2014-2015 vs 2013-2014



Note: Les types d'événements identifiés par une astérisque (*) sont de nouveaux types ajoutés au rapport de déclaration introduit le 1er avril 2014. Il n'y a donc pas de données pour 2013-2014.

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Le Comité d'éthique clinique a pour mandat d'accompagner et de soutenir le milieu en offrant une aide à la réflexion et à la délibération éthiques. Son mandat est aussi de favoriser, chez les personnes et dans l'organisation, le développement d'une sensibilité éthique et de compétences afférentes. Il soutient les intervenants dans leur démarche de prise de décision sur une problématique d'éthique clinique particulière, afin qu'ils puissent faire un choix éclairé. Le Comité d'éthique clinique formule également des avis sur des questions cliniques relatives à des thèmes suscitant des enjeux éthiques, toujours dans le but d'éclairer, dans un contexte donné, la prise de décision des intervenants, des usagers et leurs proches qu'il sensibilise aux questions et enjeux éthiques. Enfin, il favorise le développement d'habiletés à composer avec ces situations.

En 2014, le Comité d'éthique clinique a tenu dix rencontres, reçu trois demandes et produit deux avis en utilisant la nouvelle grille simplifiant le processus de délibération et de rédaction des avis permettant ainsi de répondre plus rapidement aux demandes.

À la mi-juin, M. Jean-Pierre Beaudry a transféré ses responsabilités envers le comité à Mme Nancy Beaulieu, qui a harmonieusement assuré la poursuite des différents dossiers.

Le Comité a adopté le bilan du plan d'action 2012-2014, a préparé et fait approuver par la Direction générale son plan d'action 2014 à 2016. Avec le consultant en éthique, la démarche du plan de communication visant à mieux faire connaître le Comité s'est poursuivie. Une délibération sur un cas type a servi de modèle à des fins didactiques, lors d'une rencontre avec le personnel de l'équipe psychosociale de l'un des services offerts par le CSSS de la Haute-Yamaska, pour sensibiliser le groupe à la méthode de travail du Comité. De plus, trois articles ont été publiés dans le bulletin *Concerto* durant l'année. Ce travail assure la continuité du plan de communication, conformément à la demande d'Agrément Canada. Ce plan prévoit ultérieurement des rencontres avec chacun des services et les médecins. Le déploiement du plan se poursuivra en 2015-2016.

Pierre Routhier
Pierre Routhier
Président

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

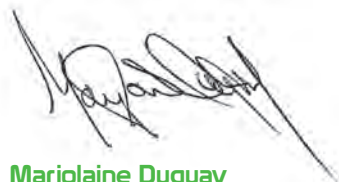
Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) s'assure que toute demande qui lui est soumise est respectueuse de la dignité, de la sécurité, de l'intégrité et des droits de la personne. C'est dans cette perspective que le CÉR doit :

- Faire l'évaluation initiale des demandes en s'assurant que toute la recherche avec les sujets humains est conforme au cadre normatif en vigueur ;
- Faire régulièrement la réévaluation des projets de recherche en cours (suivi continu) ;
- Mener des activités de sensibilisation au sein du CSSS de la Haute-Yamaska (CSSSHY).

Le CÉR a étudié 4 nouveaux projets relatifs au domaine de la cardiologie, l'obstétrique, l'imagerie médicale et la santé mentale.

Les membres du CÉR sont à l'affût de tout développement traitant de l'éthique de la recherche. Depuis le 1^{er} février dernier, les projets de recherche menés dans plus d'un établissement public du réseau de la santé et des services sociaux sont assujettis à de nouvelles modalités de reconnaissance de l'examen éthique. Ce nouvel encadrement nous amène à revoir le mandat du comité. Le suivi continu se poursuit jusqu'à la fin des projets de recherche en cours.

Aucun nouveau projet ne sera étudié par le comité et ceci va de pair avec la Loi 10 portant sur l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Les membres du CÉR adhèrent au nouvel encadrement visant à la fois à protéger les participants à la recherche et à favoriser l'excellence et le dynamisme de la recherche dans le réseau de la santé et des services sociaux.



Marjolaine Duguay
Présidente

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Sous réserve des pouvoirs du directeur général et du Conseil d'administration, le Comité des ressources humaines exerce les fonctions suivantes :

- Suivre la réalisation du plan d'action découlant de la planification stratégique adoptée par le Conseil d'administration et faire rapport à ce dernier.
- Accepter tout autre mandat confié par résolution du Conseil d'administration.

Le Comité des ressources humaines est institué en vertu du Règlement de régie interne du Conseil d'administration et est formé comme suit :

- Un maximum de deux membres du Conseil d'administration (excluant les employés, médecins, dentistes et pharmaciens), dont un qui assure la présidence du Comité à la suite d'une nomination par le Conseil d'administration.
- Le directeur des ressources humaines et du développement organisationnel.
- Un autre membre du personnel d'encadrement.
- Une personne désignée par et issue du Conseil des infirmières et infirmiers.
- Un membre parmi les employés du secteur d'assistance (préposés aux bénéficiaires et auxiliaires familiales).
- Un membre parmi les employés du secteur bureau et entretien.
- Deux personnes désignées par et issues du Conseil multidisciplinaire.
- Le directeur général en tant que membre d'office.



Jocelyne Racine
Présidente

RESSOURCES HUMAINES AU CSSSHY

Effectifs de l'établissement en équivalents temps complet		
	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres : (en date du 31 mars)		
Temps complet (sauf les personnes en stabilité d'emploi) (Note 1)	66	69
Temps partiel (Note 1) Nombre de personnes : Équivalents temps complet (Note 4) (sauf les personnes en stabilité d'emploi)	14	9
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0

Les employés réguliers : (en date du 31 mars)

Temps complet (sauf les personnes en sécurité d'emploi) (Note 2)	819	830
Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (Note 4) (sauf les personnes en sécurité d'emploi)	289	292
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0

Les occasionnels :

Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	495 374	514 602
Équivalents temps complet (Notes 3 et 4)	271	282

Note 1: excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 2: excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

Note 3: les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

Note 4: pour les lignes L.03, L.07 et L.10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	-	-\$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	4	3 017 801 \$
Total des contrats de services	4	3 017 801 \$

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

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

Gestion et contrôle des effectifs

	Employés réguliers : (en date du 31 mars)
Cible Heures rémunérées entre janvier et mars 2014 ¹	223 124
Réel Heures rémunérées entre janvier et mars 2015 ²	227 782
Écart des heures rémunérées	(4 658)

1: Selon les données fournies par le MSSS janvier 2015

2: Selon les informations extraites des rapports de la masse salariale en provenance du fournisseur de paie

Le nombre d'heures rémunérées entre janvier et mars 2015 ne respecte pas la cible fixée par le MSSS.

Le dépassement d'heures rémunérées est de 4 658, soit 2 607 heures rémunérées et 2 051 heures supplémentaires.

La cible établie par le MSSS n'inclut pas les heures rémunérées effectuées par la main-d'œuvre indépendante.

Le dépassement d'heures rémunérées est principalement constaté au niveau du personnel infirmier, du personnel professionnel médical et du personnel d'entretien et de service, incluant les ouvriers.

Le dépassement constaté entre janvier et mars 2015 est relié aux éléments suivants :

Hausse de la surveillance médicale d'usagers hospitalisés reliés aux conditions médicales prescrites par le corps médical

Nombre important de grandes desinfections en lien avec l'éclosion de bactéries multirésistantes

Pourcentage d'occupation des lits au permis à plus de 107 % en courte durée

Hausse des jours/présence en courte durée

Hausse des heures rémunérées du personnel en assurance-salaire.

