



**ON PREND SOIN
DE NOTRE MONDE**

**RAPPORT ANNUEL
DE GESTION
2011-2012**

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE.....	5
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS.....	9
RAPPORT DE LA DIRECTION	11
PRÉSENTATION DU CSSS HAUT-RICHELIEU – ROUVILLE: UN ÉTABLISSEMENT BIEN ANCRÉ DANS SON MILIEU	13
ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	27
CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX.....	56
LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT.....	67
ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS.....	69
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	89

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

C'est avec fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2011-2012 du CSSS Haut-Richelieu – Rouville qui souligne de façon tangible les résultats de performance et d'amélioration obtenus dans plusieurs de nos secteurs d'activités et les projets réalisés au cours de la dernière année. En effet, bien que nous ayons eu d'importants défis à relever, beaucoup de chemin a été parcouru au sein de notre organisation en termes d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services offerts à la population pendant cette période.

2011-2012 a particulièrement été marquée par une première année complète d'actualisation de notre Plan stratégique 2010-2014 à l'intérieur de laquelle s'est intégrée la révision de certains de nos processus, tant cliniques qu'administratifs, dans le but d'optimiser notre offre de services, mais aussi d'améliorer notre performance globale.

Tous conviendront que la réalisation de notre plan stratégique, qui s'inscrit en synergie avec les orientations ministérielles et régionales et l'entente de gestion convenue entre l'établissement et l'Agence de la santé et des services sociaux, est venue donner un sens particulier à notre mission en nourrissant une vision d'avenir pour assurer le développement de notre organisation. Le plan d'action découlant de cette première année complète d'actualisation est venu concrétiser les objectifs que nous nous étions fixés au départ et les résultats obtenus jusqu'à ce jour confirment la pertinence de notre vision et la poursuite de nos efforts en ce sens.

En matière de performance, le développement de démarches rigoureuses d'amélioration continue dans notre organisation commence déjà à porter ses fruits. En effet, que ce soit au niveau de la gestion des épisodes de soins ou encore du secteur des soins à domicile, pour ne nommer que ceux-ci, des résultats probants et très encourageants ont été observés au cours de la dernière année, apportant une valeur ajoutée pour la clientèle. Ainsi, l'urgence de notre hôpital a connu l'une des améliorations les plus importantes de tout le Québec avec des diminutions majeures dans ses durées moyennes de séjour sur civière (passant de 18,6 à 12,8 heures) malgré une croissance du nombre de visites annuelles. De plus, nos heures de services en soutien à domicile se sont accrues de façon substantielle au cours de la dernière année, pour le bénéfice de l'ensemble de nos clientèles desservies. Ces démarches, associées à d'autres processus d'amélioration en cours de réalisation dans notre établissement tels que le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée à l'hôpital, l'ouverture de nouvelles places en ressources non institutionnelles dans notre communauté et la collaboration avec nos partenaires médicaux du territoire à travers les GMF et cliniques réseaux, ont été déterminantes pour mieux servir notre clientèle dans un contexte d'accroissement des demandes et de ressources limitées.

Par ailleurs, c'est avec beaucoup de fierté que nous avons reçu en décembre dernier nos résultats pour notre 2^e cycle d'agrément décerné par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Avec un taux de conformité aux normes de 96 %, nous ne pouvons que rendre hommage à toute l'équipe du CSSS pour son engagement soutenu et la détermination dont elle fait preuve à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Ce succès est d'autant plus remarquable qu'il est nettement supérieur au taux de 82 % que nous affichions lors du premier cycle d'agrément de 2008 et il démontre tous les efforts mis en place pour offrir des soins et des services sécuritaires et de qualité.

Au niveau de la gestion et du développement de nos immobilisations, nous ne saurions passer sous silence le travail magistral qui continue de s'accomplir quotidiennement afin de mener à terme notre projet majeur de construction de la nouvelle urgence, du bloc opératoire, des soins intensifs et des laboratoires de notre hôpital. En effet, à la suite de l'autorisation reçue du ministre de la Santé et des Services sociaux, en septembre 2011, nous avons réalisé notre dossier d'affaires initial avec Infrastructure Québec et nous en sommes actuellement à l'étape des plans et devis définitifs en compagnie des équipes concernées et de nos partenaires. Grâce à un rythme de travail soutenu, nous maintenons le cap afin de débiter la construction telle que prévue au cours du premier trimestre de l'année 2013. De plus, du côté de nos centres d'hébergement, plusieurs projets d'amélioration de nos infrastructures ont été réalisés et d'autres sont en cours actuellement.

Du côté de nos ressources humaines, nous avons mis en œuvre notre programme de planification de la main-d'œuvre pour les prochaines années. Notons que le développement de ce programme sert même de modèle à l'échelle régionale. De plus, nous avons réussi à atteindre la majorité de nos engagements au cours de la dernière année. Nos taux de main-d'œuvre indépendante sont à la baisse dans nos secteurs cliniques, de même que nos taux d'heures supplémentaires travaillées et notre taux de roulement global. Une fois de plus, grâce à nos efforts continus et rigoureux en matière de recrutement, et malgré la pénurie de main-d'œuvre que nous connaissons, nous avons réussi à embaucher un plus grand nombre de personnes que nous avons enregistré de départs au cours de la dernière année.

Au chapitre de nos ressources financières, ce n'est pas sans efforts que nous avons réussi à respecter la cible déficitaire autorisée par le Ministère pour l'année 2011-2012 compte tenu d'importantes demandes de suivi de performance financière. Cependant, nous tenons à souligner que l'atteinte de l'équilibre budgétaire est de plus en plus ardue pour notre établissement qui connaît des hausses de demandes de services dans tous les secteurs, notamment en raison de l'incidence de plus en plus importante des maladies chroniques, mais aussi de l'accroissement de notre population et du vieillissement rapide de nos clientèles.

Maintenant, nos regards se tournent déjà vers l'avenir. En effet, les prévisions d'accroissement démographique des prochaines années pour notre territoire (deuxième plus fortes en Montérégie) jumelé au vieillissement de la population, ainsi que l'accueil d'une trentaine de nouveaux médecins spécialistes dans notre établissement, et le rapatriement d'une dizaine de lits de courte durée et de chirurgie en provenance de la région de Montréal, constitueront autant de défis stimulants. Nous devons donc continuer à faire preuve de grande créativité et de mobilisation soutenue afin de développer des façons de faire novatrices, efficaces et efficientes en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité de services dans un contexte de rareté des ressources.

En terminant, les succès et les améliorations qui font rayonner notre établissement sont l'œuvre de tous ces hommes et ces femmes qui font partie de notre belle et grande équipe et qui, quelle que soit leur fonction, contribuent quotidiennement à améliorer les soins et les services que nous offrons. La passion, l'énergie et le professionnalisme dont ils font preuve les guident dans l'accomplissement de leur travail et sont des gages de réussite. Nous tenons donc à les remercier et à les féliciter chaleureusement pour leur engagement de tous les instants. Un grand merci, aussi à notre Fondation Santé Haut-Richelieu-Rouville qui comprend nos besoins et met tout en œuvre pour nous aider à réaliser tous les projets qui nous tiennent à cœur.

Finalement, nous souhaitons remercier vivement les membres du dernier conseil d'administration qui ont orienté les destinées de notre CSSS tout au long de ces dernières années, et tout spécialement l'engagement indéfectible de celui qui en a été le président depuis 2004, et ce, jusqu'à la toute fin de sa vie, et dont nous regrettons le départ, Monsieur Robert Blanchard. Le mandat de ce conseil a été exercé avec rigueur, détermination et, surtout, avec un souci constant des besoins et préoccupations de la clientèle, et nous saluons grandement leur implication bénévole qui nous inspire pour le futur.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michael Dorosz'.

Michael Dorosz, président

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Christine Lessard'.

Christine Lessard, directrice générale

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

À titre de 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 2011-2012 du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

La directrice générale,



Christine Lessard

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

La direction du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

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

La directrice générale,



Christine Lessard

Le directeur des ressources financières,



Denis Fabi

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

Créé en 2004, le Centre de santé et des services sociaux Haut-Richelieu – Rouville est situé en Montérégie, au sud de Montréal, et occupe un vaste territoire à trame urbaine et rurale. Il se compose d'une équipe dynamique de plus de 3 500 employés et 300 médecins qui œuvrent quotidiennement dans un milieu de travail humain, enrichissant et hautement stimulant.

Répartie dans une quinzaine d'installations au sein d'un vaste territoire, notre équipe travaille avec cœur et engagement auprès d'une population de plus de 181 000 personnes et offre une gamme variée de services généraux et spécialisés répondant à trois missions de services complémentaires, soit celles d'hôpital, de CLSC et de centre d'hébergement. De par sa taille, le CSSS Haut-Richelieu – Rouville est l'un des dix plus importants CSSS au Québec.

NOTRE MISSION

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

NOTRE VISION

Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville vise à :

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

NOS VALEURS

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

SOUCI DE LA PERSONNE

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

RESPECT ET CONSIDERATION

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

ENGAGEMENT ET COLLABORATION

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

COMMUNICATION OUVERTE ET TRANSPARENTE

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

ÉPANOUISSEMENT DES COMPÉTENCES

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

CONTEXTE

Le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville est influencé par plusieurs éléments de son environnement social, politique et économique. Certaines grandes tendances bien ancrées ou émergentes influencent déjà l'organisation et auront un impact important sur les services offerts au cours des prochaines années.

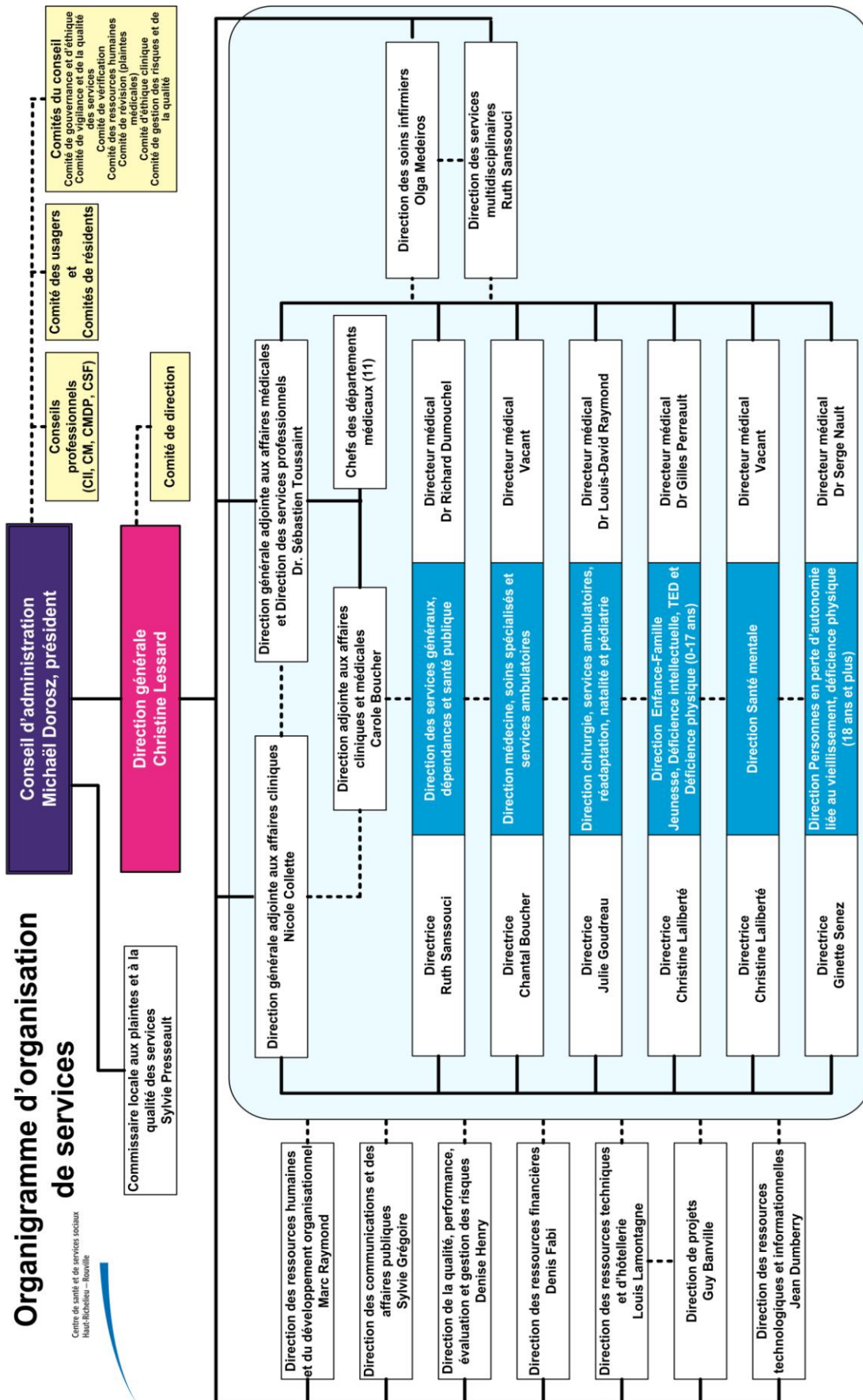
- le vieillissement rapide de la population et l'augmentation du nombre de personnes présentant une maladie chronique;
- la croissance de la population du territoire (deuxième territoire en Montérégie qui connaîtra la plus forte hausse au cours des prochaines années);
- l'accroissement des maladies infectieuses;
- le rapatriement de certaines clientèles de notre territoire recevant actuellement des services dans la région de Montréal;
- le manque de médecins de famille, mais l'arrivée prévue de près de 30 nouveaux médecins spécialistes dans l'établissement;
- la pénurie de main-d'œuvre;
- des ressources financières limitées.

UNE ÉQUIPE AU SERVICE DE LA POPULATION

Afin de répondre à sa mission de services complémentaires, le CSSS Haut-Richelieu – Rouville s'est doté d'une structure organisationnelle caractérisée par une cogestion clinico-administrative et médicale. Cette structure se calque sur les différents programmes clientèles disponibles et sa mise en place reflète la responsabilité populationnelle qui lui est dévolue et qui vise l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services, le tout dans un contexte où la fluidité de nos opérations est une nécessité pour le mieux-être de nos usagers.

Organigramme d'organisation de services

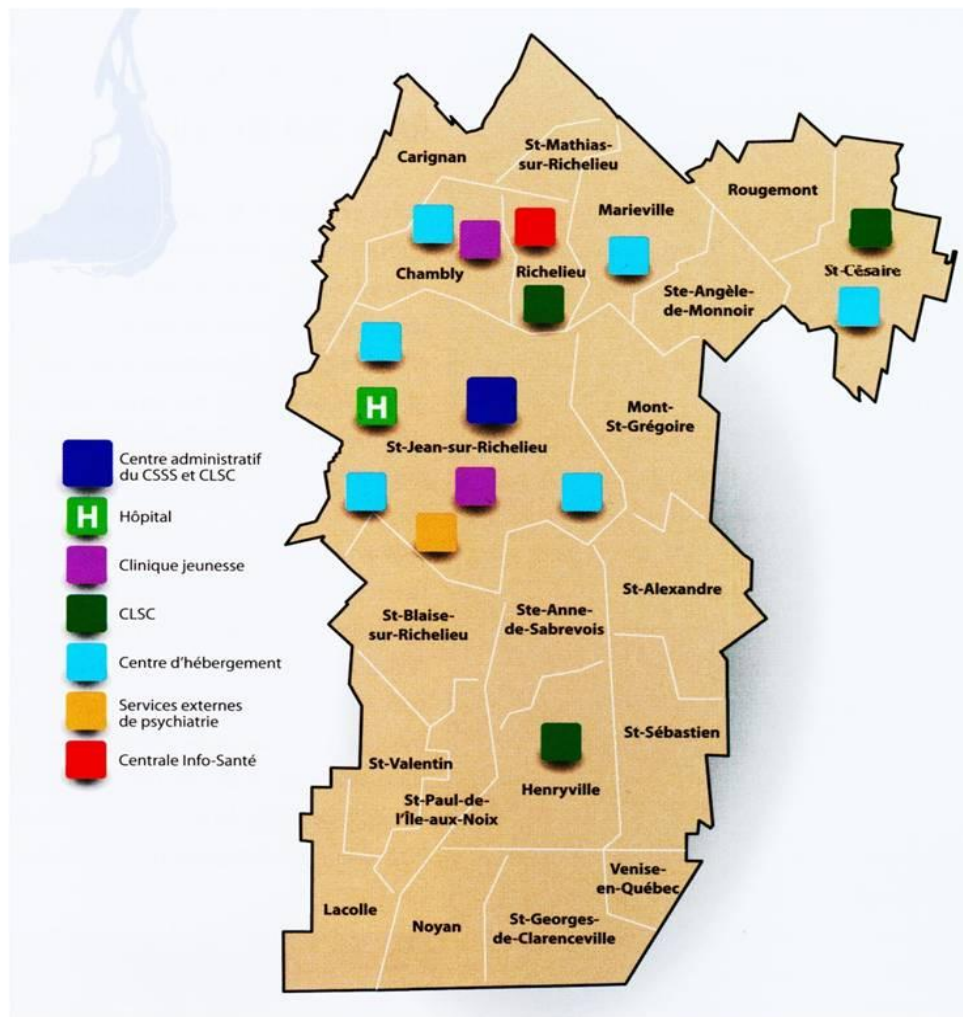
Centre de santé et de services sociaux
Haut-Richelieu – Brossard



LES INSTALLATIONS DU CSSH HAUT-RICHELIEU – ROUVILLE

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

- 1 hôpital de 307 lits de soins généraux et spécialisés;
- 4 installations de CLSC et un point de chute;
- 6 centres d'hébergement totalisant 639 lits de longue durée, 40 lits de réadaptation fonctionnelle intensive, 3 centres de jour et un hôpital de jour;
- des services de consultation externe en psychiatrie, en troubles envahissant du développement et en réadaptation pédiatrique;
- des services professionnels de soins palliatifs offerts dans une ressource de type intermédiaire de 15 lits;
- des services de santé au travail en entreprise;
- 2 Cliniques jeunesse;
- la Maison des naissances de la Montérégie (ouverture prévue en 2012);
- la Centrale régionale Info-Santé de la Montérégie.