Annualisation des services liés aux ententes de gestion pour lesquelles un financement a été octroyé par le MSSS.

Les mesures mises en œuvre sont :

Suivi budgétaire périodique des heures travaillées et rémunérées;

Lors de cas exceptionnels : procédures et suivi de gestion pour l'ajout de personnel en sus de la structure budgétée.

BÉNÉVOLAT

Le CSSSHY compte près de 200 bénévoles et environ 40 auxiliaires bénévoles. Ils sont présents auprès des patients et des résidents des différents services, tels que l'hébergement, l'oncologie, les soins palliatifs, la petite enfance, la vaccination et autres. En partenariat avec les intervenants des soins et des services, leurs actions prennent différentes formes : réconfort et écoute, aide à l'alimentation et aux déplacements, aide technique et logistique, accueil lors d'activités de loisirs, culturelles, physiques, sociales, spirituelles, décoration thématique des milieux de vie et autres. Par ailleurs, les fonds amassés par les auxiliaires bénévoles sont investis dans l'achat d'équipements pour les soins et services de même que pour contribuer au plan quinquennal de la Fondation du Centre hospitalier de Granby.

D'autres bénévoles investissent temps et énergie au Conseil d'administration ou à divers comités de l'établissement. Leur engagement assure la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés ainsi que le respect des droits des usagers.

La Direction de l'établissement remercie l'ensemble des bénévoles pour leur implication, leur assiduité et leur persévérance à offrir un complément aux services offerts par le CSSSHY avec, comme objectif ultime, le bien-être des usagers et des résidents.



www.fondationchg.org

[fondationchg](https://www.facebook.com/fondationchg)

Conseil d'administration

Comité exécutif

Pierrette Grenier	Présidente
Benoit Dulude	Vice-Président
Jacques Frégeau	Trésorier
Martin Roy	Secrétaire
Elias Kassab	Président sortant

Administrateurs

Geneviève Bédard	Nicolas Forand
Stéphanie Bourgeois	Blanche Gauthier Marcotte
Nancy Brodeur	Stéphanie Hébert
Rémi Brassard	André Thibault

PLUS QUE JAMAIS AU COEUR DES GENS D'ICI

Depuis sa création il y a 31 ans, la Fondation du Centre hospitalier de Granby a pu compter sur l'appui de milliers généreux donateurs qui ont toujours eu à cœur la qualité des soins offerts dans la région de la Haute-Yamaska.

Depuis 1984, la Fondation du CHG a récolté près de 15 millions \$ qui ont permis d'acquérir des équipements et d'améliorer les infrastructures et les services de santé dans la région.

PARTENAIRES EN SANTÉ

En novembre 2013, la Fondation du CHG a lancé la plus importante Campagne de financement de son histoire.

- L'objectif de cette troisième Campagne majeure a été fixé à 10 millions \$.
- Les fonds amassés permettront :
- La création d'une nouvelle Unité des soins intensifs/Centre Mère-Enfant au Centre hospitalier de Granby ;
- L'aménagement de cliniques spécialisées en soins ambulatoires ;
- L'achat d'équipements de nouvelle technologie en imagerie médicale ;
- L'acquisition d'autres équipements.

Cette Campagne quinquennale (2013-2017) a donné lieu jusqu'à maintenant à une vaste mobilisation régionale qui illustre l'engagement et l'appartenance des gens de la région face à une cause aussi noble que celle de la santé.

ACTIVITÉS-BÉNÉFICE VARIÉES

Les activités-bénéfice représentent près du tiers des revenus annuels de la Fondation du CHG et permettent de recueillir annuellement près de 400 000\$:

- Dégustation de pâté chinois
- Défi « EnBarque pour ta Fondation »
- Festin-Homard
- Partie d'huîtres
- Concert de Noël
- Loto-Fondation

REMERCIEMENTS

Les succès de la Fondation du CHG reposent sur l'appui indéfectible de généreux donateurs, commanditaires, bénévoles et employés. Leurs dons et leur implication contribuent à l'amélioration des soins et des services de santé dans la région de la Haute-Yamaska.

Personnel de la Fondation du Centre hospitalier de Granby



De gauche à droite :
Benoit Chabot, responsable des événements et des communications
André Larocque, directeur général, MBA, Adm.A.
Caroline Ouimette, adjointe administrative

Crédits Photo : Gracieuseté d'Elise Racine, photographe



Conseil d'administration

Comité exécutif

Marc Breton	Président
Micheline Vallières	Vice-présidente
Martin Lemieux	Trésorier
Louis Choinière	Président sortant
André Hamel	Secrétaire

Administrateurs

Jean-Pierre Beaudry	Pierrette Grenier
Suzanne Côté	Danielle Picard
Rémi Brassard	Jean-Marc Savoie

La Fondation Horace-Boivin - Centres d'hébergement est le partenaire du CSSH Y dans le développement et le maintien de places en hébergement.

Depuis sa création en 1989, la Fondation Horace-Boivin compte plusieurs réalisations à son actif. Chaque projet a été exécuté en gardant en mémoire sa mission, soit de pourvoir aux besoins en hébergement tout en respectant les normes les plus sévères de sécurité, de confort et d'ergonomie pour les résidents et le personnel qui y travaille, en demeurant un milieu de vie adapté.

Depuis, la Fondation a investi plus de 10 millions de dollars dans des acquisitions de terrains, dans la construction de centres d'hébergement, dans l'achat et la transformation d'édifices existants :

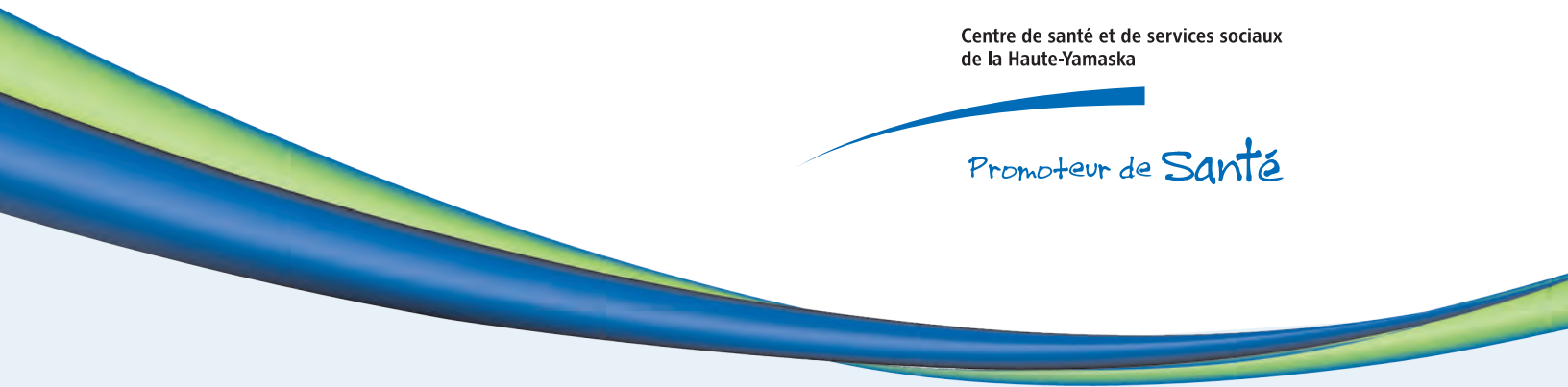
Domaine Vittie & Desjardins	Maison Bergeron Jetté
Pavillon Jules Crevier	Le Romarin, ressource intermédiaire en santé mentale
Pavillon Omer-Deslauriers	Pavillon Louis G. Choinière

Ces résidences accueillent 134 personnes nécessitant du soutien et des soins particuliers, à l'extérieur d'un cadre institutionnel conventionnel.

D'autres immeubles appartenant à la Fondation ont été aménagés et servent aux autres missions du CSSH de la Haute-Yamaska :

le CLSC St-Joseph (Petite Enfance)	le CLSC Bromont
le Quartier (prêts d'équipements pour maintien à domicile)	le nouveau stationnement du Centre Villa-Bonheur.

Toujours à l'écoute des changements imposés par une population vieillissante, nos projets se multiplient et se diversifient. Notre collaboration avec le CSSH de la Haute-Yamaska nous permet d'offrir notre expertise pour assurer aux personnes vivant une perte d'autonomie un « chez soi » de qualité.



Centre de santé et de services sociaux
de la Haute-Yamaska

Promoteur de Santé

ÉTATS FINANCIERS AU 31 MARS 2015



ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS



Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
190, rue Déragon
Granby QC J2G 5H9
Canada

Tél. : 450-372-3347
Télec. : 450-372-8643
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux responsables de la gouvernance du
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie de 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 la Haute-Yamaska de l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015 (voir ci-dessous).

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 du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska.

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, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

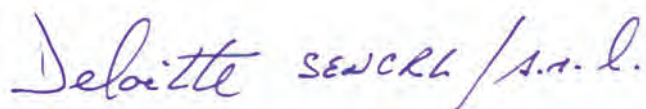
À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska de l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska de l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées.

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

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 12 juin 2015, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider le Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

A handwritten signature in purple ink that reads "Deloitte" followed by "sewck / s.r.l." in a cursive script.

Le 16 juin 2015

¹FCCA auditeur, FCA, permis de comptabilité publique n° A104299

ÉTAT DES RÉSULTATS EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

	Budget	Exploitation	Immobilisations	31 MARS 2015	31 MARS 2014
¹ REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	142 057 346	140 341 019	5 973 809	146 314 828 \$	142 963 888 \$
Subventions Gouvernement du Canada	118 113	60 091	-	60 091	118 110
Contributions des usagers	7 962 296	8 121 202	-	8 121 202	7 666 720
Ventes de services et recouvrements	1 870 924	2 280 975	-	2 280 975	2 071 753
Donations	960 000	215 392	870 281	1 085 673	925 324
Revenus de placement	34 000	122 574	-	122 574	81 172
Revenus de type commercial	230 000	185 236	-	185 236	155 688
Gain sur disposition	-	-	1 546	1 546	-
Autres revenus	1 509 823	548 317	143	548 460	967 720
	154 742 502	151 874 806	6 845 779	158 720 585	154 950 375
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	101 728 207	105 154 824	-	105 154 824	99 611 211
Médicaments	4 754 470	5 364 045	-	5 364 045	4 496 175
Produits sanguins	4 338 969	3 319 192	-	3 319 192	3 468 016
Fournitures médicales et chirurgicales	6 135 602	6 592 708	-	6 592 708	6 467 506
Denrées alimentaires	1 520 158	1 471 134	-	1 471 134	1 517 233
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	8 185 194	9 079 010	-	9 079 010	7 952 043
Frais financiers	2 000 000	-	1 986 400	1 986 400	1 972 773
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	1 879 526	2 102 789	483 279	2 586 068	2 382 663
Créances douteuses	-	45 011	-	45 011	31 969
Loyers	897 158	850 337	-	850 337	862 116
Amortissement des immobilisations	5 100 000	-	4 901 179	4 901 179	5 023 482
Autres charges	18 733 218	17 861 426	-	17 861 426	18 255 733
	155 272 502	151 840 476	7 370 858	159 211 334	152 040 920
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(530 000)	34 330	(525 079)	(490 749) \$	2 909 455 \$
¹ Montants reçus des Fondations :					
Fonds d'exploitation				2 680 \$	47 719 \$
Montants alloués des Fondations :					
Fonds d'immobilisations				297 557	100 103

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU 31 MARS 2015

SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(1 587 732)	8 988 286	7 400 554 \$	4 491 099 \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	-	-	-	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	(1 587 732)	8 988 286	7 400 554	4 491 099
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	34 330	(525 079)	(490 749)	2 909 455
Autres variations				
Transferts interfonds		-	-	-
² SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	(1 553 402)	8 463 207	6 909 805 \$	7 400 554 \$

² Les surplus cumulés au 31 mars constituent un solde non affecté.

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2015

	Exploitation	Immobilisations	31 MARS 2015	31 MARS 2014
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	10 887 120	626 534	11 513 654 \$	9 019 215 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	4 604 465	609 616	5 214 081	6 757 532
Autres débiteurs	1 468 790	244 009	1 712 799	1 677 611
Créances interfonds (dettes interfonds)	(6 135 155)	6 135 155	-	-
Subvention à recevoir - réforme comptable	9 667 991	4 872 351	14 540 342	13 422 345
Frais reportés liés aux dettes	-	149 308	149 308	95 631
Autres éléments	7 202	-	7 202	-
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	20 500 413	12 636 973	33 137 386	30 972 334
PASSIFS				
Emprunts temporaires	-	6 654 969	6 654 969	7 040 208
Autres créditeurs et autres charges à payer	13 503 407	2 597 928	16 101 335	13 941 570
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	-	5 048 860	5 048 860	2 854 558
Intérêts courus à payer	-	609 616	609 616	603 653
Revenus reportés	235 077	5 484 672	5 719 749	6 700 190
Dettes à long terme	-	58 715 506	58 715 506	54 726 177
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	11 406 303	-	11 406 303	10 893 315
Autres éléments	57 053	-	57 053	116 998
TOTAL DES PASSIFS	25 201 840	79 111 551	104 313 391	96 876 669
DETTE NETTE	(4 701 427)	(66 474 578)	(71 176 005)	(65 904 335)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	-	74 851 396	74 851 396	70 120 661
Stocks de fournitures	1 880 344	-	1 880 344	1 851 275
Frais payés d'avance	1 267 681	86 389	1 354 070	1 332 953
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	3 148 025	74 937 785	78 085 810	73 304 889
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(1 553 402)	8 463 207	6 909 805 \$	7 400 554 \$

ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE AU 31 MARS 2015

DETTE NETTE AU DÉBUT REDRESSÉE	(71 972 638)	(4 739 273)	(61 165 062)	(65 904 335) \$	(67 072 638) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	-	34 330	(525 079)	(490 749) \$	2 909 455 \$
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:					
Acquisitions	(10 500 000)	-	(9 667 811)	(9 667 811) \$	(6 258 963) \$
Amortissement de l'exercice	5 100 000	-	4 901 179	4 901 179	5 023 482
Perte sur dispositions	-	-	(1 546)	(1 546)	76 100
Produits sur dispositions	-	-	37 443	37 443	8 984
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	(5 400 000)	-	(4 730 735)	(4 730 735)	(1 150 397)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:					
Acquisition de stocks de fournitures	-	(1 880 344)	-	(1 880 344) \$	(1 851 275) \$
Acquisition de frais payés d'avance	-	(1 267 681)	(86 389)	(1 354 070)	(1 332 953)
Utilisation de stocks de fournitures	-	1 851 275	-	1 851 275	1 624 300
Utilisation de frais payés d'avance	-	1 300 266	32 687	1 332 953	969 173
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	-	3 516	(53 702)	(50 186)	(590 755)
DIMINUTION (AUGMENTATION) DE LA DETTE NETTE	(5 400 000)	37 846	(5 309 516)	(5 271 670)	1 168 303
DETTE NETTE À LA FIN	(77 372 638)	(4 701 427)	(66 474 578)	(71 176 005) \$	(65 904 335) \$