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

CONDITIONS DEMOGRAPHIQUES

Selon les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), le RLS compte environ 181 344 personnes en 2012. Il s'agit du 5^e territoire en importance en Montérégie quant à la taille de sa population (12 %), du 4^e territoire quant à sa superficie et du 6^e territoire quant à sa densité de population. La population du RLS devrait s'accroître de 18 % entre 2012 et 2031, soit une augmentation supérieure à celle de la Montérégie (14 %).

Le RLS du Haut-Richelieu-Rouville se caractérise par une population semblable à celle de la Montérégie. En 2012, la proportion de jeunes (moins de 18 ans) du RLS (21 %) et celle des personnes âgées de 65 ans et plus (14 %) sont comparables à celles de la Montérégie.

Néanmoins, à l'instar du Québec et de la région, le RLS n'échappera pas au vieillissement de sa population. Entre 2012 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 14 à 24 %.

Le vieillissement de la population se produit à un rythme légèrement plus rapide sur le territoire du Haut-Richelieu-Rouville qu'en Montérégie. Entre 2012 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 66 % dans le RLS comparativement à 61 % en Montérégie.

CONDITIONS SOCIOECONOMIQUES ET CULTURELLES

Dans l'ensemble, le RLS présente un profil socioéconomique similaire à celui de la région. En comparaison de la Montérégie, le RLS compte proportionnellement un peu moins de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (11,3 c. 12,5 % en 2005) et un nombre semblable d'adultes prestataires des programmes d'assistance sociale¹ (5,7 c. 5,5 % en 2009). Le Haut-Richelieu – Rouville est l'un des RLS de la Montérégie où la proportion de personnes d'expression anglaise² (4 %) est moins élevée que la valeur régionale (11 %). Selon le Recensement de 2006, leur nombre s'élève à près de 6 600 personnes, soit près de 5 % de la population d'expression anglaise de la Montérégie.

En 2006, on dénombre 5 320 immigrants sur le territoire du Haut-Richelieu – Rouville, soit 3 % de la population du RLS, et 5 % des immigrants de la Montérégie.

ESPERANCE DE VIE

En 2003-2007, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui résident sur le territoire du Haut-Richelieu – Rouville s'élève à 79,3 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance plus élevée que celle des hommes (81,9 c. 76,9 ans), quoique l'écart entre les sexes

¹ Aide sociale, solidarité sociale et alternative jeunesse.

² Définis selon la première langue officielle parlée.

tend à s'amenuiser avec le temps. Les résidents du RLS ont une espérance de vie à la naissance significativement moins élevée que leurs homologues Québécois; en 2003-2007, l'écart se chiffre à 0,8 an chez les hommes (76,9 c. 77,7 ans) et chez les femmes (81,9 c. 82,7 ans).

NOUVEAU-NES

En 2008, les femmes du RLS ont donné naissance à 2 132 enfants. Le taux de natalité du Haut-Richelieu – Rouville est significativement supérieur à celui du Québec (12,5 c. 11,3 pour 1 000). Pour la période 2003-2007, 6 % des nouveau-nés avaient un poids insuffisant (moins de 2 500 g) et 8 % étaient prématurés (moins de 37 semaines). Par ailleurs, 8 % des naissances (non gémellaires) présentaient un retard de croissance intra-utérin. Depuis le début des années 1980, la proportion des naissances avec un retard de croissance intra-utérin a diminué alors que les proportions de prématurés et de bébés de faible poids sont demeurées relativement stables dans le temps. Pour la même période, 7 % des nouveau-nés avaient une mère faiblement scolarisée (moins de 11 ans de scolarité) et 3 %, une mère âgée de moins de 20 ans. La proportion de bébés ayant une mère faiblement scolarisée est significativement inférieure à celle observée à l'échelle de la région.

SANTE PHYSIQUE

LES TUMEURS

En 2004-2007, 30 % des décès enregistrés dans le RLS du Haut-Richelieu – Rouville sont attribuables aux tumeurs. Avec une moyenne de 351 décès par année, les tumeurs 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 486 à 771 entre les périodes 1987-1991 et 2002-2006. Le taux d'incidence est toutefois demeuré relativement stable dans le temps. Le RLS se démarque avec un taux d'incidence du cancer significativement supérieur à celui du Québec. Par ailleurs, le taux d'incidence du cancer du côlon et rectum, et celui de la prostate sont significativement plus élevés dans ce RLS qu'au Québec.

On compte en moyenne 1 232 hospitalisations par année pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 8 % de l'ensemble des hospitalisations de 2006-2009 en soins physiques de courte durée. Le taux d'hospitalisation pour tumeurs est significativement plus élevé que celui du Québec.

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

La mortalité attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire a grandement diminué au cours des dernières décennies. La mortalité régresse chez les hommes et les femmes, mais les hommes continuent de présenter des taux de mortalité supérieurs à ceux des femmes. Depuis 1985-1989, le RLS affiche un taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire significativement supérieur à celui du Québec.

En 2007-2008, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque et 15 % d'hypertension, ce qui représente respectivement près de 6 800 et 23 000 personnes sur le territoire de Haut-Richelieu – Rouville. Chez les Montérégiens de 65 ans et plus, ces proportions grimpent respectivement à 17 et 48 %.

En 2006-2009, 15 % des hospitalisations de la population du RLS en soins physiques de courte durée – soit en moyenne 2 180 hospitalisations par année – sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès, mais également d'hospitalisation. Pour cette même période, le taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus élevé dans le RLS qu'au Québec.

LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Selon les dernières données disponibles, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 11 % des décès et des hospitalisations de la population du RLS. Ce dernier affiche un taux de mortalité et un taux d'hospitalisation significativement supérieurs à ceux du Québec. En 2007-2008, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 2 % être atteints de bronchite chronique, ce qui représente respectivement 13 400 et 3 700 personnes à l'échelle du RLS.

LE DIABÈTE

En 2008-2009, 10 020 personnes de 20 ans et plus étaient atteintes de diabète, soit 8 % de la population de ce groupe d'âge. Le vieillissement de la population et la diminution de la mortalité chez les personnes diabétiques contribuent à l'augmentation de la prévalence du diabète (Pigeon et Larocque, 2011). Cette maladie entraîne de lourdes conséquences sur la santé (problème cardiaque, insuffisance rénale, cécité, amputation, etc.) et les adultes qui en souffrent en meurent souvent prématurément.

QUELQUES FACTEURS DE RISQUE

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

- environ 45 % des adultes consomment moins de 5 portions de fruits et de légumes par jour;
- environ 33 % des adultes pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine;
- environ 29 % des adultes fument à tous les jours ou à l'occasion ; cette proportion est significativement plus élevée que celle de la Montérégie;
- environ 53 % des adultes présentent un surplus de poids, soit 38 % de l'embonpoint et 15 % de l'obésité (Boulais, 2011).

SANTÉ MENTALE/PSYCHOSOCIALE

En 2006-2009, on dénombre en moyenne 1 262 hospitalisations par année pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

En 2004-2007, le nombre annuel moyen de suicides s'élève à 26 sur le territoire de Haut-Richelieu – Rouville. Le taux de mortalité par suicide est cinq fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

En 2009-2010, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 1 334 signalements concernant les enfants du RLS, soit une augmentation de 53 % par rapport à 1999-2000. Le nombre de signalements retenus est quant à lui demeuré relativement stable pour se chiffrer à 529 en 2009-2010. Depuis 2007-2008, les abus physiques et sexuels, et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Au nombre de 126, les nouvelles prises en charge représentent 24 % des signalements retenus en 2009-2010.

En Montérégie, en 2003-2007, le taux de grossesse chez les adolescentes se situe à 12,7 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans. À l'échelle du RLS, cela représente en moyenne 60 grossesses par année.

UN PORTRAIT A NUANCER

Un portrait global comme celui-ci peut difficilement traduire adéquatement la variation des diverses caractéristiques au sein de la population d'un territoire donné. Du seul point de vue socioéconomique, le RLS du Haut-Richelieu – Rouville doit tenir compte des disparités importantes entre chacun des deux secteurs de mission CLSC. Par exemple, le secteur du Richelieu est le plus favorisé au plan économique, le plus jeune au plan démographique et celui dont la population se compose d'une plus forte proportion de personnes d'expression anglaise. Le secteur Vallée-des-Forts se distingue comme étant le secteur le plus peuplé et où la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu, de personnes sous-scolarisées et de naissances vivantes de mère faiblement scolarisée est plus élevée. Nul doute que cette situation génère des disparités de santé ou de bien-être qui, cependant, ne peuvent toutes être identifiées ou mesurées.

Les données relatives à certains indicateurs de santé suggèrent de tels écarts de santé. En 2002-2006, on observe des taux ajustés d'incidence du cancer significativement supérieurs à ceux du Québec pour l'ensemble des sièges, le cancer du côlon et du poumon au CLSC de la Vallée-des-Fort, tandis que le CLSC du Richelieu présente un taux d'incidence plus élevé que celui de la province pour le cancer de la prostate. En 2006-2007, le taux ajusté de prévalence du diabète chez les personnes de 20 ans et plus est significativement plus élevé que celui de la province pour le CLSC de la Vallée-des-Forts alors que l'inverse est observé au CLSC du Richelieu. Par ailleurs, l'espérance de vie sans incapacité est significativement moins élevée que celle observée au Québec pour le CLSC de la Vallée-des-Forts. Il importe donc que l'identification des besoins de santé tienne compte le plus possible des disparités du territoire.

FAITS SAILLANTS ET PRINCIPALES MODIFICATIONS 2011-2012

ÉLECTION, DESIGNATION ET NOMINATION DES NOUVEAUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

À l'instar des autres établissements du réseau, le nouveau conseil d'administration du CSSS Haut-Richelieu – Rouville est entré en fonction le 1^{er} février 2012 à la suite de l'exercice électoral s'étant déroulé au cours de l'automne 2011. Ainsi, ce sont 19 personnes provenant de différents collèges électoraux, de désignation et de nomination qui ont accédé aux différents postes disponibles pour un mandat de quatre années, soit de 2012 à 2016.

INONDATIONS MAJEURES ET SANS PRECEDENT DANS NOTRE TERRITOIRE AU PRINTEMPS 2011

Ce sinistre a nécessité le déploiement de nos mesures d'urgence sur plusieurs semaines et a sollicité plus particulièrement nos services psychosociaux, de santé publique et notre Direction des communications et des affaires publiques. Au total, nous avons fait près de 7 000 interventions directement sur le terrain auprès des sinistrés et nous avons reçu, durant le sinistre, environ 343 références à l'accueil psychosocial du CLSC. Ces références provenaient du repérage fait par nos intervenants sur le terrain et de sinistrés qui ont communiqué directement avec le CSSS à la suite de l'information que nous avons déjà transmise quant à l'aide psychosociale dont ils pouvaient se prémunir. Dès le début de l'automne 2011, nous avons débuté l'étape du rétablissement auprès des sinistrés avec des rencontres de soutien psychosocial individuelles et de groupes, des relances téléphoniques et l'établissement de liens avec nos partenaires (écoles, municipalités, organismes communautaires) pour une offre de services psychosociaux adaptés à leurs besoins. Nous constatons que notre intervention rapide et continue sur le terrain quant à l'aide psychosociale durant ce sinistre a porté ses fruits.

OBTENTION DE L'AGREMENT

C'est avec brio que le CSSS Haut-Richelieu – Rouville a obtenu son agrément décerné par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. En effet, avec un taux de conformité aux normes de 96 %, nous pouvons noter une très nette progression depuis le dernier agrément de 2008 où nous affichions une note globale de 82 %.

L'ARRIVEE DES SERVICES DE SAGES-FEMMES ET L'ANNONCE DE LA MAISON DES NAISSANCES, UNE PREMIERE EN MONTEREGIE

En 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux autorisait le CSSS Haut-Richelieu – Rouville à implanter des services de sages-femmes dans son territoire, une première en Montérégie, et lui attribuait un budget annuel de 1 065 000 \$ fourni à parts égales par le Ministère et par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'embauche des sages-femmes et le fonctionnement des services. À cette enveloppe, s'ajoutait une allocation de démarrage de 331 000 \$ fournie par le Ministère.

En avril 2011, l'aménagement de la nouvelle Maison des naissances dans l'ancien CLSC de Richelieu du CSSS Haut-Richelieu – Rouville nous était également annoncé. Les travaux, qui se termineront à l'été 2012, permettront, notamment, d'aménager 4 chambres de naissance et 5 salles de consultation. À terme, 7 sages-femmes devraient pratiquer dans la nouvelle Maison des

naissances, et jusqu'à 240 femmes pourraient y accoucher chaque année. Ce projet répond aux attentes des femmes et des familles de la région qui souhaitent avoir d'autres alternatives qu'un accouchement à l'hôpital.

Ce projet immobilier est financé conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui fournit 804 000 \$, et par la Fondation Santé Haut-Richelieu-Rouville dont la contribution s'établit à 300 000 \$.

Rappelons que le développement de ces services constitue l'une des cibles retenues dans le cadre de notre projet clinique et est en concordance avec les orientations de la Politique de périnatalité 2008-2018 du MSSS visant une meilleure offre de services en périnatalité passant par l'accès à une gamme de services variés répondant au choix des femmes, dont, spécifiquement, les services de sages-femmes.

BONNES NOUVELLES DU COTE DE NOS RESSOURCES HUMAINES

Au cours de l'année 2011-2012, malgré le contexte de la pénurie de main-d'œuvre persistant, le CSSS a poursuivi avec succès ses activités de recrutement afin d'être en mesure de répondre aux besoins importants de l'organisation.

Ainsi, au 31 mars 2012, le CSSS comptait 3 510 employés, soit 62 personnes de plus qu'en 2010-2011. Notre quarantaine d'activités de recrutement jumelée à plusieurs campagnes publicitaires et à notre journée Portes ouvertes ont généré l'embauche de 426 personnes alors que 385 départs ont été enregistrés. Fait à noter, et ce, pour une deuxième année consécutive, le taux de roulement du CSSS a poursuivi sa diminution en affichant un taux de 11,03 % comparativement à 12,31 % pour l'année 2010-2011.

Du côté de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et des heures travaillées en temps supplémentaire, une fois de plus cette année, le CSSS Haut-Richelieu – Rouville a affiché une moyenne inférieure à la moyenne montréalaise dans les deux cas. En effet, notre pourcentage des heures travaillées en temps supplémentaire se situait à 2,60 %, tous titres d'emploi confondus, alors qu'en Montréal, la moyenne était de 3,42 %, et notre taux d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante était de 4,25 % pour les infirmières et de 0,12 %, pour les infirmières auxiliaires alors que la moyenne en Montréal était respectivement de 4,45 % et 1,84 %.

Enfin, la dernière année a également été l'occasion d'amorcer un virage vers les nouvelles technologies et le Web 2.0. Un nouveau logiciel visant à traiter plus efficacement les quelques 10 000 candidatures reçues annuellement a été lancé, de même qu'une page Facebook qui constitue un premier pas vers les médias sociaux. De plus, dans une volonté d'améliorer le pourcentage de postes occupés et d'attirer de nouveaux candidats, des registres permanents de postes après affichage ont été créés. Disponibles sur Internet et intranet, ces registres permettent d'offrir rapidement les postes toujours vacants après affichage, et ainsi stabiliser davantage les équipes de travail.

PROJET DE CONSTRUCTION MAJEUR A L'HOPITAL DU HAUT-RICHELIEU

En septembre 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux nous autorisait à aller de l'avant avec notre projet majeur de construction à l'Hôpital du Haut-Richelieu représentant un investissement très important de 90 M\$ et un accroissement de 43 % de sa superficie actuelle. Plus particulièrement, ce sont l'urgence, le bloc opératoire, les soins intensifs et les laboratoires qui sont visés par cet agrandissement.

Les travaux, qui se feront sur une superficie totale de plus de 15 000 mètres carrés et dont le début est prévu pour le premier trimestre de 2013, devraient durer environ trois ans. Au 31 mars 2012, nous avons réalisé les plans et devis préliminaires ainsi que le Dossier d'affaires initial demandé par Infrastructure Québec, et avons entrepris les plans et devis définitifs en respect de nos échéanciers et en collaboration avec Infrastructure Québec et la Société immobilière du Québec.

L'agrandissement se réalisera sur quatre niveaux, y compris le sous-sol, où l'on trouvera, notamment, des débarcadères et des services de soutien. Le rez-de-chaussée accueillera une urgence de 37 civières, 4 civières de traumatologie et 10 salles d'examen ambulatoires. Ces éléments seront voisins des locaux actuels de l'imagerie médicale ainsi que des cliniques externes. Au premier étage, on aménagera la nouvelle chirurgie d'un jour, le bloc opératoire de 8 salles, la clinique de préadmission et les soins intensifs. Les laboratoires seront installés au 2^e étage.