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT

Surplus (déficit) de l'exercice

ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE

Stocks de fournitures et frais payés d'avance	(50 186)	(590 755)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	(1 546)	76 100
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(870 281)	(862 056)
Amortissement des immobilisations	4 901 179	5 023 482
Amortissement de l'escompte et de la prime sur la dette	30 719	13 428
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	(1 124 089)	(1 294 507)
Autres	45 011	31 969
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	2 930 807	2 397 661
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	3 482 731	3 907 215
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	5 922 789	9 214 331

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Acquisitions d'immobilisations	(7 069 883)	(4 536 573)
Produits de disposition d'immobilisations	37 443	8 984
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	(7 032 440)	(4 527 589)

ACTIVITÉS DE FINANCEMENT

Dettes à long terme:		
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	13 316 176	9 420 901
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(2 772 642)	(2 668 186)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	(6 554 205)	(6 237 518)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	-	40 510
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:		
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	6 570 858	5 501 483
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	6 555 374	411 600
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(195 297)	(189 117)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	(13 316 174)	(3 594 983)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	3 604 090	2 684 690
AUGMENTATION DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	2 494 439	7 371 432
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	9 019 215	1 647 783
¹ TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	11 513 654 \$	9 019 215

VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:

Débiteurs Agence - MSSS	1 543 451	3 880 769
Autres débiteurs	(80 199)	(16 660)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	6 092	9 471
Frais reportés liés aux dettes	(84 396)	(41 648)
Autres éléments d'actifs	(7 202)	86 064
Autres créditeurs et autres charges à payer	(438 163)	(1 223 326)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	2 194 302	975 296
Intérêts courus à payer	5 963	(12 628)
Revenus reportés	(110 160)	388 021
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	512 988	(94 007)
Autres éléments de passifs	(59 945)	(44 137)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	3 482 731	3 907 215

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	2 597 928	1 722 390
Intérêts:		
Intérêts créditeurs (revenus)	(1 881 779)	(1 901 563)
Intérêts encaissés (revenus)	1 875 816	1 907 243
Intérêts débiteurs (dépenses)	1 955 681	1 958 835
Intérêts déboursés (dépenses)	(1 948 545)	(1 971 463)

¹ La trésorerie et les équivalents de trésorerie à la fin comprennent de l'encaisse seulement.

ÉTAT DES RÉSULTATS

EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

FONDS D'EXPLOITATION	Budget	Activités principales	Activités accessoires	31 MARS 2015		31 MARS 2014	
REVENUS							
Subventions Agence et MSSS	136 102 346	139 287 062	1 053 957	140 341 019	\$	136 986 616	\$
Subventions Gouvernement du Canada	118 113	-	60 091	60 091		118 110	
Contributions des usagers	7 992 884	8 121 202	-	8 121 202		7 666 720	
Ventes de services et recouvrements	1 870 924	2 280 975	-	2 280 975		2 071 753	
Donations	70 000	215 392	-	215 392		63 268	
Revenus de placement	34 000	122 574	-	122 574		81 172	
Revenus de type commercial	301 000	-	185 236	185 236		155 688	
Autres revenus	1 383 921	371 097	177 220	548 317		967 699	
	147 873 188	150 398 302	1 476 504	151 874 806		148 111 026	
CHARGES							
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	101 728 207	104 073 259	1 081 565	105 154 824		99 611 211	
Médicaments	4 754 470	5 364 045	-	5 364 045		4 496 175	
Produits sanguins	4 338 969	3 319 192	-	3 319 192		3 468 016	
Fournitures médicales et chirurgicales	6 135 602	6 592 708	-	6 592 708		6 467 506	
Denrées alimentaires	1 520 158	1 471 134	-	1 471 134		1 517 233	
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	8 185 194	9 079 010	-	9 079 010		7 952 043	
Frais financiers	-	-	-	-		511	
Entretien et réparations	1 604 526	2 102 789	-	2 102 789		2 208 327	
Créances douteuses	-	45 011	-	45 011		31 969	
Loyers	897 158	850 337	-	850 337		862 116	
Autres charges	18 708 904	17 492 063	369 363	17 861 426		18 255 733	
	147 873 188	150 389 548	1 450 928	151 840 476		144 870 840	
SURPLUS DE L'EXERCICE	-	8 754	25 576	34 330	\$	3 240 186	\$

LE CSSHY EN RÉSUMÉ

Exercice terminé le 31 mars 2015

Jours-présence

CH

courte durée

CHSLD

en ressources institutionnelles

en ressources non institutionnelles

TOTAL

Usagers

admis en centre hospitalier

services de santé en CLSC

services sociaux en CLSC

services à domicile

Nombre de lits dressés en soins

de courte durée

de courte durée - en attente d'hébergement

de longue durée

d'hébergement temporaire

Durée moyenne de séjour (jours)

Soins généraux et spécialisés

Soins psychiatriques

Natalité

Pourcentage d'occupation (lits au permis)

de courte durée

de longue durée

Effectifs médicaux

Spécialistes

Omnipraticiens

Ressources humaines

Heures travaillées totales

Heures rémunérées totales

Personnel cadre

Temps complet

Temps partiel

Équivalents temps complet

Personnel régulier

Temps complet

Temps partiel

Équivalents temps complet

Occasionnels

Équivalents temps complet

TOTAL - équivalents temps complet

TOTAL - nombre de personnes

2014-2015

2013-2014

59 108

56 393

99 615

106 514

68 804

62 524

168 419

169 038

6 260

6 357

25 739

25 271

3 589

3 215

3 682

3 413

150

150

12

12

275

269

2

2

9,20¹

8,94

25,48¹

24,42

2,48

2,57

107,96%¹

103,00%

90,07%

96,31%

67

62

74

74

2 380 424

2 359 929

3 198 450

3 133 333

66

69

14

9

9,26

7,26

819

830

704

713

288,54

292,23

271,14

281,66

1 454

1 480

1 874

1 903

¹ Incluant les usagers en attente d'hébergement occupant des lits de courte durée

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2).

Il opère selon les permis émis par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés incluant une installation pour les services externes de santé mentale, cinq centres d'hébergement et de soins de longue durée, six centres locaux de services communautaires, un centre de jour et des cliniques externes.

Le siège social de l'établissement est situé au 205 boul. Leclerc Ouest à Granby, province de Québec.

Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la Haute-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 1er 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 l'Estrie-CHUS qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS 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*, à l'exception de l'élément suivant :

- les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures (autrefois la Société immobilière du Québec – SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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

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

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, le passif au titre des avantages sociaux futurs, le passif relié aux ajustements rétrospectifs en CSST et le passif pour coûts éventuels reliés aux griefs.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

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 opération 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 passés 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 et 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. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

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 dépenses de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaliser 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 1er 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 présentés à la note complémentaire 5.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuilles 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.

i. 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.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. 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.

iv. Créiteurs et autres charges à payer

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

v. 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.

vi. 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-salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres

avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors-cadre.

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées selon le passif déterminé par le MSSS à l'aide de la méthode du « profil » basé sur les invalidités réelles du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska (CSSHYS). La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

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

iii. Provision pour congés de maladie

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

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

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

iv. Régime de retraite

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

La comptabilité des 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 MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers étant 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 :

Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	12 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

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

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 nette de réalisation. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

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 :

- le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) ;
- le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux 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. Aucun frais de gestion ne peut être chargé 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 qu'un 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.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

- 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 de ces 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-centres 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 n'a pas respecté cette obligation légale.

Le déficit du fonds d'immobilisations est lié à l'amortissement des transferts du fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations des années précédentes.