Ce projet améliorera la qualité, l'accessibilité et la sécurité des soins, au plus grand bénéfice des patients. Cet investissement aura aussi des répercussions positives sur l'environnement de pratique des médecins, des infirmières et des autres professionnels de la santé intervenant à l'urgence. Rappelons que l'urgence du CSSS Haut-Richelieu – Rouville est la deuxième plus achalandée de la Montérégie avec environ 61 000 visites par année.

DEPLOIEMENT DE L'APPROCHE ADAPTEE A LA PERSONNE AGEE EN MILIEU HOSPITALIER A L'URGENCE ET DANS QUATRE DE NOS UNITES DE SOINS

Découlant de la planification stratégique et du projet clinique, un comité de travail a élaboré un plan d'action pour déployer l'approche adaptée à la personne âgée à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Cette approche vise à maintenir ou améliorer l'autonomie des personnes âgées lors de leur séjour à l'Hôpital pour un épisode de soins aigus et à prévenir le déclin fonctionnel iatrogène. Neuf DVD de formation à l'approche ont été développés par le personnel du CSSS et le déploiement de l'approche a débuté à la salle d'urgence en avril 2011, et s'est poursuivi au cours de l'année 2011-2012 auprès de quatre de nos unités de soins de l'Hôpital, soit deux unités de médecine, l'unité de chirurgie et l'unité de gériatrie. Le déploiement de cette approche nous a amené à réviser la politique des visites aux personnes hospitalisées en y introduisant un volet pour les proches aidants, leur permettant de venir à toute heure. Une infirmière spécialisée en gériatrie forme l'ensemble du personnel des unités et les accompagne dans le but de modifier leurs façons de faire pour maintenir l'autonomie de la clientèle âgée hospitalisée. À ce jour, les résultats de cette approche sont très concluants et contribuent à la diminution de nos durées de séjour à l'Hôpital grâce au maintien ou à l'amélioration de l'autonomie des personnes âgées. Tous nos indicateurs démontrent une amélioration de la situation pour notre clientèle de 75 ans et plus, tant dans la durée moyenne de séjour à l'urgence que dans la durée moyenne de séjour d'hospitalisation. Le nombre de personnes en fin de soins actifs est passé de 25 à 16 quotidiennement et notre taux de déclaration à l'hébergement est passé de 6,2 à 5,2 %.

Par ailleurs, en 2011-2012, nous avons également implanté le dépistage systématique de la clientèle âgée de 75 ans et plus se présentant à l'urgence dans le but de mettre rapidement en place l'ensemble des services nécessaires après son épisode de soins à l'Hôpital, dont le soutien à domicile. 70 % de notre cible a été atteinte à ce jour.

REALISATION DU PROJET D'ACTUALISATION DES ROLES ET RESPONSABILITES (ORGANISATION DU TRAVAIL) EN CENTRE D'HEBERGEMENT

Ce projet d'organisation du travail a pour but de favoriser et de valoriser la pleine contribution de chacune des catégories de personnel aux soins et services en centre d'hébergement, de même que le travail en interdisciplinarité.

La première phase de ce projet s'est déployée au Centre d'hébergement Georges-Phaneuf sur les quatre unités de vie où une nouvelle structure de postes a été mise en place. Des comités de travail ont revu l'organisation des services sur 24 heures et des indicateurs de qualité de soins, de même que des indicateurs de ressources humaines, ont été analysés périodiquement. Nous avons connu une amélioration de tous les indicateurs ciblés. Au niveau des ressources humaines, nous avons noté, entre autres, une diminution du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante et une augmentation du taux de titularisation des postes et de l'occupation de ceux-ci. Quant aux indicateurs de qualité de soins, nous avons noté une baisse du nombre de contentions appliquées, de même qu'une diminution du nombre de plaies de pression.

Une deuxième phase de ce projet a été réalisée en 2011-2012 au Centre d'hébergement Saint-Joseph. Là aussi, les retombées sont importantes. Notamment, au niveau de nos ressources humaines, le taux de main-d'œuvre indépendante est passé de 3,2 % à 0,6 %; le taux de temps supplémentaire, de 3,1 % à 1,9 % et le taux de titularisation des postes, de 88 % à 90 %.

DEVELOPPEMENT DE NOUVELLES PLACES EN RESSOURCES NON-INSTITUTIONNELLES

En 2011-2012, 27 nouvelles places d'hébergement en ressources non-institutionnelles ont été développées dans notre communauté, dont 9 places en hébergement alternatif avec le Regroupement des personnes handicapées du Haut-Richelieu, pour mieux desservir notre population en perte d'autonomie ou avec une déficience physique en attente de ressources. Ces nouvelles places sont dédiées pour les clientèles avec déficit cognitif ou avec déficience physique. L'objectif est de développer un nombre total de 75 nouvelles places. Globalement, nous disposons actuellement de 151 places en ressources intermédiaires dans notre territoire et de 43 places disponibles en ressources de type familial. Enfin, nous comptons également un nombre de 15 places de convalescence en Unité transitoire de récupération fonctionnelle et de 15 places à la Maison de soins palliatifs.

GESTION DES EPISODES DE SOINS A L'HOPITAL ET AMELIORATIONS TRES IMPORTANTES DE LA PERFORMANCE DE NOTRE URGENCE HOSPITALIERE

L'année dernière, nous avons débuté une démarche d'envergure en gestion des épisodes de soins avec l'ensemble des acteurs impliqués. Une analyse approfondie du cheminement du patient tout au long de son épisode de soins a permis d'apporter des améliorations pour optimiser la planification du congé et le départ du patient. Cette démarche permet donc une utilisation efficiente des lits de courte durée, tant en médecine qu'en chirurgie, et une réduction des délais d'obtention d'un lit sur une unité de soins pour les patients admis à l'urgence.

Une attention particulière a été apportée à la clientèle âgée de plus de 75 ans couchée sur civière à l'urgence pour qu'elle puisse obtenir un lit sur une unité de soins le plus rapidement possible.

Guidés par un plan d'action, l'ensemble des directions et l'équipe médicale ont été mis à contribution. Les effets bénéfiques ont été remarqués à compter du mois de mars 2011.

Au cours de l'année 2011-2012, nous avons poursuivi nos efforts au niveau de la gestion de l'épisode de soins et avons mis en place :

- 1 gestionnaire des hospitalisations qui travaille en étroite collaboration avec le coordonnateur médical à l'hospitalisation;
- des infirmières gestionnaires d'épisode de soins sur les unités de médecine et de chirurgie;
- 1 coordonnateur médical à l'urgence et un coordonnateur médical aux hospitalisations;
- l'ajout de 4 télémétries afin que les patients nécessitant ce type de surveillance puissent être admis à l'étage.

La durée moyenne de séjour pour les patients hospitalisés par la médecine est passée de 9,3 jrs en 2010-2011 à 7,4 jrs en 2011-2012, pour une amélioration de 20,6 % de la durée moyenne de séjour (DMS).

De plus, du côté de notre urgence, malgré une augmentation de sa fréquentation de 3 000 personnes l'an dernier, notre durée moyenne de séjour est passée de plus de 18,6 heures à 12,8 heures, ce qui se rapproche beaucoup de la cible ministérielle établie à 12 heures, alors que le pourcentage de personnes sur civière de 48 heures et plus est passé de 11 % à 5 %, ce qui constitue également une nette amélioration dans la qualité des services offerts à notre population! De plus, bien que n'atteignant pas la cible visée qui est de 11 heures, la durée moyenne de séjour des personnes âgées de 75 ans et plus sur civière est passée de 30,1 heures à 20,2, ce qui constitue également une très grande amélioration; il en est de même pour le pourcentage de patients sur civière de plus de 24 heures qui est passé de 26,2 % à 14,9 % alors que la cible est de 0.

Enfin, les données compilées font état d'une amélioration très importante pour notre établissement, dont la note est passée de D+ à B au palmarès annuel des urgences du journal La Presse, plaçant ainsi notre établissement en deuxième position dans le peloton de tête des établissements ayant connu la plus grande amélioration au Québec au cours de la dernière année.

CAMPAGNE DE VACCINATION MASSIVE CONTRE LA ROUGEOLE

En raison d'une épidémie de cas déclarés à l'automne par le ministère de la Santé et des Services sociaux, nous débutons, en décembre 2011, une très importante campagne de rattrapage de la vaccination contre la rougeole pour les jeunes en milieu scolaire âgés de 5 à 19 ans. L'objectif visé était de 95 %. Pour notre territoire, ce sont 11 écoles secondaires et 46 écoles primaires qui étaient visées. Nos résultats, en avril 2012, démontrent que la couverture vaccinale en école secondaire est passée de 67,9 % en début d'opération à 88,1 %. Pour ce qui est des écoles primaires, la couverture vaccinale est passée de 85,3 % à 90,7 % en avril. Ce sont donc 2 395 vaccins qui ont été donnés sur un potentiel de 7 000 personnes ciblées (élèves et personnel).

OUVERTURE D'UN POINT DE CHUTE A LACOLLE

En janvier 2012, le CSSS Haut-Richelieu – Rouville a consolidé son offre de services au point de chute de Lacolle, localisé au Centre d'action bénévole de la Frontière, en y ajoutant des services de prélèvements. La réalisation de ce projet tant attendu a été rendue possible grâce à la mobilisation de tous les acteurs du milieu. Le point de chute offrait déjà des soins de santé sur rendez-vous, tels que des services prénataux et postnataux, de la vaccination infantile ainsi que divers services à domicile. Les nouveaux services de prélèvements permettent d'améliorer l'accessibilité aux services en répondant à un besoin exprimé depuis plusieurs années par la population qui devait se déplacer afin d'obtenir ce type de service.

ENTRETIEN ET MODERNISATION DE NOS IMMOBILISATIONS ET EQUIPEMENTS

Annuellement, le CSSS se voit accordé, par l'Agence et le Ministère, une enveloppe approximative de 2,5 M\$ visant le maintien d'actifs de nos bâtiments, de même qu'une enveloppe dédiée à la rénovation fonctionnelle totalisant environ 1 M\$ répartie entre les installations de centres d'hébergement et autres bâtiments constituant son parc immobilier.

Parmi les travaux effectués en 2011-2012, nous retrouvons, entre autres :

- le remplacement de systèmes de cloche d'appel au Centre d'hébergement Gertrude-Lafrance;
- la réfection de la toiture au niveau de la pouponnière et des soins intensifs de l'Hôpital du Haut-Richelieu, aux centres d'hébergement Val-Joli et Saint-Joseph;
- la climatisation d'espaces communs en centre d'hébergement (solariums, salons de résidents) et le remplacement de fenêtres;
- l'aménagement de l'unité souillée en radiologie à l'Hôpital du Haut-Richelieu;
- le réaménagement de postes de garde aux centres d'hébergement Georges-Phaneuf, Sainte-Croix et Val-Joli;
- le remplacement d'un serpentin de refroidissement et l'installation d'une nouvelle ligne à vapeur dédiés à la stérilisation centrale de l'Hôpital du Haut-Richelieu;
- la réalisation des travaux de la phase 2 du projet de Systèmes Automatisés et Robotisés dans la distribution des Médicaments (SARDM) à l'Hôpital du Haut-Richelieu;
- un projet majeur de réaménagement des espaces de vie visant à améliorer la qualité de vie de nos résidents au Centre d'hébergement Gertrude-Lafrance (réaménagement des aires communes, de salons et salles à manger, de l'unité prothétique, aménagement d'une douche adaptée, etc.).

Par ailleurs, en septembre 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé un investissement de 1,9 M\$ qui permettra, au début de 2012-2013, de réaménager temporairement l'urgence actuelle et d'implanter une unité d'hospitalisation brève. Ces travaux sont conçus de façon à s'intégrer au vaste projet de construction et d'agrandissement majeur en cours. Une unité d'hospitalisation brève accueille des patients pour une durée variant entre 24 et 48 heures; celle de l'Hôpital du Haut-Richelieu comptera une quinzaine de lits. Cette initiative, ainsi que le réaménagement de l'urgence actuelle dans des locaux moins exigus et plus fonctionnels, est l'un des moyens innovateurs qui permet de réduire rapidement la pression s'exerçant sur l'urgence, ce qui entraînera une meilleure fluidité des soins dans tout l'Hôpital.

Du côté de nos équipements médicaux, en 2011-2012, nous avons procédé à l'achat d'équipements pour un montant totalisant 1 166 786 M\$. Parmi les équipements acquis, mentionnons les suivants :

- 1 échographe vasculaire (35 000 \$);
- 1 urodynamomètre (24 423 \$);
- 2 caméras d'endoscopie (49 808 \$);
- 57 Fauteuils roulants (29 096 \$);
- 6 tables d'examen (46 054 \$);
- 1 moniteur physiologique pour accouchements (18 586 \$);
- 1 morcelateur (26 190 \$);
- 1 appareil de sédimentation (24 954 \$);
- 9 capnographe pour respirateurs (88 488 \$);
- 1 microscope opératoire sur pied (80 225 \$);
- 104 lits électriques pour l'Hôpital (311 270 \$);
- 1 système de télémétrie (170 641 \$).

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

LES SERVICES OFFERTS

SERVICES GÉNÉRAUX

Consultations en nutrition	Santé au travail en entreprises
Consultations médicales en CLSC	Soins infirmiers au CLSC
Info-Santé	Vaccination
Prélèvements	

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

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

SERVICES PSYCHOSOCIAUX, DE SANTÉ MENTALE ET POUR LES DÉPENDANCES

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

SOINS ET SERVICES HOSPITALIERS

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

SERVICES POSTHOSPITALISATION

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

DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET PHYSIQUES

Services psychosociaux de 1^{re} ligne pour les personnes ayant un diagnostic de DI-DP-TED

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

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

SERVICES AUX FEMMES ENCEINTES ET AUX JEUNES FAMILLES

Grossesse et accouchement

Rencontres prénatales

Grossesses à risque

Services de sages-femmes

Soutien à l'allaitement

Suivi postnatal

Développement de la petite enfance

Vaccination – nourrissons et jeunes enfants

SERVICES POUR LA JEUNESSE

Services psychosociaux et de santé à l'école

Programme préventif d'hygiène dentaire

Clinique Jeunesse

Crise-Ado-Famille-Enfance

Équipe Intervention Jeunesse (EIJ)

Santé mentale jeunesse

Jeunes et familles en difficulté

SERVICES POUR PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Services à domicile

Répit et soutien aux aidants

Soins infirmiers

Soins médicaux

Soutien psychosocial

Services de réadaptation

Prêts d'équipement

Centres de jour

Hôpitaux de jour

Services d'hébergement

Centres d'hébergement

Ressources de type familial

Ressources intermédiaires

SOINS PALLIATIFS

Soins palliatifs à domicile

Soins palliatifs en établissement

(Maison de soins palliatifs)

ORGANISATION ET INTERVENTION COMMUNAUTAIRE

LA PLANIFICATION STRATEGIQUE 2010-2014: LA TOILE DE FOND DE NOS ACCOMPLISSEMENTS QUOTIDIENS

Le Plan stratégique 2010-2014 du CSSS Haut-Richelieu – Rouville résulte d'un important exercice de consultation auprès de plus de 400 personnes provenant principalement de l'établissement, mais aussi de notre réseau local de santé et de services sociaux. Cette démarche nous a permis de dresser le bilan « postfusion » de l'organisation en appréciant tout le chemin parcouru, en identifiant nos forces, nos limites, nos enjeux, de même que les objectifs sur lesquels nous devons porter une attention particulière au cours des prochaines années, le tout dans un souci de continuité.

Le Plan stratégique comporte 6 orientations majeures desquelles découlent 27 objectifs qui nous permettent de mettre en œuvre des actions très concrètes s'inscrivant à la source même de notre quotidien. Il est le phare qui nous éclaire dans les choix et les actions sur lesquels nous devons focaliser nos énergies afin d'encre mieux répondre aux besoins de notre population en termes d'accessibilité, de continuité et de qualité de services.

Cet outil incontournable nous guide dans l'actualisation de notre mission de services à la population et de notre vision, tout en nous permettant de relever des défis très stimulants, calqués sur la réalité locale et régionale. Il s'inscrit également dans l'esprit du positionnement organisationnel et du thème sous-jacent qui l'accompagne et qui respecte nos valeurs. En effet, ON PREND SOIN DE NOTRE MONDE est le leitmotiv qui nous inspire dans les actions à poser pour placer la personne au cœur de nos préoccupations, et ce, tant pour les dimensions touchant nos usagers que celles visant le personnel et les médecins, et, de façon plus élargie, notre population locale.

Pour cette première année complète de réalisation de notre plan stratégique et en fonction des objectifs ciblés, plus de 50 % de ces derniers ont été réalisés ou amorcés. Cela démontre l'engagement dont le CSSS Haut-Richelieu – Rouville fait preuve dans l'amélioration de la performance clinique et administrative. Plusieurs de ces objectifs trouvent également écho dans l'entente de gestion signée avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, de même que dans notre Projet clinique 2008-2013 qui s'intègre complètement à l'intérieur de notre plan stratégique.

NOS 6 ORIENTATIONS

Au cœur de la qualité et de la sécurité des soins et des services, nos orientations et les objectifs qui en découlent visent des dimensions porteuses afin que le CSSS Haut-Richelieu – Rouville soit une organisation performante centrée sur les besoins de santé et de bien-être de la population et offrant des soins et des services de qualité, accessibles et humains. Ces orientations ont été établies à partir d'une analyse de notre environnement interne et externe, de certaines grandes tendances bien ancrées ou émergentes qui influencent l'organisation, mais aussi des conditions favorables et des contraintes qui agissent sur le contexte général du CSSS tout en constituant un ensemble de défis stimulants à relever au cours des prochaines années. Rappelons que ce sont 27 objectifs qui ont été déterminés afin d'actualiser nos 6 orientations fort importantes.