NOTE 4 - DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

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

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 – EMPRUNTS TEMPORAIRES

	Exercice courant 31 mars 2015	Exercice précédent 31 mars 2014
Financement temporaire auprès de la SQI, relatif à des projets immobiliers mandatés, portant intérêt à la moyenne des taux des acceptations bancaires canadiennes d'un mois majoré de 0,05% (1,048% au 31 mars 2015)	101 592 \$	31 963 \$
Financement temporaire auprès de Fonds de Financement, relatif à des projets immobiliers mandatés, portant intérêt à la moyenne des taux des acceptations bancaires canadiennes d'un mois majoré de 0,05% (1,048% au 31 mars 2015)	3 000 000 \$	3 000 000 \$
Financement temporaire auprès de Fonds de Financement relatif à des montants reçus d'avril à septembre, portant intérêt à la moyenne des taux des acceptations bancaires canadiennes d'un mois majoré de 0,05% (1,048% au 31 mars 2015)	3 553 377 \$	4 008 245 \$
Total des emprunts temporaires	6 654 969 \$	7 040 208 \$

NOTE 7 - DETTES À LONG TERME

BILLET À TERME :	Exercice courant 31 mars 2015	Exercice précédent 31 mars 2014
Billet à terme	-	6 513 471 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en juin 2034 par versements annuels d'un montant de 782 921 \$ plus des intérêts au taux de 4,991 %	15 658 421 \$	16 441 342 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en décembre 2016 par 5 versements annuels d'un montant de 174 593 \$ ainsi qu'un versement final de 3 491 859 \$ plus des intérêts au taux de 2,817 %	3 666 452 \$	3 841 045 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en juin 2016 par 5 versements annuels d'un montant de 87 916 \$ ainsi qu'un versement final de 1 318 747 \$ plus des intérêts au taux de 2,880 %	1 406 664 \$	1 494 580 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en décembre 2017 par 5 versements annuels d'un montant de 188 945 \$ ainsi qu'un versement final de 3 778 894 \$ plus des intérêts au taux de 3,418 %	4 156 784 \$	4 345 729 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en décembre 2017 par 5 versements annuels d'un montant de 243 034 \$ ainsi qu'un versement final de 4 860 684 \$ plus des intérêts au taux de 2,472 %	5 346 752 \$	5 589 787 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en avril 2017 par 5 versements annuels d'un montant de 191 787 \$ ainsi qu'un versement final de 1 497 711 \$ plus des intérêts au taux de 1,8972 %	1 881 285 \$	2 073 072 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en décembre 2019 par 6 versements annuels d'un montant de 198 079 \$ ainsi qu'un versement final de 3 538 420 \$ plus des intérêts au taux de 2,437 %	4 330 737 \$	4 528 816 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en décembre 2018 par 4 versements annuels d'un montant de 468 666 \$ ainsi qu'un versement final de 7 546 236 \$ plus des intérêts au taux de 2,2169 %	8 952 235 \$	9 420 901 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en septembre 2018 par 4 versements annuels d'un montant de 102 900 \$ plus des intérêts au taux de 1,874 %	411 600 \$	-
Billet à terme remboursable jusqu'en août 2019 par 4 versements annuels d'un montant de 391 863 \$ ainsi qu'un versement final de 4 554 157 \$ plus des intérêts au taux de 2,1413 %	6 121 608 \$	-
Billet à terme remboursable jusqu'en septembre 2024 par 9 versements annuels d'un montant de 254 015 \$ ainsi qu'un versement final de 4 064 237 \$ plus des intérêts au taux de 3,058 %	6 350 371 \$	-
Billet à terme remboursable jusqu'en mars 2022 par 7 versements annuels d'un montant de 61 800 \$ plus des intérêts au taux de 2,489 %	432 597 \$	-
Total des billets à terme	58 715 506 \$	54 248 743 \$
Emprunt hypothécaire	-	477 434 \$
TOTAL DES DETTES À LONG TERME :	58 715 506 \$	54 726 177 \$

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 :

31 mars 2016	3 146 519 \$
31 mars 2017	7 694 616 \$
31 mars 2018	12 397 533 \$
31 mars 2019	9 337 813 \$

31 mars 2020	9 191 313 \$
--------------	--------------

NOTE 8 - PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant 31 mars 2015	Exercice précédent 31 mars 2014
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0,57 %	1,14 %
Inflation	1 %	0 %
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 31 mars 2015				Exercice précédent 31 mars 2014
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	(9 162 827 \$)	9 735 767 \$	9 368 493 \$	(9 530 101 \$)	(9 162 827 \$)
Assurance-salaire	(1 352 621 \$)	3 474 656 \$	3 325 302 \$	(1 501 975 \$)	(1 352 621 \$)
Provision pour maladie	(282 541 \$)	1 529 209 \$	1 503 070 \$	(308 680 \$)	(282 541 \$)
Droits parentaux	(95 326 \$)	362 662 \$	392 441 \$	(65 547 \$)	(95 326 \$)
Allocation rétention hors-cadre	-	-	-	-	-
Total	(10 893 315 \$)	15 102 294 \$	14 589 306 \$	(11 406 303 \$)	(10 893 315 \$)

NOTE 9 - IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant 31 mars 2015			Exercice précédent 31 mars 2014
	Coût	Amortisse- ment cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	1 138 246 \$	-	1 138 246 \$	1 138 246 \$
Aménagement des terrains	189 316 \$	66 915 \$	122 401 \$	121 415 \$
Améliorations locatives	767 483 \$	767 483 \$	-	-
Bâtiments	27 204 822 \$	2 387 855 \$	24 816 967 \$	25 300 575 \$
Améliorations majeures aux bâtiments	49 549 369 \$	23 128 765 \$	26 420 604 \$	24 623 786 \$
Matériels et équipements	16 492 102 \$	13 947 487 \$	2 544 615 \$	1 516 403 \$
Équipements spécialisés	32 315 441 \$	19 229 581 \$	13 085 860 \$	12 659 091 \$
Matériel roulant	16 117 \$	4 835 \$	11 282 \$	14 505 \$
Développement informatique	569 148 \$	341 286 \$	227 862 \$	341 692 \$
Réseau de télécommuni- cation	-	-	-	-
Location- acquisition	-	-	-	-
Projets en cours	6 483 559 \$	-	6 483 559 \$	4 404 948 \$
Total	134 725 603 \$	59 874 207 \$	74 851 396 \$	70 120 661 \$

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, les 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 présentées 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 10 – 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 (découvert bancaire), les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs ainsi que la subvention à recevoir (perçue d'avance) – 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 31 mars 2015	Exercice précédent 31 mars 2014
Encaisse (découvert bancaire)	11 513 654 \$	9 019 215 \$
Placements temporaires	-	-
Débiteurs - Agences et MSSS	5 214 081 \$	6 757 532 \$
Autres débiteurs	1 712 799 \$	1 677 611 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	14 540 342 \$	13 422 345 \$
Placements de portefeuille	-	-
Total	32 980 876 \$	30 876 703 \$

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides 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 (perçue d'avance)-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 diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, de l'Agence de revenu du Canada, de Revenu Québec et de la Fondation du CHG 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 les comptes en souffrance à une agence de collection. 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 19 % pour le présent exercice et 15 % pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

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

	Exercice courant 31 mars 2015	Exercice précédent 31 mars 2014
Autres débiteurs non en souffrance	1 712 799 \$	1 677 611 \$
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	90 \$	414 \$
De 30 à 59 jours	7 488 \$	3 517 \$
De 60 à 89 jours	5 006 \$	1 758 \$
De 90 jours et plus	160 416 \$	186 811 \$
Sous-total	173 000 \$	192 500 \$
Provision pour créances douteuses	(173 000 \$)	(192 500 \$)
Sous-total	-	-
Total des autres débiteurs	1 712 799 \$	1 677 611 \$