ORIENTATION 1 – ASSURER DES SOINS ET DES SERVICES CONTINUS

OBJECTIFS VISÉS :

- ✓ **Améliorer l'intégration des trajectoires de soins et de services en misant sur une plus grande coordination des activités.**
- ✓ **Poursuivre la mise en œuvre du plan d'action du projet clinique en collaboration avec nos partenaires.**
- ✓ **Accentuer la collaboration interdisciplinaire dans les pratiques cliniques.**
- ✓ **Intensifier nos efforts de promotion et de prévention en matière de santé.**

NOS RÉSULTATS AU 31 MARS 2012 :

- La consolidation du continuum de services aux personnes âgées où il y a maintenant repérage des personnes à risque de perte d'autonomie à l'urgence de l'Hôpital et, conséquemment, une prise en charge de la clientèle vulnérable repérée pour les personnes de 75 ans et plus.
- Un travail de planification pour la mise en place d'un suivi systématique des grands consommateurs de services a vu le jour.
- L'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, soit à l'urgence et sur 4 unités, et la création de 9 DVD de formation réalisés par les équipes soignantes, et la mise en place d'un accompagnement à cette approche à l'urgence et sur les unités de soins.
- Une diminution de la durée moyenne de séjour d'hospitalisation en chirurgie (6,9 à 5,8 jrs) avec la mise en place du suivi systématique pour les chirurgies de prothèse totale du genou (PTG) et de prothèse totale de la hanche (PTH).
- Des projets portant sur la performance clinique et administrative et des projets Lean dans de nombreux secteurs d'activités (services de soutien à domicile, gestion des lits, clinique externe d'orthopédie, etc.).
- Excellents résultats au Projet clinique 2008-2013 où 80 % des activités prévues ont été réalisées jusqu'à maintenant (voir les résultats pour 2011-2012 en page 35 du rapport annuel de gestion).
- Inscription du CSSS au programme « CSSS Promoteur de la santé », un concept qui propose une vision et un ensemble de stratégies qui permettent de mieux s'adapter aux changements environnementaux internes et externes, et de s'impliquer dans la promotion de la santé des patients, du personnel et de la population de la communauté.

ORIENTATION 2 – AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

OBJECTIFS VISÉS :

- ✓ **Développer davantage l'alternative à l'hospitalisation et à l'hébergement pour mieux répondre aux besoins de la clientèle en accord avec les meilleures pratiques en matière d'utilisation des ressources.**
- ✓ **Réaliser le projet d'organisation du travail afin d'assurer l'accessibilité aux services en visant une utilisation judicieuse de nos ressources.**

- ✓ **Repositionner l'offre de services en chirurgie, médecine et natalité à partir d'une programmation clinique renouvelée.**
- ✓ **Accroître notre potentiel de rétention de la clientèle du territoire au niveau des services hospitaliers et ambulatoires.**

NOS RÉSULTATS AU 31 MARS 2012 :

- Une augmentation de 2 378 heures d'heures travaillées à domicile grâce à une démarche d'optimisation des services dans le secteur des activités du soutien à domicile.
- La mise en œuvre d'un plan d'action pour développer davantage l'alternative à l'hospitalisation et à l'hébergement :
 - Mise en place d'un coordonnateur médical à l'urgence et d'infirmières gestionnaires de l'épisode de soins sur les unités.
 - Réaménagement de l'urgence et de l'unité d'hospitalisation brève (UHB) en cours de réalisation.
 - Amélioration de l'organisation des services ambulatoires par le développement d'une clinique d'investigation issue d'une concertation entre les médecins, les spécialistes et l'équipe soignante. Cette clinique permet d'assurer le suivi auprès de plus de 4 300 patients par année grâce à l'intégration et l'optimisation de nouvelles pratiques par les infirmières telles que l'utilisation des ordonnances collectives.
 - Augmentation des plages de services psychosociaux, de réadaptation et de liaison 7 jours sur 7 à l'Hôpital,
 - Processus de suivi téléphonique auprès des personnes de 75 ans et plus, 72 heures après leur congé de l'urgence.
 - Partenariat avec la clinique Médi-Soleil pour la référence de patients ne nécessitant pas les services de l'urgence. Pour la dernière année, ce sont 4 600 patients s'étant présentés à l'urgence qui ont été référés vers cette clinique réseau.
 - Dans le but de répondre aux besoins de la clientèle en attente pour un lit de longue durée ou un lit en ressource intermédiaire et qui occupait un lit de courte durée ou, encore, était à domicile, nous avons développé 27 nouvelles places dans la communauté. Ces places ont notamment permis de diminuer l'occupation de la salle d'urgence et d'offrir des milieux de vie plus adaptés aux besoins des personnes âgées ayant terminé leur épisode de soins aigu.
- Le déploiement de la 5^e salle d'opération au bloc opératoire accessible 5 jours par semaine, mais dont les bénéfices ont malheureusement été annulés en raison d'un bari important au niveau de la stérilisation et de l'absence d'un anesthésiste en cours d'année.
- L'implantation des services de sages-femmes dans notre CSSS : déjà 18 bébés nés depuis l'automne dernier.
- La planification des travaux visant l'aménagement de la Maison des naissances dans l'ancien CLSC du Richelieu (prévision d'ouverture à l'été 2012).
- L'exploration de la mise en place d'une unité de médecine familiale pour y accueillir des résidents de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

ORIENTATION 3 – RENFORCER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PRATIQUES

OBJECTIFS VISÉS :

- ✓ Intensifier et intégrer le processus d'amélioration continue au sein des équipes de travail en tenant compte de l'évolution des meilleures pratiques reconnues.
- ✓ Optimiser nos plans d'action en matière de gestion des risques et de prévention des infections dans le but d'améliorer la sécurité des usagers.
- ✓ Promouvoir l'approche clientèle (incluant la participation des proches) dans l'organisation en plaçant l'humanisation des soins et des services au cœur de nos actions.
- ✓ Développer une démarche globale d'amélioration de la performance clinique et administrative axée sur les résultats.
- ✓ Mettre en œuvre et soutenir des actions de développement durable dans l'ensemble de nos installations.

NOS RÉSULTATS AU 31 MARS 2012 :

- Les travaux effectués pour améliorer la qualité et la sécurité des services offerts à la population et la visite d'Agrément Canada qui a confirmé cette amélioration en nous permettant d'obtenir d'excellents résultats démontrant un taux de conformité aux normes de 96 % comparativement à 82 % en 2008.
- Un cheminement important au sein de toutes les équipes de travail sur la déclaration et la divulgation d'incidents et accidents, la sensibilisation à la double identification dans les équipes, appuyée de la mise en place de plusieurs politiques, procédures et règlements.
- L'application d'un plan intégré en prévention et contrôle des infections impliquant une mise à jour et une intensification des actions.
- La diffusion de notre code d'éthique et de nombreux sondages de satisfaction auprès de la clientèle.

ORIENTATION 4 – ASSURER UNE GOUVERNANCE DYNAMIQUE ET MOBILISATRICE

OBJECTIFS VISÉS :

- ✓ Simplifier les processus et accélérer la prise de décision dans tous les secteurs de l'organisation.
- ✓ Accentuer et optimiser les moyens favorisant les communications dans les équipes.
- ✓ Clarifier les responsabilités et l'imputabilité des gestionnaires et les soutenir dans l'exercice de leur rôle.
- ✓ Renforcer la cogestion clinico-administrative et médicale dans les programmes clientèles.
- ✓ Développer une culture de reconnaissance dans l'établissement.

NOS RÉSULTATS AU 31 MARS 2012 :

- Un travail important de documentation pour développer notre intranet et aussi assurer un coaching auprès des édimestres et de l'information/formation auprès de plusieurs secteurs d'activités en cours de réalisation.
- La première édition de la semaine « On fête notre monde » en septembre 2011 qui est un événement de reconnaissance envers notre personnel, nos médecins et bénévoles.

- Un effort particulier par tous les gestionnaires de l'établissement pour s'assurer de mettre en place des activités favorisant la bonne communication dans les équipes.

ORIENTATION 5 – ASSURER LA DISPONIBILITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DE TALENTS DIVERSIFIÉS

OBJECTIFS VISÉS :

- ✓ Assurer, en continu, une planification optimale des besoins de main-d'œuvre.
- ✓ Renforcer la mise en place de stratégies novatrices d'attraction et de fidélisation du personnel, des médecins et des bénévoles.
- ✓ Accroître la présence des étudiants et des stagiaires dans tous les secteurs.
- ✓ Soutenir le développement des pratiques et des compétences de tout le personnel.
- ✓ Valoriser les noyaux d'expertise en lien avec les meilleures pratiques cliniques et administratives.

NOS RÉSULTATS AU 31 MARS 2012 :

- La révision de la structure de postes sur les unités de médecine.
- L'élaboration du projet médical qui s'est amorcée.
- La mise en place du plan d'action de la planification de la main-d'œuvre, une journée Portes ouvertes ayant connue un succès considérable avec plus de 400 visiteurs, notre participation à plus d'une trentaine de journées carrière au Québec et notre présence active sur le Web. Ces efforts portent fruits puisque notre taux de dotation des postes n'a cessé de croître depuis 2009, passant de 79 % à 83 % cette année. Uniquement en 2011-2012, malgré la pénurie de main-d'œuvre que nous connaissons, ce sont 426 personnes qui ont été recrutées dans tous nos secteurs d'emploi.
- L'élimination de la main-d'œuvre indépendante (MOI) infirmière dans certains secteurs et réduction globale de la MOI dans l'établissement (2009-2010 : 5,1 %; 2011-2012 : 4,3 %).
- La réduction du temps supplémentaire pour les infirmières de 1,02 % : (2009-2010 : 5,3 %; 2011-2012 : 4,28 %).

ORIENTATION 6 – SE DOTER D'INFRASTRUCTURES ET D'ÉQUIPEMENTS ADÉQUATS

OBJECTIFS VISÉS :

- ✓ Réaliser l'agrandissement et les réaménagements de l'Hôpital selon la programmation prévue.
- ✓ Élaborer un plan d'affaires autour d'équipements et de projets immobiliers structurants et novateurs pour toutes les installations du CSSS.
- ✓ Accroître et optimiser l'utilisation des technologies en soutien aux activités cliniques.
- ✓ Arrimer les actions de la Fondation Santé et des autres partenaires d'affaires avec celles de l'établissement.

NOS RÉSULTATS AU 31 MARS 2012 :

- L'annonce, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, nous permettant d'aller de l'avant avec notre projet d'agrandissement de 90 M\$ représentant un accroissement de 43 % de la surface de l'Hôpital du Haut-Richelieu et visant les secteurs de l'urgence, du bloc opératoire, les soins intensifs et les laboratoires. Cette annonce implique la mise en place d'une cadence soutenue au niveau des travaux de planification avec l'ensemble des équipes de travail concernées afin de s'assurer de rencontrer l'échéancier du projet visant le début des travaux au premier trimestre de 2013.
- Des travaux d'identification des besoins en locaux et des travaux d'infrastructures qui ont touché l'ensemble de nos installations et missions pour un total de plus de 5 M\$.
- Des achats d'équipements non-médicaux et mobiliers pour un montant de 750 000 \$ pour l'ensemble de nos installations.
- Des achats d'équipements médicaux pour un montant de près de 1,2 M\$.
- Des travaux importants pour assurer un programme d'entretien préventif des équipements médicaux.
- La mise en place d'une structure de gouvernance pour la priorisation et la gestion de tous nos projets informatiques et techniques.

LE PROJET CLINIQUE – REALISATIONS AU 31 MARS 2012

La raison d'être du projet clinique est de susciter la révision de l'offre et de l'organisation des services de santé et des services sociaux de notre territoire. Le projet clinique poursuit trois objectifs afin d'améliorer la santé et le bien-être de notre population :

- Améliorer l'accessibilité des soins et des services sociaux à la population.
- S'assurer de la continuité de ces soins et services.
- S'assurer de la qualité des soins et services.

Les activités liées au projet clinique ont débuté en septembre 2006. Plus de 400 personnes de notre réseau local de santé et de services sociaux ont participé aux travaux du projet clinique. Ces personnes provenaient à la fois du CSSS, des établissements à mission régionale, des organismes communautaires, de la population, d'organismes socio-économiques, de cabinets privés de médecins, des milieux municipal et scolaire, etc.

Chaque partenaire du réseau local de services a collaboré à la réussite de ce projet. Celui-ci représente une opportunité pour chacune des parties impliquées d'aller au-delà de ses propres objectifs afin de relever ce grand défi collectif.

La première année des travaux a conduit au choix de 65 cibles prioritaires qui font l'objet d'un plan d'action sur 5 ans, de 2008 à 2013, afin d'assurer l'actualisation et la mise en œuvre des actions découlant de ces cibles.

Chacun des 13 comités de travail a identifié 5 cibles prioritaires, dont minimalement une cible touchant la promotion de la santé et la prévention de la maladie auprès de la population et une cible à portée « réseau local » impliquant de nombreux partenaires du territoire.

Ces cibles sont présentées par grand chantier. Elles consistent en des actions privilégiées à mettre en œuvre afin de diminuer les écarts entre, d'une part, les besoins de la population et, d'autre part, les services offerts, tout en renforçant les pratiques qui ont fait leurs preuves.

Voici les faits saillants des activités réalisées dans le cadre du projet clinique pour l'année 2011-2012 pour chacun des grands chantiers.

CHANTIER UNIVERSEL

VOLET SOCIAL ET DÉPENDANCES

Améliorer l'accessibilité aux services psychosociaux de 1^{re} ligne (CLSC) afin de réduire les délais d'attente :

Un document spécifiant, entre autres, la clientèle admissible aux services psychosociaux de 1^{re} ligne a été révisé. Un formulaire commun d'engagement thérapeutique pour le client a été créé et est utilisé par tous les intervenants. Des normes en lien avec le nombre et la durée des interventions ont été révisées et appliquées. Des normes de rédaction de notes professionnelles au dossier ont été révisées, et les ressources et outils sont partagés entre les intervenants.

VOLET CHIRURGIE

Mettre en œuvre et intensifier les activités de prévention des traumatismes non intentionnels par l'adoption de pratiques sécuritaires lors des loisirs, sur la route ou à domicile (utilisation adéquate des sièges de retenue, sécurité en piscine, dans les aires de jeux municipales et scolaires et sur les fermes, etc.) :

En collaboration avec Nature-Action, déploiement de « Mon école à pied à vélo » dans trois milieux afin de rendre plus sécuritaire le déplacement entre la maison et l'école (École St-Eugène, École St-Alexandre et École St-Joseph de Lacolle).

Le CSSS a apporté son soutien dans le cadre de l'élaboration des politiques municipales afin d'intégrer des mesures de saines habitudes de vie aux politiques de prévention des traumatismes avec la MRC de Rouville, avec la Ville de Marieville et avec les élus de la Municipalité de Lacolle (aménagement des pistes cyclables).

CHANTIER ENFANCE – FAMILLE-JEUNESSE

VOLET (0-5 ANS)

Promouvoir l'acquisition de saines habitudes de vie chez les femmes enceintes et les nouvelles mamans incluant l'allaitement maternel, la non-consommation d'alcool et de drogues, etc., dans le but de favoriser la naissance de bébés en santé :

Le volet des saines habitudes de vie a été intégré au cours prénataux. Une consultation nutritionnelle aux rencontres d'allaitement et aux cliniques du nourrisson est maintenant disponible. Un projet pilote d'intégration d'une nutritionniste dans les rencontres d'allaitement à Richelieu est actuellement en cours.

CHANTIER SANTE MENTALE

VOLET JEUNESSE

Soutenir les activités de prévention en santé mentale jeunesse sur notre territoire :

En collaboration, les membres du comité composé de représentants de l'Éclusier du Haut-Richelieu, de l'Association canadienne de la santé mentale (ACSM) et du CSSS ont pris la décision de soutenir l'activité de prévention Jeunesse de l'ACSM: « Les ateliers d'estime de soi » offerts à la communauté pour les jeunes de 6 à 12 ans et les adolescents. Cette activité fut offerte aux classes d'adaptation scolaire de l'école St-Lucien dans le cadre de l'activité rétablissement « Ces Voix Oubliées ».

Le CSSS a soutenu également l'activité prévention « Pareil pas Pareil, on fait Équipe » pour les enfants de 2^e année au niveau primaire et l'activité « Les préjugés, c'est assez » pour les adolescents de 2^e année au niveau secondaire.

VOLET ADULTES

Offrir le service de suivi intensif dans la communauté à la population qui le requiert afin d'accompagner quotidiennement des personnes ayant des troubles graves de santé mentale pour qu'elles aient :

- un meilleur contrôle de leur maladie;
- une meilleure intégration dans la communauté (logement, travail, études, loisirs), évitant ainsi les visites à l'urgence et les hospitalisations.

L'équipe adulte en santé mentale est soutenue par le Centre national d'Excellence en Santé Mentale (CNESM) pour l'obtention du statut « Équipe École » pour sa fidélité au modèle dans l'application des meilleures pratiques.

Leurs interventions ont été adaptées pour une clientèle souffrant de troubles mentaux graves et spécifiques, pour des personnes présentant un problème concomitant de dépendances et pour leur intégration dans les activités productives telles que la recherche d'emploi et le retour aux études.

CHANTIER LUTTE CONTRE LE CANCER ET LES MALADIES CHRONIQUES

VOLET DIABÈTE

Améliorer l'accessibilité à des services interdisciplinaires intégrés et continus d'enseignement de base en regard des MCV et du diabète afin :

- de répondre à un plus grand nombre de demandes;
- d'être disponibles sur tout le territoire;
- d'harmoniser les interventions.

Une révision de l'offre de services et du suivi systématique à la clientèle diabétique a été réalisée et une formation est offerte aux intervenants du CSSS et des GMF. Des ordonnances collectives ont été rédigées pour accélérer la prise en charge de la clientèle diabétique. Une clinique d'enseignement de l'administration d'insuline pour les nouveaux patients a été mise en place en CLSC.

Une infirmière clinicienne, attitrée à l'enseignement du diabète à la clientèle hospitalisée, a été intégrée à l'équipe multidisciplinaire d'enseignement de la clinique du diabète du CLSC pour assurer une fluidité accrue dans le continuum de services à la clientèle diabétique.

VOLET CANCER

Améliorer l'accessibilité aux équipes dédiées au traitement et au suivi des personnes atteintes de cancer, tant en oncologie qu'en soins palliatifs, afin:

- d'éviter les bris de service;
- de s'assurer d'intervenir dans une approche adaptée aux besoins de ces personnes;
- de soutenir les autres équipes.

Une procédure a été établie pour faciliter la référence du patient en oncologie vers les services disponibles dans le continuum du programme Lutte contre le cancer, notamment entre l'Hôpital et le CLSC, et entre l'Hôpital et la Maison de soins palliatifs. Le fonctionnement en équipe interdisciplinaire est appliqué à la clinique d'oncologie, aux services de soins palliatifs à domicile et à la Maison de soins palliatifs. L'utilisation de l'outil informatique SYMO, par ces trois services, permet le partage de la collecte de données et du plan d'intervention. Ainsi, l'information pertinente à la coordination et la dispensation des services est accessible aux intervenants concernés.

CHANTIER PERTE D'AUTONOMIE LIEE AU VIEILLISSEMENT – DEFICIENCE PHYSIQUE

VOLET NON INSTITUTIONNEL

En raison d'un manque de ressources d'hébergement pour les clientèles ayant des besoins spécifiques (déficience physique, déficits cognitifs, etc.), développer l'accessibilité à des ressources adaptées à leurs besoins :

Il y a eu un appel d'offre et des contrats signés avec des partenaires du RLS pour rehausser les places en hébergement pour des clientèles spécifiques :

- pour la clientèle ayant des déficits cognitifs, ajout de 19 places en 2011-2012 pour un total de 56 places;
- pour la clientèle ayant des déficits cognitifs et légers problèmes physiques, ajout de 11 places en avril 2012, pour un total de 27 places;
- et pour la création d'une ressource pour personnes ayant des problèmes physiques, 15 places en juin 2012.

Les démarches se poursuivent pour la recherche d'un ou des promoteur(s) pour développer une ou des ressource(s) intermédiaire(s) pour la clientèle avec une déficience intellectuelle et vieillissante, et celle présentant un problème de comportement.

VOLET INSTITUTIONNEL

Mettre en œuvre systématiquement un plan d'accompagnement individualisé avec chaque nouveau résident, ainsi que ses proches, afin d'adapter les activités et services proposés pour mieux répondre à ses besoins personnels et à ses préférences :

Le guide opérationnel et les outils relatifs au plan d'accompagnement (PAI) ont été révisés en fonction des exigences ministérielles. Un calendrier des rencontres périodiques de PAI a été mis en place sur chacune des unités de vie. Environ 80 % des résidents ont un PAI dès leur admission.

Un questionnaire d'évaluation de la satisfaction de la clientèle en regard de la rencontre du PAI est distribué et une compilation des résultats est amorcée.

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITE 2011-2012

L'entente de gestion et d'imputabilité convenue entre le CSSS Haut-Richelieu – Rouville et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie couvre un ensemble d'indicateurs qui nous permettent d'évaluer notre performance, tant dans les volets de l'accessibilité, de la continuité que de la qualité de nos soins et services que pour certains aspects reliés à la main-d'œuvre. Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville est en voie d'atteindre ou a atteint et même dépassé ses engagements pour 45 indicateurs alors qu'il n'a pu atteindre ses objectifs pour 31 indicateurs. Soulignons, toutefois, que la non-atteinte des cibles résulte de mauvaises interprétations et/ou de compilations de données erronées dans 30 % des 31 indicateurs, ce qui fausse les résultats finaux. De plus, bien que certains engagements n'aient pu être atteints, nous constatons à plusieurs reprises une nette amélioration par rapport à l'année précédente, notamment au niveau des données de notre urgence hospitalière. Enfin, notons qu'un certain nombre d'indicateurs identifiés à l'entente de gestion qui ne comportaient pas d'engagements pour l'année 2011-2012, mais uniquement des résultats bruts d'activités, n'ont pas été insérés au tableau puisqu'ils ne traduisent pas encore d'évolution dans l'amélioration ou non de l'activité à ce moment-ci.

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITE 2011-2012					
1.1 SANTÉ PUBLIQUE					
Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.01.12-EG2 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	100	66	151,5	↗	Engagement largement dépassé
1.01.12-B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 ^e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	0,15	0,10	150,7	↗	Engagement largement dépassé
1.01.12-B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	0,68	0,40	170,6	↗	Engagement largement dépassé
1.01.12-B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^e semaine au 12 ^e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	0,21	0,10	205,4	↗	Engagement largement dépassé
1.01.12-B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13 ^e au 60 ^e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	0,10	0,10	101	↗	Engagement atteint

1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	18,2	21	86,5	↓	Engagement apparaissant comme non atteint en raison d'une erreur d'entrée de données. Cette cible est pratiquement atteinte puisque nous avons 29 écoles en amorce (la cible est de 30) et 15 écoles en implantation. Les correctifs seront apportés.
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	92,5	85	108,8	↑	Engagement dépassé
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	69	85	81,1	↓	Engagements non atteints. Il s'agit d'un rappel de vaccin à 1 an et nous avons constaté certaines difficultés dans notre processus de rappel aux parents et de prise de rendez-vous en vigueur, en particulier dans un de nos CLSC. Nous sommes à revoir notre processus pour atteindre nos cibles l'an prochain.
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	68,5	85	80,5	↓	

1.1 SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.01.11A-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	100	100	100	↑	Engagement atteint.
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	0	100	0	↓	Engagement non atteint. Dans les faits, nous atteignons 89 % de la cible, mais le système d'information ne nous permet pas cette nuance. Toutefois, le financement reçu ne permet pas de compléter à 100 % le ratio recommandé par le MSSS en fonction du nombre de lits au permis. Conséquemment, nous priorisons là où les risques d'infections sont les plus élevés (courte durée) et y assignons les ressources dont nous disposons.
1.01.11D-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHPSY	0	100	0	↓	Engagement non atteint. Dans les faits, nous atteignons 13 % de la cible, mais le système d'information ne permet pas cette nuance. Toutefois, le financement reçu ne nous permet pas de compléter à 100 % le ratio recommandé par le MSSS en fonction du nombre de lits au permis.

					Conséquemment, nous priorisons là où les risques d'infections sont les plus élevés (courte durée) et y assignons les ressources dont nous disposons. Notons que l'unité de psychiatrie est couverte par le personnel présent en courte durée.
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100	100	100	↗	Engagement atteint.
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	100	100	100	↗	Engagement atteint.

1.2. SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	741	723	102,4	↗	Engagement dépassé.
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	5,56	5,18	107,3	↗	Engagement dépassé.

1.3. PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.03.03-EG1 Nombre moyen d'heures travaillées par année par jour présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3 200	3 152	101,5	↗	Engagement dépassé.
1.03.04-EG1 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,192	0,186	103	↗	Engagement dépassé.
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)	167 516	164 560	101,7	↗	Engagement dépassé.
1.03.05.02-CO 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)	3 789	3 266	116	↗	Engagement dépassé.

1.4. DÉFICIENCE PHYSIQUE

Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.04.03-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	107	133	80,4	↓	Engagement non atteint. Toutefois, toutes les sommes allouées au budget ont été engagées auprès des clients visés par ce programme. Certaines familles n'ont pas pu recourir à des services et/ou n'ont pas transmis de factures de frais encourus pour ceux-ci dans la dernière année, à la hauteur des sommes allouées (1 300\$ en moyenne par famille). À noter: au 31 mars 2012, aucun client n'était en attente de ce service.
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	45,3	75	60,3	↓	Engagements non atteints. Toutefois, toutes les demandes apparaissant comme traitées hors délai des cibles fixées selon les priorités établies au plan d'accès ont fait l'objet d'une analyse. Nous avons constaté, pour la grande majorité d'entre elles, que les priorités inscrites lors du traitement de la demande devaient faire l'objet d'une correction et que certaines demandes comptabilisées auraient dû être exclues puisqu'il ne s'agissait pas d'une première demande de services. Ces validations nous ont amené à constater que, dans les faits, nous avons respecté les standards du plan d'accès mais les technicalités ne nous permettent pas d'inscrire les corrections. Des travaux ont été faits et se poursuivent afin de s'assurer d'un portrait de situation reflétant la réalité de nos actions.
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	43,3	90	48,1	↓	
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	47,8	90	53,1	↓	
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	46,5	75	61,9	↓	
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	44,1	90	49	↓	
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	48,6	90	54	↓	

1.5. DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED					
Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.05.13-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	232	231	100,4	↗	Engagement atteint.
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	50	75	66,6	↘	Engagements non atteints en raison d'une mauvaise priorisation des demandes au niveau de l'accueil santé et psychosociale pour plusieurs références reçues pour cette clientèle, qui est soit déjà connue de l'établissement, reçoit des services d'un autre programme, ou n'est pas priorisée de façon appropriée pour sa condition. Un processus « Lean » est en cours depuis mars 2012 en lien avec le cheminement de cette clientèle et un plan d'action a été élaboré pour apporter les correctifs aux différents processus de l'accueil. Nous devrions donc observer des améliorations notables l'an prochain.
1.45.05.02-PS Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	50	90	55,5	↘	
1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE	50	90	55,5	↘	
1.6. JEUNES EN DIFFICULTÉ					
Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.06.01-EG1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	2 757	2 721	100,3	↗	Engagement dépassé.
1.06.02-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,04	6,9	102	↗	Engagement dépassé.
1.8. SANTÉ MENTALE					
Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	43	48	89,5	↘	Engagement non atteint. Au cours de l'année 2011-2012, en raison de congés maladies et de maternité, nous avons dû former de nouveaux intervenants en santé mentale afin qu'ils deviennent fonctionnels pour répondre aux normes de qualité dans l'intervention auprès d'une clientèle présentant des problèmes sévères de santé mentale. Le

					temps d'apprentissage et d'adaptation requis expliquent que nous n'ayons pas été en mesure d'atteindre nos cibles.
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	92	89	103,3	↗	Engagement dépassé.
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	8,26	12	131,2	↗	Engagement dépassé.
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	2,03	0	0	↘	Engagement non atteint. La clientèle de santé mentale qui demeure 48 heures ou plus à l'urgence est celle qui requiert un monitoring en lien avec un problème de santé physique qui n'est pas stabilisé. L'Unité d'Évaluation et de Traitement Transitoire (UETT) n'est pas équipée et qualifiée pour assurer les traitements ou la surveillance d'un état clinique physique. Cela peut expliquer le délai avec le transfert vers la psychiatrie. De plus, des consultations psychiatriques sont généralement effectuées la même journée suivant la demande en provenance de l'urgence, mais nous avons relevé que lorsque le congé de psychiatrie est donné, les correctifs ne sont pas effectués dans le logiciel SIURGE. Les patients sont donc considérés comme étant toujours en attente pour la psychiatrie, ce qui vient fausser les données.
1.08.09-PS Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	1 702	1 619	105,1	↗	Engagement dépassé.
1.08.10-EG1 Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ou 3 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	51	0	0	↘	Engagement non atteint. Toutefois, notons qu'en santé mentale « adulte », pour les services de 2 ^e ligne, il n'y a pas d'attente de plus de 60 jours, car les cas sont pris en charge à l'intérieur d'un mois. Par ailleurs en pédopsychiatrie, les délais sont plus longs en raison de la clientèle TED 12-18 ans en

					attente d'évaluation. En effet, il n'y a pas d'équipe interdisciplinaire dédiée pour cette clientèle en pédopsychiatrie et seule une pédopsychiatre assume leur évaluation qui requiert plus de temps en raison des problèmes plus complexes de ce groupe d'âge versus l'âge préscolaire.
--	--	--	--	--	---

1.9. SANTÉ PHYSIQUE – SÉJOUR À L'URGENCE

Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	12,84	12	93	→	Résultats obtenus très près de l'engagement ciblé et en voie d'être atteint. Nette amélioration en comparaison avec l'année précédente où le séjour moyen sur civière était de 18,6 heures.
1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	20,48	12	29,3	↘	Engagement non atteint, mais amélioration importante par rapport à l'année dernière où le séjour moyen était de 30,1 heures. La priorité du CSSS est accordée aux personnes de 75 ans et plus pour obtenir un lit sur les unités de soins de l'Hôpital. Beaucoup d'efforts restent encore à faire, mais nous sommes confiants d'améliorer nos résultats en 2012-2013.
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	5	0	0	↘	Engagement non atteint. Toutefois, il y a eu une très grande amélioration par rapport à l'année précédente qui affichait un taux de 11,7. La non- atteinte s'est faite ressentir dans les dernières périodes de l'année et résulte notamment d'une augmentation de l'achalandage à l'urgence, d'un manque de places en ressources intermédiaires et, conséquemment, d'une non-disponibilité de lits de courte durée.

1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	12,1	0	0	↘	Engagement non atteint mais amélioration très significative par rapport à l'an passé où nous affichions un taux de 25,4. Nous poursuivons nos efforts afin d'atteindre la cible, notamment par notre processus « Lean » implanté en gestion des lits.
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	15,19	15	98,7	→	Résultats obtenus très près de l'engagement ciblé et en voie d'être atteint.

1.9. SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS – RADIO-ONCOLOGIE

Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	471	469	100,4	↗	Engagement atteint.
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	20,11	15,53	129,5	↗	Engagement dépassé.
1.09.33-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ou moins (de calendrier)	43,9	70	62,7	↘	Engagement non atteint. Des outils d'aide à la priorisation ont été développés en cours d'année pour s'assurer que les délais seront respectés. Les cibles 2012-2013 devraient donc être atteintes.

1.9. SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE - NOMBRE

Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.09.11-EG1 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	137	120	114,1	↗	Engagement dépassé.
1.09.12-EG1 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	349	382	91,3	→	Résultats obtenus très près de l'engagement ciblé et en voie d'être atteint
1.09.13-EG1 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	2 468	2 559	96,4	→	Résultats obtenus très près de l'engagement ciblé et en voie d'être atteint.
1.09.14-EG1 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	5 012	3 653	137,2	↗	Engagement dépassé.
1.09.15-EG1 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	2 796	2 566	108,9	↗	Engagement dépassé.
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	1	0	0	↘	Engagements non atteints, car il arrive que certains patients ne soient pas stables médicalement pour subir une intervention chirurgicale et demeurent en attente. Par ailleurs, en 2012-2013, nous prévoyons atteindre nos cibles par la mise en place d'un système de distribution des priorités opératoires aux chirurgiens
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	3	0	0	↘	

					qui ont de longues listes d'attente. Toutefois, pour une arthroplastie totale du genou, la demande est beaucoup plus forte que pour la hanche.
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	100	➔	Engagement atteint.
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	133	0	0	➔	Engagements non atteints car les listes de chirurgie d'un jour et de chirurgies avec hospitalisation s'accroissent de façon importante depuis les 2 dernières années et parce que l'objectif visé cette année était de prioriser les chirurgies PTG et PTH. De plus, un bris technique à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux a eu un impact sur la stérilisation des instruments et nous a amené à reporter 250 cas électifs. L'absence d'un anesthésiste pendant plusieurs semaines a aussi eu un impact. Nous comptons améliorer nos délais en 2012-2013.
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	14	0	0	➔	

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

Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
1.09.20.01-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	84,7	90	94	➔	Résultats obtenus très près de l'engagement ciblé et en voie d'être atteint.
1.09.20.02-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	62,8	90	69,7	➔	Engagement non atteint, car il arrive que certains patients ne soient pas stables médicalement pour subir une intervention chirurgicale et demeurent en attente. Par ailleurs, en 2012-2013, nous prévoyons atteindre nos cibles par la mise en place d'un système de distribution des priorités opératoires aux chirurgiens qui ont de longues listes d'attente. De plus, notons que pour une arthroplastie totale du genou, la demande est beaucoup plus forte que pour la hanche.
1.09.20.03-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,4	90	110,4	➔	Engagement dépassé.