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

	Exercice courant 31 mars 2015	Exercice précédent 31 mars 2014
Solde au début de la provision pour créances douteuses:	192 500 \$	165 000 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	47 725 \$	34 367 \$
Montants recouverts	(2 714 \$)	(2 575 \$)
Radiation des comptes-clients	(64 511 \$)	(4 292 \$)
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	173 000 \$	192 500 \$

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

Risque de liquidités :

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 31 mars 2015	Exercice précédent 31 mars 2014
De moins de 6 mois	15 669 363 \$	13 519 950 \$
De 6 mois à 1 an :	215 986 \$	210 810 \$
De 1 à 3 ans :	215 986 \$	210 810 \$
De 3 à 5 ans :	-	-
De plus de 5 ans :	-	-
Total des autres créditeurs	16 101 335 \$	13 941 570 \$

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 deux types de risque : le risque de change et le risque de taux d'intérêt. L'établissement est exposé aux risques suivants :

i. Risque de change :

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

NOTE 10 – GESTION DES RISQUES FINANCIERS (suite)

Le risque de change est minime car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises étrangères.

ii. 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 31 mars 2015	Exercice précédent 31 mars 2014
Emprunts temporaires	6 654 969 \$	7 040 208 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence- enveloppes décentralisées	5 048 860 \$	2 854 558 \$
Dettes à long terme	58 715 506 \$	54 726 177 \$

La totalité des emprunts temporaires portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 63 764 366 \$, un montant de 5 048 860 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont au taux des acceptations bancaires + 0,03 %. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par l'Agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 58 715 506 \$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. La totalité de ce montant représente 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'intérêt.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins

de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

NOTE 11 - BIENS DÉTENUS À TITRE DE FIDUCIAIRE

À titre de fiduciaire, l'établissement administre des biens au profit des bénéficiaires. Les biens sont essentiellement constitués d'encaisse.

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

NOTE 12 - 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 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. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du AS-471.

NOTE 13 - ENGAGEMENTS

Bail de location d'immeubles signé avec la SQI

L'établissement s'est engagé auprès de la Société québécoise des infrastructures (SQI) à verser un loyer annuel pour l'occupation des locaux suivants :

- Centre Marie-Berthe Couture sis au 230 rue Davignon, Granby
- CLSC Yvan Duquette sis au 294 rue Deragon, Granby
- Point de service CLSC sis au 363 rue Notre-Dame, Granby
- Centre de Waterloo sis au 5300 rue Courville, Waterloo

Ces baux, ont une durée de 15 ans, débutant le 1^{er} avril 2000 et se terminant le 31 mars 2015. Une option de renouvellement automatique est prévue afin qu'à l'expiration de la durée initiale, une période additionnelle d'une durée de cinq ans soit ajoutée, à moins d'un avis écrit remis un an avant la fin de la durée initiale. Selon une entente, le MSSS s'est engagé à verser les montants du loyer directement à la Société québécoise des infrastructures. (Réf.P.390 L.05 C.03)

Le total des paiements minimums en vertu du bail pour les cinq prochains exercices se chiffre à 2 302 845 \$ et se détaille comme suit :

31 mars 2016	460 569 \$
31 mars 2017	460 569 \$
31 mars 2018	460 569 \$
31 mars 2019	460 569 \$
31 mars 2020	460 569 \$

Autres baux – location de sites externes

Les engagements pris par l'établissement pour des sites externes, en vertu de baux, totalisent 2 368 410 \$. Les contrats viennent à échéance à différentes dates jusqu'en mars 2023. Les paiements minimums pour les prochains exercices se détaillent comme suit :

31 mars 2016	605 669 \$
31 mars 2017	542 958 \$
31 mars 2018	447 914 \$
31 mars 2019	382 532 \$
31 mars 2020	159 601 \$

Contrats pour l'approvisionnement en biens ou services.

L'établissement s'est engagé d'après des contrats d'entretien d'équipements échéant entre 2020-2025 à verser une somme de 5 625 481 \$ durant cette période. Les paiements minimums exigibles pour les cinq prochains exercices s'élèvent à :

31 mars 2016	3 376 291 \$
31 mars 2017	1 055 531 \$
31 mars 2018	606 570 \$
31 mars 2019	441 291 \$
31 mars 2020	144 251 \$

Contrats pour l'approvisionnement en biens ou services – RI-RTF-RNI.

L'établissement s'est engagé d'après des ressources intermédiaires ou de types familiales échéant entre 2020-2025 à verser une somme de 58 037 332 \$ durant cette période. Les paiements minimums exigibles pour les cinq prochains exercices s'élèvent à :

31 mars 2016	7 181 519 \$
31 mars 2017	7 352 762 \$
31 mars 2018	7 039 743 \$
31 mars 2019	7 002 480 \$
31 mars 2020	6 755 233 \$

NOTE 14 – MESURES DE FIN D'ENGAGEMENT – PERSONNEL D'ENCADREMENT

Mesures de fin d'engagement reliées au départ de quatre cadres. Les coûts reliés à ces mesures de fin d'engagement ont tous été comptabilisés au

s-c/a 7906. Les passifs reliés aux mesures de fin d'engagement ont été comptabilisés au 31 mars 2014 et 2015. Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015, les ententes ont toutes été signées.

Ententes de paie de séparation (présentées au s-c/a 7906) :

Montant total que l'établissement s'attend à encourir	357 450 \$
Montant encouru au cours de la période	97 905 \$
Montant cumulatif encouru à ce jour	208 823 \$
Passif relié aux mesures de fin d'engagement au 31 mars 2014	167 719 \$
Montant versé au cours de l'exercice	116 997 \$
Nouvelles ententes de fin d'engagement dans l'exercice	97 905 \$
Passif relié aux mesures de fin d'engagement au 31 mars 2015	148 627 \$

Mesures de fin d'engagement reliées au départ de huit cadres suite à la Loi 10. Les coûts reliés à ces mesures de fin d'engagement ont tous été comptabilisés au s-c/a 7906. Les passifs reliés aux mesures de fin d'engagement ont été comptabilisés au 31 mars 2015. Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015, les ententes ont toutes été signées.

Abolition de postes suite à la Loi 10 :

Montant total que l'établissement s'attend à encourir	716 268 \$
Montant encouru au cours de la période	-
Montant cumulatif encouru à ce jour	-
Passif relié aux mesures de fin d'engagement au 31 mars 2014	-
Montant versé au cours de l'exercice	-
Nouvelles ententes de fin d'engagement dans l'exercice	716 268 \$
Passif relié aux mesures de fin d'engagement au 31 mars 2015	716 268 \$

NOTE 15 - OPÉRATIONS NON MONÉTAIRES

Au cours de l'exercice, l'établissement a effectué des transactions sans effet sur la trésorerie. Des acquisitions d'immobilisations de 2 597 928 \$ ont été effectuées en contrepartie de comptes à payer.

NOTE 16 - CHIFFRES COMPARATIFS

Certaines données de l'exercice précédent ont été reclassées afin que leur présentation soit conforme à celle adoptée pour l'exercice courant.