1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	92,7	90	102,9	↗	Engagement dépassé.
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	96,7	90	107,4	↗	Engagement dépassé.
3.1. RESSOURCES HUMAINES					
Indicateur	Résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,81	6,18	89,8	↘	Engagement non atteint. En effet, malgré une légère diminution de la fréquence des cas en assurance salaire pour 2011-2012, la fréquence pour l'année 2010-2011 et 2011-2012 demeure très élevée comparativement à l'année 2009-2010. Nous constatons aussi une augmentation des cas de chirurgie ainsi qu'une augmentation des cas plus complexes (difficile à régler dans un court délai).
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4,28	5,53	122,5	↗	Engagement dépassé.
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,6	3,55	126,8	↗	Engagement dépassé.
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	4,25	4,72	109,9	↗	Engagement dépassé.
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,12	0,09	63,8	↘	Engagement non atteint. En effet, la main-d'œuvre indépendante a été utilisée de manière sporadique durant l'année 2011-2012. Elle a été présente surtout en CLSC lors de périodes de vacances et lors de manques non prévisibles dans des secteurs plus difficiles à remplacer. En 2012-2013, l'orientation est de cesser complètement l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante d'infirmières auxiliaires.
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0	0,37	200	↗	Engagement largement dépassé.

4.1. URGENCES (DÉSENCOMBREMENT)

Indicateur	résultat atteint	Engagement 2011-2012	% d'atteinte de l'engagement		Commentaire
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	2,1	3	130	↗	Engagement dépassé.
4.01.02-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	1	3	165	↗	Engagement largement dépassé.
4.01.03-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	3,4	3	85,7	↘	Engagement non atteint. Les 10 places additionnelles dont le financement nous a été octroyé seront ouvertes à l'été 2012. Le taux d'occupation des places de convalescence, tant en centre d'hébergement qu'à l'UTRF, a dépassé 90 %.
4.01.04-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	2	3	131,9	↗	Engagement dépassé.
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	8,4	3	0	↘	Engagement non atteint. En effet, malgré le recours à des achats de places dans certaines résidences privées pour aînés en mesure d'accueillir ces clients, nous n'avons pu répondre à la hauteur des besoins. Nous demeurons en attente de la construction d'un centre d'hébergement de 66 places en partenariat public-privé sur notre territoire.
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	1,9	3	135,1	↗	Engagement dépassé.
4.01.07-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	0,2	3	194,3	↗	Engagement largement dépassé.
4.01.08-EG1 Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des personnes de 75 ans et plus	5,26	4,99	94,6	→	Résultats obtenus très près de l'engagement ciblé et en voie d'être atteint.

APPLICATION DE LA LOI METTANT EN ŒUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 30 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR A L'ÉQUILIBRE BUDGETAIRE EN 2013-2014 ET LA REDUCTION DE LA DETTE

Notre Centre de santé et de services sociaux a dû subir une compression budgétaire récurrente de 748 412 \$ en lien avec la loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014.

Les principales mesures mises en place pour absorber cette compression ont été le non-remplacement et l'abolition de postes à caractère administratif, la réduction de certaines banques d'heures et la réduction des dépenses de formation et d'orientation. De plus, la politique concernant les dépenses de fonction a été révisée de façon à encadrer de façon plus adéquate la gestion des frais de déplacement.

DEMARCHE D'AGREMENT

LES SUITES APPORTEES AUX RECOMMANDATIONS FAITES PAR L'ORGANISME D'AGREMENT DANS SON DERNIER RAPPORT

La dernière visite d'Agrément Canada et du Conseil Québécois d'Agrément (programme conjoint) s'est tenue dans l'établissement du 21 au 25 novembre 2011. L'établissement a reçu ses résultats de la visite à la réception du rapport final le 7 décembre 2011. Le rapport faisait état d'un niveau de conformité aux normes de **96 %** et nous accordait un agrément avec conditions sous forme de rapport. Les conditions portaient sur 6 critères à rencontrer pour le 25 avril 2012 et sur 15 critères à rencontrer pour le 25 octobre 2012. À noter que les visiteurs ont souligné l'accueil chaleureux et le haut niveau de collaboration et de transparence du personnel lors de la visite.

Ces résultats ont permis aux équipes d'amélioration continue de la qualité de bonifier leurs plans d'action déjà amorcés en vue d'atteindre la conformité souhaitée. Au 31 mars 2012, les actions suivantes étaient réalisées ou en voie d'être finalisées en vue de rencontrer les exigences pour le 25 avril 2012:

- Mise à jour des descriptions de fonctions de tous les employés en vue d'y préciser leur rôle et responsabilités pour assurer la sécurité des patients et campagne de sensibilisation pour en promouvoir l'application.
- Sensibilisation du personnel qui effectue les analyses de glycémie capillaire de procéder à la double identification des usagers et rédaction d'une procédure à cet effet.
- Implantation d'une liste de contrôle pour confirmer l'exécution des étapes sécuritaires avant le début d'une chirurgie.
- Audit de qualité pour vérification de la conformité d'application.
- Évaluation des stratégies de prévention des chutes en obstétrique et périnatalité.
- Formation du personnel des secteurs oncologie et soins palliatifs sur les pompes à perfusion et compilation des formations données dans un registre.

Plusieurs actions ont été amorcées ou complétées visant à atteindre les niveaux de conformité attendus pour le 25 octobre 2012 et se poursuivront en début de 2012-2013 :

- Audits visant le port des équipements de sécurité par le personnel des laboratoires.
- Mise en place systématique du temps d'arrêt opératoire.
- Élimination de tout risque de contamination croisée de l'équipement d'endoscopie.
- Entreposage et élimination sécuritaire des médicaments en soins palliatifs.

L'état d'avancement des travaux continuera d'être suivi avec rigueur. Des redditions de comptes sont réalisées régulièrement à l'interne auprès du comité de direction et du conseil d'administration.

SECURITE DES SOINS ET SERVICES

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

Plusieurs activités de promotion de la déclaration des incidents/accidents et des concepts de sécurité des usagers ont été tenues en 2011-2012. La formation sur les Facteurs Humains en relation avec la sécurité des patients a été donnée à deux reprises, soit en avril et novembre 2011, auprès d'employés et de médecins du CSSS. Cette formation multidisciplinaire unique, conçue par le groupe australien Erromed et introduite au Québec par le ministère de la Santé et des Services sociaux, permet aux participants d'intégrer les principes de bases des facteurs humains dans la sécurité des patients, dont les stratégies de prévention des erreurs, et précise l'importance de la déclaration des incidents et accidents.

Une Semaine de la sécurité a également été organisée au CSSS et, dans ce cadre, des séances de formation sur la gestion des risques ont été offertes au personnel. Cette formation explique les fondements de la gestion des risques et l'importance de déclarer les incidents et accidents. Une formation sur les pratiques organisationnelles requises en matière de sécurité a aussi été donnée pendant cette Semaine. Une de ces pratiques organisationnelles porte sur la déclaration des incidents et accidents.

De plus, une formation spécifique sur la déclaration des incidents et accidents avec l'utilisation du formulaire AH-223 a été offerte aux propriétaires des ressources non institutionnelles de notre territoire.

Finalement, un tableau de bord sur les incidents et accidents est diffusé régulièrement afin de témoigner des risques survenus dans l'établissement, des mesures de suivi et de prévention qui en ont découlées et de promouvoir la déclaration.

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

L'année 2011-2012 se démarque par la poursuite de l'implantation du cadre ministériel et de l'harmonisation des pratiques en matière de mesures de contrôle et de prévention des chutes à travers le CSSS.

SECTEUR INSTITUTIONNEL DES CENTRES D'HÉBERGEMENT

Le nombre global de porteurs de contention est passé de 67 en 2009-2010 à 69 en 2010-2011 et à 63 en 2011-2012, ce qui constitue une stabilisation malgré un alourdissement de la clientèle.

Les mesures alternatives utilisées sont, entre autres : le détecteur de mobilité, la cloche d'appel mise à la portée du résident, l'utilisation d'une cloche d'appel plate, les barres d'appui installées au lit, les lits avec quatre ridelles, le tapis de chute, les matelas avec rebords surélevés, l'ajout de rouleaux latéraux ou de coussins corporels au lit, l'utilisation d'aide technique mise à la portée du résident, le réaménagement de l'environnement, le port de chaussures adéquates pour prévenir les chutes, les repères visuels, la révision de la médication, la marche intégrée aux activités quotidiennes, les rappels verbaux des consignes et les paroles rassurantes.

RECOMMANDATIONS POUR LES MESURES DE CONTENTIONS A ETRE APPLIQUEES EN 2011-2012 :

- Maintenir le calendrier des réunions de révision de l'utilisation de la contention pour toutes les unités de vie afin de réviser la pertinence ou non de maintenir la mesure dans un délai maximal de 90 jours (LSSS, 2008);
- Profiter de ces réunions pour discuter de la prévention des chutes.
- Pour chaque porteur de contention, utiliser le formulaire Processus décisionnel pour l'application de mesures alternatives ou de contentions physiques F-456 disponible à l'annexe X du programme.
- Toujours repositionner le lit du résident au plus bas niveau suite à un soin.
- Poursuivre l'achat de mesures alternatives (ex. lits avec 4 ridelles, détecteurs de mobilité, tapis de chute, barre d'appui au lit).

SECTEUR NON INSTITUTIONNEL

Aucun porteur n'a été dénombré dans le secteur non institutionnel et en communautaire.

SECTEUR HOSPITALIER

Pour une première année, des données sont disponibles pour l'Hôpital. En effet, la compilation des données statistiques en courte durée demeurent un défi, car cela doit être compilé manuellement. Avec l'arrivée d'une nouvelle version du plan de soin informatisé, l'information sera plus précise pour l'année 2012-2013.

Le nombre global de porteurs de contention était de 204 pour toutes les unités de soins. Cela représente 1,13 % des admissions totales de l'année en courte durée qui sont au nombre de 18 091 (excluant la chirurgie d'un jour). Les mesures alternatives utilisées sont, entre autres, le détecteur de mobilité, la cloche d'appel mise à la portée de l'usager, les lits avec quatre ridelles, le bracelet anti-fugue et le tapis de chute.

RECOMMANDATIONS POUR LES MESURES DE CONTENTIONS A ETRE APPLIQUEES EN 2011-2012 :

- Poursuivre la sensibilisation et la formation du personnel soignant avec la collaboration du comité interdisciplinaire du CSSS.
- Diffuser le protocole interdisciplinaire pour l'application des mesures de contrôle.
- Compiler et diffuser, à chaque trimestre, les statistiques sur les mesures de contrôle.

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

Pour l'année 2011-2012, le CSSS Haut-Richelieu – Rouville n'a reçu aucun rapport du coroner. Par ailleurs, le sous-comité de gestion des risques et de la qualité étudie et analyse les rapports d'investigation du coroner avec recommandations émises à l'intention d'autres établissements de santé afin de s'assurer que notre CSSS soit conforme à ces recommandations et agisse à titre préventif pour éviter la survenance d'événements de même nature.

EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

LES MOYENS POUR LA POPULATION D'ACCEDER AU RAPPORT ANNUEL DE L'ETABLISSEMENT PORTANT SUR L'APPLICATION DE LA PROCEDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

Au cours de l'année 2011-2012, un total de 278 plaintes et 35 signalements ont été reçus par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services alors que 71 autres plaintes ont été reçues par le médecin examinateur. Au plan de la promotion, elle a rencontré des groupes d'usagers et des membres du personnel pour faire connaître le régime d'examen des plaintes. Son rapport annuel sur l'application de la procédure de l'examen des plaintes a été déposé au conseil d'administration, comme il est prévu à la loi. De plus, annuellement, ce rapport est diffusé auprès de plusieurs instances dont le comité des usagers et les comités de résidents. En plus de transmettre son rapport sur demande, le rapport annuel de la commissaire aux plaintes est accessible directement sur le site Internet (www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville) de l'établissement, tout comme sur son site intranet.

INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

LES MODES D'INFORMATION ET DE CONSULTATION DE LA POPULATION UTILISES AFIN DE CONNAITRE SA SATISFACTION EN REGARD DES RESULTATS OBTENUS

Les modes d'information disponibles pour la population sont multiples au CSSS Haut-Richelieu – Rouville. Plus particulièrement, l'établissement gère un site Internet riche et varié (www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville) qui permet la diffusion d'une information complète quant à l'offre de services de l'organisation et les différentes façons d'y accéder. De plus, des relations de presse soutenues permettent régulièrement de faire connaître différents aspects des soins et services que nous dispensons ainsi que nos bons coups, et différents outils tels que dépliants, brochures, affiches, messages téléphoniques, etc., sont conçus afin de répondre de façon spécifique aux différents besoins d'information de nos usagers identifiés.

Dans le cadre de la préparation de l'établissement à la visite d'agrément, des évaluations de satisfaction ont été réalisées au printemps 2011 auprès de toutes les clientèles du CSSS.

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

De plus, de façon spécifique, afin de mesurer la satisfaction à l'égard de certains aspects des services, différents sondages de satisfaction ont été réalisés dans certains secteurs d'activités en cours d'année. Voici les clientèles consultées ou les secteurs évalués, ainsi que les taux de satisfaction moyens atteints :

- clientèle des soins intensifs (88 %);
- clientèle en convalescence (87 %);
- services alimentaires aux unités de soins de courte durée de l'Hôpital;
- unité de médecine-cardiologie, 5^e nord (78 %); unité de pédiatrie et adultes, 5^e sud (80 %); unité de médecine, 7^e nord (78 %); unité de gériatrie-médecine, 7^e sud (86 %); unité obstétrique, 3^e nord (75 %); et unité de psychiatrie, 4^e nord (79 %);
- les proches des résidents d'une ressource intermédiaire (76 %);
- les proches des résidents de toutes les ressources non-institutionnelles en santé mentale (80 %);
- clientèle de la clinique d'oncologie (94 %);
- clientèle de l'urgence (66 %).

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

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

LES MEMBRES AU 31 MARS 2012

- Michael Dorosz, président (membre coopté)
- André Gladu, vice-président (collège de désignation « personne désignée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie »);
- Anne-Marie Demers, trésorière (membre coopté);
- Christine Lessard, secrétaire, directrice générale (membre d'office);
- Luc Boulais, conseiller (collège de désignation « fondation de l'établissement »);
- Gilles Delorme (collège électoral « population »);
- Jacqueline Drouin (collège électoral « population »);
- Félix Blanchard (collège de désignation « comité des usagers »);
- Micheline Stjagow-Lapointe (collège de désignation « comité des usagers »);
- Dr Gilles Perreault, (collège de désignation « conseil des médecins, dentistes et pharmaciens »);
- Brigitte Lanctôt (collège de désignation « conseil des infirmières et infirmiers »);
- Xavier Vandeputte (collège de désignation « conseil multidisciplinaire »);
- Christine St-Onge (collège de désignation « conseil des sages-femmes »);
- Danyel Murphy (collège de désignation « personnel non clinique »);
- Jean Martin (collège de désignation « personne désignée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie »);
- B. Annie Jacques (membre coopté – organismes communautaires);
- Claudia Dubé (membre coopté);
- Huguette Hébert (membre coopté);
- Yvon Morin (membre coopté).

LISTE DES CONSEILS ET COMITES INSTITUES PAR LA LOI

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

LE CONSEIL DES MEDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2011-2012

Le comité exécutif du CMDP du CSSS Haut-Richelieu – Rouville a tenu ses dix réunions ordinaires sur une base mensuelle et deux assemblées générales en juin et novembre 2011. Plusieurs dossiers ont été résolus dans des délais adéquats grâce au travail constant, à l'assiduité et à la connaissance du milieu des membres du comité exécutif.

L'étroite collaboration entre le secteur administratif et le secteur médical a permis de résoudre certains problèmes et d'amener des pistes parfois «créatives». Mis à part les dossiers ponctuels ou extraordinaires, le comité exécutif a évalué régulièrement et sur une base mensuelle les dossiers suivants :

- Recommandation des nominations des membres du CMDP.
- Suivi de la situation des éclosions de C. Difficile, ERV, SARM.
- Suivi des effectifs médicaux.
- Renouvellement des statuts et privilèges des membres du CMDP.
- Évaluation de la qualité de l'acte médical.
- Adoption des formules/protocoles/ordonnances collectives et médicales.
- Évaluation des rapports médicaux pour requête en autorisation de traitement.
- Révision des procès-verbaux des comités, départements et services médicaux.
- Adoption des règlements des départements et services médicaux.
- Nomination des chefs de service et de départements médicaux.
- État des dossiers incomplets et des protocoles opératoires non dictés.
- Évaluation des plaintes d'ordre médical.

SUIVI DES DOSSIERS INCOMPLETS ET DES PROTOCOLES OPÉRATOIRES NON DICTÉS

Tout comme ce fut le cas au cours des trois dernières années, le comité exécutif a suivi de très près la situation chronique des dossiers incomplets et des protocoles opératoires non dictés. Le suivi continu et un processus d'avertissement systématique semblent avoir porté fruits puisque le nombre total des dossiers «en retard» est passé de plus de 2 500 il y a quelques années à moins de 200 actuellement.

COMITÉ DE PRIORISATION DES DEMANDES MÉDICALES

Suite à des demandes de plusieurs médecins et groupes de médecins, un comité de priorisation des demandes médicales avait été formé l'année dernière afin d'évaluer les différentes demandes et les pistes de solution possibles. Grâce à la collaboration étroite et constante entre l'administration et les médecins impliqués, la majorité des demandes ont été réglées à la satisfaction de tous les intervenants. Devant ce succès, il a été résolu de dissoudre le comité qui avait été formé de façon ponctuelle.

PÉNURIE DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN CENTRE D'HÉBERGEMENT

L'un des principaux dossiers qui a retenu l'attention de l'exécutif du CMDP, cette année, a été sans contredit la pénurie aiguë d'effectifs médicaux en centre d'hébergement. L'accroissement du nombre de cas traités et la lourdeur de ces derniers, combinés aux départs à la retraite et à l'âge avancé de plusieurs médecins dédiés à nos centres d'hébergement, auraient pu fragiliser les soins dans ces installations. Toutefois, grâce à la collaboration récente de deux omnipraticiens qui ont bien voulu prêter main forte à leurs confrères des centres d'hébergement, la situation aiguë a connu un répit. Nous devons cependant rester vigilants et nous assurer que la politique de recrutement des futurs médecins de notre établissement priorise les soins en centre d'hébergement dans un avenir très rapproché.

ARRIVÉE FUTURE DE 28 NOUVEAUX MÉDECINS SPÉCIALISTES

Notre CSSS s'est vu octroyer, au Plan régional des effectifs médicaux (PREM), un ajout de 28 nouveaux médecins spécialistes, échelonné sur les cinq prochaines années. Cette excellente nouvelle pour les soins offerts à nos patients risque de générer certains défis d'ordre logistique tels que la disponibilité d'espaces de bureau et de traitement, l'accroissement proportionnel de la disponibilité des plateaux technologiques et des budgets de fonctionnement rattachés aux activités additionnelles. Nous devons dès aujourd'hui commencer à identifier et à apporter des solutions à ces nouveaux défis.

EXPLORATION D'UN PROJET D'UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE (UMF)

L'Université de Sherbrooke a manifesté, il y a quelques temps déjà, le désir d'instaurer une Unité de Médecine Familiale (UMF) à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Ce projet se dessine de plus en plus et le comité exécutif du CMDP a assuré les différents intervenants de son appui dans ce projet très mobilisateur.

PLAINTES DES USAGERS

Actuellement, un seul médecin examinateur est mandaté pour le traitement des plaintes des usagers visant un membre du CMDP. Le comité exécutif du CMDP souhaiterait toutefois disposer d'une « banque » d'au moins trois médecins examinateurs compte tenu du nombre croissant de plaintes et de la lourdeur relative de certaines d'entre elles. Le recrutement actif pour ce poste se poursuit.

RAPPORT D'ACTIVITÉS DES COMITÉS

Enfin, tous les comités relevant du comité exécutif ont remis leur rapport annuel. Encore une fois cette année, aucun problème spécifique n'a été relevé. Les dossiers discutés au comité exécutif du CMDP deviennent de plus en plus nombreux et parfois plus complexes. Il est donc primordial de poursuivre l'étroite collaboration entre le corps médical et l'administration et de s'assurer de l'implication de l'ensemble de tous les médecins de notre CSSS.

LE CONSEIL DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS (CII)

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2011-2012

Au cours de l'année 2011-2012, le CECII et le CECIIA ont tenu un grand nombre de rencontres, soit neuf rencontres de l'exécutif, neuf comités de travail, deux rencontres avec ses déléguées, une assemblée générale annuelle, sept rencontres du comité de la relève et sept rencontres du comité héritage.

Plusieurs activités ont été réalisées au cours de cette dernière année, dont :

- Reconnaissance des bons coups par la remise des prix Étoile du mérite.
- Promotion de la diversité des activités qui se déroulent dans le CSSS par le biais de kiosques lors de l'assemblée générale annuelle.
- Contribution à la visite d'inspection professionnelle de l'OIIQ sur la norme de documentation.
- Élaboration des avis et recommandations sur l'organisation des soins, les outils cliniques et les problématiques décelées.
- Déploiement de la formation continue en collaboration avec le conseil multidisciplinaire par le biais de conférences-midi.
- Information aux membres, notamment par le biais d'un bulletin d'information.
- Innovation par le biais de différents comités, dont :
 - Comité de la relève très actif auprès des nouvelles infirmières en promouvant la profession, en participant aux journées carrière, au recrutement, à la journée Portes ouvertes du CSSS, aux journées d'accueil des nouveaux employés, et en maintenant des liens avec la relève grâce à différents outils d'information électroniques.
 - Comité Héritage créé en 2011-2012 et dont le mandat principal est de maintenir l'intérêt professionnel des infirmières et infirmières auxiliaires expérimentées, en particulier celles en fin de carrière, mais également de leur permettre d'assurer la transmission de leur savoir auprès des moins expérimentées. Un plan d'action est à venir ainsi qu'un arrimage avec les activités en cours dans ce domaine.

LE CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2011-2012

Les membres de l'exécutif du conseil multidisciplinaire se sont réunis à neuf reprises dans la dernière année. Plusieurs avis concernant des politiques et procédures ont été soumis pendant cette période, notamment au sujet :

- Des pratiques de base au bloc opératoire.
- De la gestion des lits à l'Hôpital et de la prévention des infections.
- De la diffusion et l'appropriation du code d'éthique de l'établissement.
- De la composition du comité des plaies du CSSS.
- De la transmission à la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel des résultats du sondage réalisé lors de l'assemblée générale annuelle 2011 concernant, notamment, la formation. Un plan d'action commun a par la suite été réalisé.

- De la correspondance au ministre de la Santé et des Services sociaux concernant la diminution du nombre de représentants du CM siégeant aux conseils d'administration des CSSS en fonction des amendements à la loi.

En 2011-2012, plusieurs présentations ont été offertes aux membres du CM portant sur différents sujets, dont les pratiques organisationnelles requises dans le cadre de la démarche d'agrément, le réaménagement des locaux de physiothérapie-ergothérapie à l'Hôpital du Haut-Richelieu et la formation du personnel. Du côté des communications, le CM a publié un bulletin d'information et a alimenté régulièrement son sous-site de l'intranet du CSSS par le dépôt et la mise à jour de plusieurs documents. De plus, cinq comités de Pairs ont eu lieu au cours de la dernière année, soit :

- Nutrition enfance famille : Révision et développement d'outils et de documents d'enseignement.
- Physiothérapie : Production de vidéos visant l'amélioration des rencontres de préadmission du suivi systématique PTG-PTH.
- Service social : Élaboration d'un outil de travail sur l'évaluation psychosociale.
- Nutrition (SAD) : Poursuite de la révision et du développement d'outils et de documents d'enseignement.
- Psychosocial : Comité de recherche sur les pratiques en violence (CRPV).

En 2011-2012, quelques conférences-midi ont été organisées à l'intention des membres, dont une portant sur le programme « Premier épisode » en santé mentale et une autre sur la préparation à l'entrevue des compétences. Enfin, en collaboration avec le conseil des infirmières et des infirmiers du CSSS, deux autres conférences-midi se sont tenues au sujet du diabète, d'une part, et de l'impact potentiel des changements sociodémographiques et sanitaires sur les pratiques professionnelles, d'autre part.

LE CONSEIL DES SAGES-FEMMES

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2011-2012

Nouvellement constitué depuis l'automne 2011 avec l'implantation des services de sages-femmes au CSSS Haut-Richelieu – Rouville et l'arrivée de ses professionnelles, le conseil des sages-femmes s'est réuni à deux reprises au cours de cette dernière année. Il a notamment adopté son règlement de régie interne, déterminé ses officiers et proposé la création de sous-comités de travail.

LE COMITE DES USAGERS

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2011-2012

Au cours de l'année 2011-2012, le comité des usagers a tenu dix rencontres, dont trois en sous-comité et une réunion extraordinaire.

Tout au long de l'année, les membres ont rencontré les usagers dans diverses activités, dont la Semaine des droits des usagers, afin de se faire connaître davantage, mais aussi de les renseigner sur leurs droits et leurs obligations. À cet effet, le comité a pu profiter de l'immense collaboration de la Fondation Santé qui lui a offert une place de choix dans plusieurs de ses activités. Enfin, le Comité des usagers a mis sur pied un petit journal d'information destiné aux usagers de notre CSSS.

Le comité a également promu l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers en rencontrant des membres de l'équipe de direction du CSSS. De plus, le comité a évalué le degré de satisfaction des résidents et des familles concernant les repas, notamment l'aide apportée aux résidents durant les repas, les portions (gros et deuxième portion) et la difficulté à respecter les diètes particulières.

Enfin, en ce qui concerne les droits des usagers, le comité a reçu 31 appels d'usagers, soit une hausse de 47,6 % comparativement à l'an dernier.

En 2011-2012, le comité des usagers a rapporté un certain nombre de situations ou problématiques nécessitant des améliorations. Parmi celles-ci, certaines sont déjà en suivi et d'autres feront l'objet de correctifs et/ou de suivis par l'établissement :

- problématique d'isolation de fenêtres à l'Hôpital;
- politique sur l'usage du tabac et problématique en regard de l'utilisation des fumoirs en centre d'hébergement;
- problématique quant à la qualité des services offerts dans une ressource intermédiaire;
- préoccupation quant au temps consacré aux bains des résidents et à l'aide aux repas en centre d'hébergement;
- insatisfaction des heures de rendez-vous au département d'orthopédie;
- insatisfaction du temps d'attente à l'urgence de l'Hôpital;
- manque d'espaces de stationnement dans un centre d'hébergement;
- problématique du manque de personnel et au niveau de la liste de rappel;
- manque d'information aux usagers suivis par les services de soutien à domicile;
- lacunes concernant les toilettes réservées aux personnes handicapées;
- comptoir d'orthopédie non adapté à la clientèle en fauteuil roulant;
- insatisfaction quant à l'entretien des espaces paysagers des centres d'hébergement;
- transformation temporaire de salons de résidents en chambres en centre d'hébergement;
- plan d'action et politique alimentaire.

LE COMITE DE GESTION DES RISQUES

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2011-2012

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

En 2011-2012, le CSSS s'est assuré de mettre en place les ressources nécessaires afin de rencontrer les délais de saisie exigés par le MSSS au sujet des déclarations d'incidents et d'accidents, et ainsi d'alimenter le registre national. Il est donc possible, maintenant, de disposer d'informations complètes et à jour pour faire un meilleur suivi des risques, et de mettre à jour le tableau de bord de suivi. Des rapports plus détaillés par secteur d'activités sont en élaboration et se poursuivront en 2012-2013.

Voici quelques résultats issus du registre local des incidents/accidents. Il importe de noter que, bien que le nombre d'événements apparaisse élevé, c'est plus de 85 % des situations à risque qui n'entraînent aucune conséquence pour l'utilisateur et 99,96 % qui ne causent aucun dommage irréversible pour l'état de santé de l'utilisateur. Il importe donc de poursuivre les efforts de prévention et de correction des risques pour, justement, éviter l'augmentation de la gravité des événements indésirables auprès des usagers. Chaque événement est catégorisé selon une échelle de gravité à 10 niveaux (A à I), allant d'une gravité nulle (A) à une gravité maximale, soit le décès de l'utilisateur (I).

INCIDENTS / ACCIDENTS	2009-2010	2010-2011	2011-2012
NOMBRE TOTAL D'ÉVÉNEMENTS	9 093	8 805	9 207
Erreurs de médicaments	34 %	36 %	38 %
Chutes d'usagers ou de résidents	33 %	36 %	33 %
Erreurs reliées aux traitements ou tests diagnostiques	12 %	9 %	9 %
Événements reliés à l'équipement, matériel, bâtiment	6 %	6 %	6 %
Autres causes diverses	15 %	13 %	14 %
GRAVITÉ	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Erreurs détectées AVANT d'atteindre l'utilisateur (A-B)	12 %	10 %	9 %
Erreurs SANS conséquence pour l'utilisateur (C-D)	74 %	76 %	76 %
Erreurs AVEC conséquences temporaires nécessitant des soins pour l'utilisateur (E ₁ -E ₂ -F)	13 %	14 %	15 %
Erreurs AVEC conséquences graves pour l'utilisateur (G-H-I) (événements sentinelles)	0,11 %	0,10 %	0,04 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Tous les événements survenant auprès des usagers sont surveillés et certains sont examinés plus en profondeur par du personnel qualifié sur le terrain selon la gravité. Les événements « sentinelles » font l'objet d'une analyse approfondie et des mesures pour éviter la récurrence sont mises en place et suivies en comité de gestion des risques. Un rapport est fait régulièrement au comité de direction et au comité de vigilance de la qualité des services du conseil d'administration sur le suivi des événements « sentinelles » et sur les recommandations du comité de gestion des risques.

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

Le taux d'incidence moyen de *Clostridium difficile* à l'Hôpital du Haut-Richelieu pour 2011-2012 est de 6,7 par 10 000 jours-présence. C'est le même taux que l'an passé. Notre incidence se situe au-dessus de la moyenne régionale avec un taux de 5,0 par 10 000 jours-présence.

Notre taux d'incidence de SARM est de 7,4 par 10 000 jours-présence; l'an passé, le taux était de 8,68. Plusieurs des cas nosocomiaux ont acquis le SARM sur deux de nos unités hospitalières cette année.

Pour l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), notre incidence se situait à 6,5 par 10 000 jours-présence l'an passé où nous avons connu une importante éclosion. En 2011-2012, notre incidence s'est située à 1,2 par 10 000 jours présence.

En 2011-2012, nous avons également procédé à la révision du cahier de références en prévention et contrôle des infections et au développement de nouvelles références disponibles sur le site intranet du CSSS :

- **Politiques et procédures adoptées :**
 - « Gestion des lits, en lien avec la prévention et le contrôle des infections, en centre d'hébergement, hébergement temporaire, réadaptation, unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) et soins palliatifs ».

- Révision de la « Gestion des lits en centre hospitalier ».
- « Indication d'un dépistage de SARM et ERV en centre d'hébergement, hébergement temporaire, réadaptation, unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) et soins palliatifs ».
- « Pratiques de base au bloc opératoire ».
- « Transport des usagers à l'extérieur de l'établissement et prévention des infections ».
- **Politiques et procédures en attente d'adoption :**
 - Ordonnance collective « Décolonisation préopératoire des clients porteurs de la bactérie SARM ».
- **Politiques, procédures et ordonnances collectives en consultation :**
 - « Présence d'un animal dans nos établissements ».
 - « Gestion des éclosions ».
 - Ordonnance collective « Dépistage d'entérocoque résistant à la vancomycine ».
 - Révision de l'ordonnance collective OC-018 « Dépistage de SARM ».
 - Révision de l'ordonnance collective OC-019 « Test de toxine de *Clostridium difficile* ».
 - Révision de l'ordonnance collective OC-020 « Demande de prélèvements dans un but de prévention et contrôle des infections ».
 - « Le bain ou la douche pour un usager en précautions additionnelles ».
 - « Circulation des usagers en précautions additionnelles dans l'établissement ».
- **Politiques et procédures en travail :**
 - « Pratiques de base et précautions additionnelles en centre d'hébergement, hébergement temporaire, réadaptation, unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) et soins palliatifs ».
 - « Les procédures de précautions additionnelles au bloc opératoire ».
 - « Maladie de Creutzfeldt-Jakob ».

En octobre 2011, nous avons organisé, en collaboration avec la Table régionale de prévention des infections (TRPIN), une semaine visant la promotion de l'hygiène des mains. La campagne visait plus particulièrement le personnel de l'Hôpital, des centres d'hébergement et des CLSC. En tout, 1 014 personnes ont été rejointes; ceci représente 28 % de l'ensemble du personnel.

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

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

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

- Début de la révision du processus d'urgence code blanc en CLSC et centre d'hébergement.
- Mise en place d'un arrimage entre le département d'inhalothérapie et le secteur de la natalité pour améliorer la coordination d'équipe lors d'accouchements à risque.

- Création et intégration du code rose (réanimation d'un nouveau-né) dans les codes d'urgences de l'Hôpital du Haut-Richelieu.
- Création d'un formulaire facilitant les notes rapides des interventions faites lors d'une réanimation néonatale.
- Recommandation au département de pharmacie d'émettre des lignes directrices concernant l'utilisation des termes génériques et commerciaux concernant les médicaments.
- Rappel sur la notion de congé et de responsabilité de l'établissement jusqu'au départ de l'usager.
- Renforcement sur la qualité des notes d'observation des infirmières pour les départements de l'urgence et de la pédiatrie.
- Diffusion et sensibilisation à la règle de soins concernant le transfert d'information d'un patient en hébergement vers une autre installation du CSSS.
- Suivi de l'état d'avancement de l'implantation des mesures de sécurité des actifs informationnels.
- Suivi de l'état d'avancement du plan d'action de prévention et contrôle des infections (PCI). Ce plan d'action intègre les recommandations du comité de PCI, de l'équipe PCI de l'Agence et des recommandations d'Agrément Canada. Les actions portent, notamment, sur des mesures visant l'hygiène des mains, les pratiques de base de prévention, les matériaux poreux à éliminer, la désinfection du matériel et des équipements, les utilités propres et souillées, la stérilisation et la pharmacovigilance.

LE COMITE DE GOUVERNANCE ET D'ETHIQUE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2011-2012

Ce comité a officiellement vu le jour à la toute fin de l'année 2011-2012 avec la constitution du nouveau conseil d'administration. Conséquemment, les travaux n'ont été amorcés qu'en avril 2012.

LE COMITE DE VIGILANCE ET DE QUALITE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITES 2011-2012

En 2011-2012, les membres du comité ont tenu cinq rencontres régulières et une rencontre de travail. À chaque rencontre, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a présenté un rapport concernant les plaintes et les signalements examinés depuis la dernière rencontre, ainsi que les mesures qui seront mises en œuvre pour améliorer ou corriger la situation. Certains dossiers ont fait l'objet d'un suivi étroit, notamment les mesures mises de l'avant pour améliorer la qualité des services à l'urgence de l'Hôpital.

Les rapports ou bilans soumis au conseil d'administration ont été analysés. Notons, par exemple, les rapports :

- de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité;
- du médecin examinateur;
- du comité de révision;

- du comité d'éthique clinique;
- du comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- du comité de gestion des risques;
- du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- du conseil des infirmiers et infirmières;
- du conseil multidisciplinaire;
- et le bilan sur des activités reliées à la sécurité des actifs informationnels.