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

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX-20XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2015		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonne 5, 6 et 7 :			
R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			R : pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la SQI sont comptabilisés à titre de contrats de location-exploitation plutôt que comme contrats de location-acquisition	2011-2012	R	Aucune, car directive du MSSS			X
Lacune au niveau des procédures de gestion des privilèges d'accès	2011-2012	O	Pour l'applications GRM - Exercice 2015-2016 : - Pour le module GRM seulement, il y avait 2 pilotes dont 1 gestionnaire et 1 acheteur avec des droits identiques. - En 2015-2016, une création de profil s'est ajoutée : Pilote-Adjoint. Ce pilote-adjoint a des droits d'autorisation et de modifications de privilèges ainsi que les droits de création-modification-suppression d'un utilisateur. Toutefois, lors de la prise de vacances dudit pilote-adjoint, le gestionnaire se verra octoyer la tâche de création-modification-suppression d'un utilisateur avec des dates temporaires de profil pour assurer le service auprès des utilisateurs. Le tout sera rétabli par le gestionnaire au retour de vacances du pilote-adjoint. La révision périodique effectuée par le gestionnaire sera documentée. Pour l'applications GRF - Exercice 2015-2016 : - Les deux pilotes (gestionnaires) effectuent au moins deux révisions périodiques (base annuelle) des utilisateurs et privilèges afin de s'assurer que le suivi des modifications de la structure des postes et des remplacements à long terme octoyés au sein de l'établissement ait été effectué adéquatement. Les révisions périodiques seront documentées.			X
Lacune au niveau de la procédure de gestion des changements aux applications et systèmes informatiques	2011-2012	O	Avant le 1 ^{er} avril 2015, il n'y avait pas de politique et procédure pour les changements majeurs clarifiant les processus et les responsabilités qui en découlent. Toutefois, les changements majeurs sont inscrits dans le logiciel GLPI permettant de retracer ces changements.		X	
Lacune au niveau de la sécurité physique des copies de sauvegardes	2014-2015	O	L'entreposage des cassettes de sauvegardes, anciennement effectué dans la voûte de l'hôpital, a été modifié durant l'exercice 2014-2015. Maintenant, les cassettes de sauvegardes des données cliniques et d'une partie des données administratives sont entreposées dans la salle des serveurs du site CLSC Yvan Duquette sur la rue Déragon, et ce, à chaque semaine.	X		
La version de la base de données Oracle (9.2) pour les applications GRF, GRM et GRH n'est plus supportée	2014-2015	O	Avec l'entrée en vigueur de la Loi 10 et la création du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au 1^{er} avril 2015, il y aura une prise en charge de ces dossiers par la direction distincte attitrée : « Direction des ressources informationnelles et des technologies ». L'ancien Établissement CSSS de la Haute-Yamaska a un contrat de service avec un fournisseur (INFOR) qui lui permet de remonter la base de données en cas d'incident. Les sauvegardes de données permettent la restauration des modifications du dernier mois. Des solutions qui étaient en cours de discussion et d'élaboration sont transmises à la Direction des ressources informationnelles et technologies du nouvel Établissement créé le 1^{er} avril dernier, soit le CIUSSS de l'Estrie - CHUS.		X	

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers (suite)

La politique de gestion des accès aux applications informatiques n'a pas été révisée depuis sa création en 2005	2014-2015	0	Avec l'entrée en vigueur de la Loi 10 et la création du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au 1 ^{er} avril 2015, il y aura adhésion de chaque ancien établissement à la politique de gestion des accès aux applications informatiques du nouvel Établissement créé et pour lequel il existe une direction distincte : « Direction des ressources informationnelles et des technologies ».			X
L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion des mots de passe tel qu'exigé selon le cadre global de gestion des actifs informationnels.	2014-2015	0	GRM - 2015-2016 : • Nombre de jours maximal pour conservation des mots de passe a été modifié de 90 à 60 jours. • Conservation de l'historique des mots de passe a été modifié de 4 à 10 mots de passe. GRF - 2015-2016 : • La complexité des mots de passe ne peut être configurée en raison de limitation de l'application. • Conservation de l'historique des mots de passe a été modifiée de 365 à 600 jours, engendrant ainsi un cycle de conservation de 10 mots de passe dans l'historique. GRH Paie - 2015-2016 : • Le cycle de conservation des 10 mots de passe était déjà en vigueur. LDAP - 2015-2016 : • Logibec est programmable avec LDAP. La direction des ressources informationnelles et des technologies du nouvel établissement sera informée de la recommandation.		X	
Lacune dans les approbations des écritures de journal.	2014-2015	0	L'établissement exerce un contrôle compensatoire de par les analyses périodiques qui sont effectuées. Pour 2015-2016, l'établissement verra à ce que les écritures importantes soient systématiquement passées en revue et que cette procédure soit documentée.		X	

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)

Rapport à la gouvernance

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Aucun manquement n'a été relevé par les administrateurs du CSSSHY pour l'année 2013-2014.

LES DISPOSITIONS CONSTITUANT LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1. Norme de conduite des administrateurs

Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement qu'ils administrent et de la population desservie.

* Réf. : Loi, a. 174

2. Obligation de prêter serment

Avant d'entrer en fonction, les administrateurs doivent prêter le serment suivant :

« Je déclare sous serment que je remplirai mes fonctions avec honnêteté, impartialité et justice. De plus, je déclare sous serment que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement confidentiel dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions. »

* Réf. : Loi, a. 76.3 et annexe 1

3. Dispositions générales

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans les différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions d'administrateurs au sein de l'établissement.

Les normes énoncées au présent chapitre s'appliquent aux délibérations du conseil d'administration ainsi qu'aux délibérations de ses différents comités et conseils professionnels.

L'observation des différentes normes ne dispense pas un membre du conseil d'administration d'observer toute autre norme qui lui est par ailleurs applicable suivant la Loi, ses différents règlements et les

règlements de l'établissement, incluant le code d'éthique applicable à tous les intervenants de l'établissement. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

4. Devoirs et obligations des administrateurs

- Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
- Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Les administrateurs du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareil cas une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement qu'ils administrent et de la population desservie.
- L'administrateur doit, dans l'exercice de ses fonctions, prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations partisans.
- Il est également souhaitable que l'administrateur vise une mise à jour régulière de ses connaissances afin de conserver la compétence requise pour accomplir efficacement ses fonctions au sein de l'organisation.

5. Règles relatives aux délibérations du conseil et de ses différents comités

- L'administrateur a le devoir d'être assidu aux réunions prévues en cours de mandat et de faire en sorte que son implication personnelle permette à toute l'assemblée de bénéficier des connaissances et qualifications qui lui sont propres.
- Lors de tenue de réunions, il doit agir avec ordre et decorum, en traitant ses pairs avec respect et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre responsable envers eux d'un abus de confiance ou de procédés déloyaux.
- L'administrateur doit voter lorsque requis.
- L'administrateur du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions qui n'ont pas un caractère public en vertu de la loi.

6. Loyauté – Solidarité – Réserve

L'administrateur ne travaille pas seul et ne peut agir comme il l'entend. Celui-ci doit tenir compte de l'ensemble des autres membres du conseil d'administration de l'établissement, des employés, des membres du CMDP, de l'Agence régionale et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Afin de coordonner les efforts et de permettre l'accomplissement des missions propres à l'établissement, il importe que l'administrateur défende les intérêts de l'établissement et évite de lui causer du tort par un langage ou un comportement inapproprié.

L'administrateur doit faire preuve de diplomatie et de respect dans la manifestation publique de ses opinions, tant dans l'exécution de ses fonctions qu'en dehors de celles-ci. Il conservera toutefois sa pleine liberté d'expression en appliquant celle-ci de façon à ne jamais nuire à la réputation de l'établissement et des personnes œuvrant pour l'établissement.

7. Discrétion - Confidentialité

Sous réserve de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, un administrateur est tenu de préserver le secret des délibérations et des décisions reconnues comme étant de nature confidentielle en vertu de la Loi. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

Un administrateur ne saurait être libéré de cette obligation par le fait d'une demande formelle d'accès à l'information déposée auprès de l'établissement.

L'administrateur se doit également d'éviter d'utiliser à des fins de profits personnels les renseignements ou les connaissances acquis dans l'exercice de ses fonctions, selon les normes généralement applicables eu égard aux circonstances.

Le membre du conseil d'administration doit, de plus, après l'expiration de son mandat, agir avec loyauté envers l'établissement et le conseil d'administration.

8. Impartialité

Un administrateur doit aussi exercer ses fonctions avec impartialité et éviter toute préférence ou parti pris indu incompatible avec la justice, l'équité ou la Loi. Il doit ainsi éviter de prendre des décisions fondées sur des préjugés liés au sexe, à la race, à la couleur, à la religion ou aux convictions politiques d'une personne.

Un administrateur doit s'interdire toute participation à une action ou à une décision administrative susceptible d'affecter particulièrement ses intérêts personnels. Il doit ainsi prendre des décisions qui possèdent un caractère d'impartialité.

9. Conflit d'intérêts - Administrateur

Mesures de prévention

- Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- L'administrateur doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles, d'affaires et personnelles.
- Il est interdit à un administrateur de participer aux délibérations du conseil d'administration lorsqu'elles portent sur un contrat de services, de travail ou d'approvisionnement conclu ou à conclure entre l'établissement et une entreprise dans laquelle lui, ou un membre de sa famille immédiate, détient un intérêt direct ou indirect; on entend par famille immédiate le conjoint de fait ou de droit et les enfants.
- Tout administrateur, autre que le directeur général, qui est présent à une séance au moment où doit être prise en considération une question dans laquelle il a directement ou indirectement un intérêt pécuniaire particulier doit divulguer la nature générale de cet intérêt par écrit, avant le début des délibérations sur cette question; il doit aussi s'abstenir de participer à celles-ci et de siéger au conseil pendant toute la durée des délibérations et du vote sur la question.
- Le paragraphe précédent s'applique aussi lors d'une séance de tout conseil, comité ou commission dont l'administrateur fait partie au sein de l'établissement.
- Le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette corporation se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre VII).

- Un membre du conseil d'administration ne peut utiliser un renseignement privilégié obtenu en raison du fait qu'il est membre du conseil, pour favoriser son conjoint de droit ou de fait, un membre de sa famille immédiate ou toute autre personne dans leurs relations professionnelles, commerciales ou de services, avec l'établissement.
- Un administrateur ne peut accepter ou chercher à obtenir directement ou indirectement pour lui, son conjoint de fait ou de droit ou sa famille immédiate quelque avantage ou récompense de la part d'une personne qui bénéficie ou qui est susceptible de bénéficier des services de l'hôpital ou de la part du conjoint de fait ou de droit ou de la famille immédiate de cette personne qui fournit des biens ou dispense des services à l'hôpital ou est susceptible de le faire.
- L'administrateur doit signer l'engagement de se conformer au présent Code d'éthique et de déontologie selon la formule prévue à l'annexe 1 et de signer l'affirmation concernant les conflits d'intérêts selon la formule à l'annexe 3.

Déterminer s'il y a des situations de conflits d'intérêts

- Le membre du conseil d'administration, lorsqu'il y a une atteinte à son objectivité, par un intérêt sous-jacent, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et aux décisions sur l'objet en cause.
- Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions, sauf celles acceptées par le législateur et par la composition du conseil d'administration, notamment :
- il doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration ;
- il ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public ;

- il ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision ;
- il ne doit pas faire usage de renseignements ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

10. Conflit d'intérêts – Directeur général

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

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

11. Dons et legs

Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque, hormis les cas prévus par la loi.

Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent article est redevable envers l'état de la valeur de l'avantage reçu.

12. Comité d'éthique et de déontologie

chapitre II - Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu au présent chapitre constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

chapitre III - Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent chapitre en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le premier vice-président du conseil d'administration.

chapitre IV - Le président ou le premier vice-président désigne alors un comité ad hoc d'éthique et de déontologie. Ce comité est formé de trois administrateurs.

chapitre V - Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

chapitre VI - Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au premier vice-président du conseil d'administration dans les 30 jours de leur désignation.

chapitre VII - Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés en vertu du présent chapitre. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les 30 jours suivants, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

chapitre VIII - Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu au présent chapitre, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

chapitre IX - Le comité impose toute sanction qu'il juge appropriée, en tenant compte de la nature et de la gravité de la dérogation.

chapitre X - Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration qui en fait l'objet, et ce, dans les 30 jours où elle est rendue.

Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de faire une affirmation solennelle de discrétion.

13. Protection des administrateurs

Un établissement assume la défense d'un administrateur qui est poursuivi par un tiers pour un acte accompli dans l'exercice de ses fonctions.

Toutefois, lorsqu'un administrateur fait l'objet d'une poursuite pénale ou criminelle, l'établissement n'assume le paiement de ses dépenses que lorsque ce dernier avait des motifs raisonnables de croire que sa conduite était conforme à la Loi ou qu'il a été libéré ou acquitté ou que la poursuite a été retirée ou rejetée.

À cette fin, l'établissement maintient en vigueur un régime de protection des administrateurs dans l'exercice de leurs fonctions.

14. Responsable de l'application

Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent chapitre. Si le président est en cause, ou ne peut agir, le premier vice-président devient alors responsable de l'application des dispositions du présent chapitre.

LIEUX DE SOINS ET DE SERVICES

Hôpital de Granby

(Incluant le centre administratif)
205, boulevard Leclerc Ouest
Granby (Québec) J2G 1T7
450 375-8000

Centre Laurier

(Services financiers)
261, rue Laurier
Granby (Québec) J2G 1T7
450 375-8000, poste 6245

Centre Providence

(Service externe de psychiatrie)
279, rue de la Providence
Granby (Québec) J2G 4S7
450 375-8001 (adultes)
450 375-8002 (enfants)

Santé et sécurité au travail

90, rue Robinson Sud, bureau 101
Granby (Québec) J2G 7L4
450 776-6116

Centre Saint-Jacques

(Suivi intensif dans le milieu)
450 777-4579

CLSC Bromont

82-F101, boulevard de Bromont
Bromont (Québec) J2L 2K3
450 534-1248

CLSC Notre-Dame

363, rue Notre-Dame
Granby (Québec) J2G 3L4
450 375-1442

CLSC Saint-Joseph

270, rue Dérageon
Granby (Québec) J2G 5J5
450 375-1442

CLSC Waterloo

48, rue Young
Waterloo (Québec) JOE 2N0
450 539-3340

CLSC Yvan-Duquette

294, rue Dérageon
Granby (Québec) J2G 5J5
450 375-1442

Centre d'hébergement Leclerc

205, boulevard Leclerc Ouest
Granby (Québec) J2G 1T7
450 375-8000

Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture

230, rue Davignon
Granby (Québec) J2J 9B1
450 375-8003

Centre d'hébergement Villa-Bonheur

71, rue Court
Granby (Québec) J2G 4Y7
450 776-5222, poste 300

Centre d'hébergement de Waterloo

5300, rue Courville, C. P. 1230
Waterloo (Québec) JOE 2N0
450 539-5512, poste 500

Centre d'hébergement Vittie & Desjardins

66, rue Dufferin
Granby (Québec) J2G 4W7
450 776-5222, poste 422



CENTRE PROVIDENCE



CENTRE LAURIER



CLSC NOTRE-DAME



CLSC BROMONT



CLSC WATERLOO



CENTRE D'HÉBERGEMENT
MARIE-BERTHE-COUTURE



CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WATERLOO



SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL.

Centre de santé et de services sociaux
de la Haute-Yamaska

Promoteur de Santé
santemonteregie.qc.ca/granby-region