Le comité a formulé une recommandation au conseil d'administration concernant la mise en œuvre complète du plan d'action à la suite des visites ministérielles (2006-2007) des ressources intermédiaires et des résidences d'accueil en santé mentale. Le comité a également fait le suivi des recommandations formulées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par la Direction nationale des urgences lors des visites d'appréciation de la qualité. Certaines directions ont également présenté l'état de réalisation de leur plan d'action respectif en vue de mettre en œuvre certaines recommandations et différentes mesures. Au total, le comité a suivi les plans d'action suivants :

- Plan d'action concernant le Centre d'hébergement Georges-Phaneuf.
- Plan d'action concernant le Centre d'hébergement Champagnat.
- Plan d'action concernant le Centre d'hébergement Sainte-Croix.
- Plan d'action concernant le Centre d'hébergement Gertrude-Lafrance.
- Plan d'action concernant le Centre d'hébergement Val-Joli.
- Plan d'action concernant l'urgence de l'Hôpital du Haut-Richelieu.

Le comité a également été informé des recommandations formulées par le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec lors de visites d'inspection. Dans les deux cas, des plans d'action ont été rédigés.

Périodiquement, des comptes-rendus des rapports d'incidents/accidents, des rapports du coroner ainsi que des mesures mises en place lorsqu'il y a des recommandations sont présentées. Il en est de même des informations concernant certains événements « Sentinelles », de la démarche d'agrément ainsi que des résultats de différents sondages de satisfaction auprès de la clientèle.

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

LES EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT	2011-2012	2010-2011	VARIATION
Les cadres (en date du 31 mars 2012)			
Temps complet (Nombre de personnes)	113	115	(2)
Temps partiel :			
• Nombre de personnes	4	7	(3)
• Équivalents temps complet (ETC)	2	4	(2)
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0	0
Les employés réguliers (en date du 31 mars 2012)			
Temps complet (Nombre de personnes)	1 408	1 363	45
Temps partiel :			
• Nombre de personnes	1 358	1 357	1
• Équivalents temps complet (ETC)	789	770	19
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0	0
Les occasionnels			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 489 545	1 323 527	166 018
Équivalents temps complet (ETC)	815	724	91

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Nom de l'établissement
CSSS Haut-Richelieu - Rouville

Code
1104-4542

Page
120-00

Rapport de l'auditeur indépendant - É/F et autres informations financières

exercice terminé le 31 mars 2012

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

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

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 et les états des résultats, des déficits accumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisons l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en oeuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un

Rapport de l'auditeur indépendant - É/F et autres informations financières exercice terminé le 31 mars 2012
audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit avec réserves.

Fondement de l'opinion avec réserves

Ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Opinion avec réserves

À notre avis, à l'exception des incidences des problèmes décrits dans les paragraphes de fondement de l'opinion avec réserves, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville au 31 mars 2012 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Raymond Charlot Saint-Théophile SENECAL

(1)

Saint-Jean-sur-Richelieu

Le 13 juin 2012

(1) CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique no A114191

Tous les fonds		Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ			
ÉTAT DES RÉSULTATS					
		Exploitation	Immobilisations	Total	
		2011-2012	2011-2012	2011-2012	2010-2011
		\$	\$	\$	\$
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	01	227 366 989	6 548 989	233 915 978	213 863 150
Subventions Gouvernement du Canada	02	100 080		100 080	100 080
Contributions des usagers	03	15 795 982		15 795 982	15 528 370
Ventes de services et recouvrements	04	2 873 692		2 873 692	3 358 915
Donations	05	752 126	1 109 413	1 861 539	1 187 924
Revenus de placement	06				2 095
Revenus de type commercial	07	328 660		328 660	439 137
Gain sur disposition	08				
.....	09				
.....	10				
Autres revenus	11	2 281 197	83 225	2 364 422	2 371 094
TOTAL (L.01 à L.11)	12	249 498 726	7 741 627	257 240 353	236 850 765
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	173 475 322		173 475 322	160 804 615
Médicaments	14	8 459 669		8 459 669	8 033 966
Produits sanguins	15	2 297 449		2 297 449	2 053 495
Fournitures médicales et chirurgicales	16	12 691 987		12 691 987	11 441 102
Denrées alimentaires	17	2 703 943		2 703 943	2 657 361
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	10 108 766		10 108 766	8 586 811
Frais financiers	19	8 853	2 036 117	2 044 970	1 673 888
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	3 247 521	619 060	3 866 581	3 957 416
Créances douteuses	21	57 998		57 998	149 083
.....	22				
Amortissement des immobilisations	23		5 583 401	5 583 401	5 441 174
Perte sur disposition d'immobilisations	24		84 724	84 724	104 054
.....	25				
.....	26				
Autres charges	27	35 399 886		35 399 886	32 525 154
TOTAL (L.13 à L.27)	28	248 451 394	8 323 302	256 774 696	237 428 119
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	1 047 332	(581 675)	465 657	(577 354)
		=====	=====	=====	=====

Tous les fonds		Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ			
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE					
		Fonds		Total	
		Exploitation	Immobilisations	2011-2012	2010-2011
		\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert de banque)	01	3 751 039	222 864	3 973 903	9 591 650
Placements temporaires	02				
Débiteurs – Agence et MSSS	03	14 244 537	11 591	14 256 128	7 674 480
Autres débiteurs	04	3 749 747	318 712	4 068 459	4 567 201
.....	05				
Créances interfonds (dettes interfonds)	06	(1 631 598)	1 631 598		
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	07	15 390 269	2 752 817	18 143 086	16 409 577
Placements à long terme	08				
Frais reportée liés aux dettes	09		126 237	126 237	107 175
.....	10				
.....	11				
Autres éléments	12	519 770	204	519 974	952 213
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L. 01 à L.12)	13	36 023 764	5 064 023	41 087 787	39 302 296
PASSIFS					
Emprunts temporaires	14		5 642 315	5 642 315	7 408 040
Créditeurs – Agence et MSSS	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer	16	39 033 890	885 827	39 919 717	35 408 511
Avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées	17		4 296 281	4 296 281	6 432 930
Intérêts courus à payer	18		499 256	499 256	483 297
Revenus reportés	19	2 187 370	6 375 218	8 562 588	10 972 956
.....	20				
Dettes à long terme	21		48 287 933	48 287 933	43 650 072
Passifs environnementaux	22				
.....	23				
.....	24				
Autres éléments	25	579 049	20 091	599 140	661 915
TOTAL DES PASSIFS (L. 14 À L. 26)	26	41 800 309	66 006 921	107 807 230	105 017 721
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 – L.26)	27	(5 776 545)	(60 942 898)	(66 719 443)	(65 715 425)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations	28		62 583 331	62 583 331	58 559 201
Stocks de fournitures	29	1 966 969		1 966 969	4 381 388
Frais payés d'avance	30	600 854		600 854	740 890
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	2 567 823	62 583 331	65 151 154	63 681 479
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32				
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 – L.28)	33	(3 208 722)	1 640 433	(1 568 289)	(2 033 946)
		=====	=====	=====	=====

Tous les fonds		Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ			
ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)					
		Fonds		Total	
		Exploitation	Immobilisations	2011-2012 \$	2010-2011 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	01	(8 074 311)	(57 641 114)	(65 715 425)	(66 603 911)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	03				5 026 619
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	04	(8 074 311)	(57 641 114)	(65 715 425)	(61 577 292)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	05	1 047 332	(581 675)	465 657	(577 354)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	06		(9 692 255)	(9 692 255)	(8 896 331)
Amortissement de l'exercice	07		5 583 401	5 583 401	5 441 174
(Gain)/Perte sur dispositions	08		84 724	84 724	104 054
Produits sur dispositions	09				11 999
Réduction de valeurs	10				
Ajustements des immobilisations	11				
Intérêts capitalisés	12				
Coûts indirects capitalisés	13				
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		(4 024 130)	(4 024 130)	(3 339 104)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	15				
Acquisition de frais payés d'avance	16				
Utilisation de stocks de fournitures	17	2 414 419		2 414 419	(101 177)
Utilisation de frais payés d'avance	18	140 036		140 036	(120 498)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	2 554 455		2 554 455	(221 675)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20	(1 304 021)	1 304 021		
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	2 297 766	(3 301 784)	(1 004 018)	(4 138 133)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	22	(5 776 545)	(60 942 898)	(66 719 443)	(65 715 425)
		=====	=====	=====	=====

Fonds d'exploitation		Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ			
ÉTAT DES RÉSULTATS					
		Activités principales \$	Activités accessoires \$	Total \$	Ex. précédent 2010-2011 \$
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	01	227 366 989		227 366 989	208 213 487
Subventions Gouvernement du Canada	02		100 080	100 080	100 080
Contributions des usagers	03	15 795 982		15 795 982	15 528 370
Ventes de services et recouvrements	04	2 873 692		2 873 692	3 358 915
Donations	05	470 687	281 439	752 126	70 485
Revenus de placement	06				2 095
Revenus de type commercial	07		328 660	328 660	439 137
Gain sur disposition	08				
.....	09				
.....	10				
Autres revenus	11	1 128 892	1 152 305	2 281 197	2 362 111
TOTAL (L.01 à L.11)	12	247 636 242	1 862 484	249 498 726	230 074 680
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	172 366 928	1 108 394	173 475 322	160 804 615
Médicaments	14	8 459 669		8 459 669	8 033 966
Produits sanguins	15	2 297 449		2 297 449	2 053 495
Fournitures médicales et chirurgicales	16	12 691 987		12 691 987	11 441 102
Denrées alimentaires	17	2 703 943		2 703 943	2 657 361
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	10 108 766		10 108 766	8 586 811
Frais financiers	19	8 853		8 853	31 580
Entretien et réparations	20	3 247 521		3 247 521	3 234 322
Créances douteuses	21	57 998		57 998	149 083
.....	22				
.....	23				
Autres charges	24	34 953 796	446 090	35 399 886	33 659 699
TOTAL (L.13 à L.24)	25	246 896 910	1 554 484	248 451 394	230 652 034
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 – L.25)	26	739 332	308 000	1 047 332	(577 354)
		=====	=====	=====	=====

NOTE 1 - RÉSULTAT DES OPÉRATIONS

- o Le surplus du fonds d'exploitation de 1 047 332 \$ a été imputé à l'état des surplus (déficits) cumulés, auquel on a appliqué le résultat des transferts interfonds, montrant ainsi un résultat net déficitaire de 256 689 \$.
- o Le déficit du fonds d'immobilisations de 581 675 \$ a été imputé à l'état des surplus (déficits) cumulés, auquel on a appliqué le résultat des transferts interfonds, montrant ainsi un résultat net de 722 346 \$.

NOTE 2 - 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 des services sociaux. Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être, et la contribution active de la population du territoire du CSSS du Haut-Richelieu-Rouville en orchestrant les soins de santé et de services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social du centre de santé est situé au 978, boulevard du Séminaire Nord à Saint-Jean-sur-Richelieu. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région. En vertu des lois fédérales et provinciales de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

NOTE 3 - MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

MODÈLE DE PRÉSENTATION

Le rapport financier annuel est préparé conformément aux Normes canadiennes pour le secteur public, et l'établissement a adopté pour la première fois le modèle de présentation du rapport financier annuel proposé par ce référentiel. Par conséquent, les données financières relatives aux fonds de dotation, à destinations spéciales, de stationnement ou affectés ont été intégrées selon leurs fins, soit au fonds d'exploitation, soit au fonds d'immobilisations, les seuls fonds subsistants. Le nouveau modèle de présentation introduit l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et remplace l'état du solde de fonds par l'état des surplus (déficits) cumulés.

L'adoption de ce nouveau modèle de présentation n'implique aucune modification dans la comptabilisation des opérations et événements, uniquement dans la présentation au rapport financier annuel, notamment les immobilisations, les stocks de fourniture et les frais payés d'avance qui sont désormais regroupés sous l'appellation "actifs non financiers" à l'état de la situation financière.

AFFECTATION DES SURPLUS CUMULÉS

Dans les exercices antérieurs, les informations concernant les affectations d'origine interne étaient présentées à l'état du solde de fonds. Conformément aux normes comptables canadiennes du secteur public, celles-ci font maintenant l'objet d'une note complémentaire.

MODIFICATIONS COMPTABLES

Dans les exercices passés, les données comparatives incluses au rapport financier annuel n'étaient pas retraitées pour considérer l'impact des modifications comptables autres que les révisions d'estimations comptables adoptées au cours de l'exercice. Dorénavant, les exercices antérieurs sont redressés lorsque l'information nécessaire pour ce faire peut être établie au prix d'un effort raisonnable.

BIENS DÉTENUS EN FIDUCIE

À partir de l'exercice financier 2011-2012, les opérations et soldes relatifs aux biens détenus en fiducie ne sont plus comptabilisés dans le rapport financier annuel des établissements. L'information sommaire à leur égard est maintenant présentée par voie de note complémentaire.

Cette modification comptable appliquée rétroactivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2012	2011
Encaisse	43 154 \$	42 102 \$
Autres éléments (des passifs financiers)	(43 154) \$	(42 102) \$
Revenus de placements	427 \$	351 \$

SUBVENTION À RECEVOIR SUR LES DETTES FINANCIÉES PAR LE GOUVERNEMENT - RÉFORME COMPTABLE

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2012
Subventions à recevoir - Immobilisations - Écart de financement - Réforme comptable	2 189 947 \$
Subventions - Gouvernement du Québec	2 189 947 \$
Surplus (déficits) de l'exercice	2 189 947 \$

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

RÉFÉRENTIEL COMPTABLE

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, sans les chapitres SP4200 à SP 4270, émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

PÉRIMÈTRE COMPTABLE

L'établissement rend compte dans son rapport financier annuel de toutes les activités et ressources financières qu'il contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Les entités incluses dans le périmètre comptable de l'établissement sont énumérées à la note complémentaire 5 au rapport financier annuel et ont été consolidées ligne par ligne.

UTILISATION D'ESTIMATIONS

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

COMPTABILITÉ D'EXERCICE

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

PRÉSENTATION PAR FONDS

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations.

Les opérations et les soldes sont présentés dans chacun des fonds respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

Le fonds d'exploitation : Ce fonds regroupe les opérations relatives courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

Le fonds d'immobilisations : Ce fonds regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre financement se rattachant aux immobilisations. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

TRANSFERTS INTERFONDS

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, tous les transferts entre fonds sont comptabilisés directement à l'état des surplus (déficits) cumulés et non pas comme une charge au fonds d'origine et un revenu au fonds receveur.

CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS

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

Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

CENTRES D'ACTIVITÉS

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

SUBDIVISIONS DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES

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

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

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

UNITÉS DE MESURE

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

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

Notes aux états financiers - AUDITÉE
STOCK

exercice terminé le 31 mars 2012

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

IMMOBILISATIONS

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis, selon une méthode logique et systématique, sur une période correspondant à leur durée de vie utile. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne font pas l'objet d'amortissement avant leur mise en service.

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

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

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 et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

AVOIR PROPRE

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations.

Il comprend les résultats des activités principales et accessoires. L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

REVENUS

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, agences, MSSS, etc. :

Ces sommes, dont le budget de fonctionnement et les rectificatifs postbudgétaires, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites (développement, joueurs pathologiques, etc.) et que les dépenses seront assumées dans le futur.

Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement :

Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles 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.

AUTRES REVENUS

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

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. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

SUBVENTIONS DU MSSS - ÉCART DE FINANCEMENT - IMMOBILISATIONS

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 est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement de la subvention est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

CHARGES INHÉRENTES AUX VENTES DE SERVICES

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

RÉGIMES DE RETRAITE

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

NOTE 5 - EMPRUNT BANCAIRE

Billet à terme, 5,65%, remboursable par un versement annuel de 43,823 \$ à partir du 25 octobre 2004, échéant le 25 octobre 2012	744 985 \$
Billet à terme, 6,31%, remboursable par un versement annuel de 306,204 \$, échéant le 1er décembre 2015	2 323 221 \$
Billet à terme, 4,41%, remboursable par un versement annuel de 106 757 \$ à partir du 1 avril 2007, échéant le 1 avril 2013	213 513 \$
Billet à terme, 4,46%, remboursable par un versement annuel de 261 821 \$ à partir du 1 mars 2008, échéant le 1 mars 2014	5 072 621 \$
Billet à terme, 4,612%, versements annuels de 162 186 \$ excluant les intérêts, échéant en septembre 2013	3 405 914 \$
Billet à terme, 4,2175%, versements annuels de 162 386 \$ excluant les intérêts, échéant en décembre 2014	3 410 096 \$
Billet à terme, 3,835%, versements annuels de 630 120 \$ excluant les intérêts, échéant en décembre 2016	8 813 253 \$
Billet à terme, 3,594%, versements annuels de 133 555 \$ excluant les intérêts, échéant en décembre 2017	3 205 328 \$
Billet à terme, 4,692%, versements annuels de 119 684 \$ excluant les intérêts, échéant en décembre 2035	2 872 423 \$
Billet à terme, 3,32%, versements annuels de 407 029 \$ excluant les intérêts, échéant le 1er juin 2014	7 152 481 \$
Billet à terme, 1,9628%, versements annuels de 314 962 \$ excluant les intérêts, échéant le 25 avril 2017	7 874 060 \$
Hypothèque immobilière à 7,8750%, versements annuels de 49,236 \$, capital et intérêts, échéant en 2022	329 929 \$
Hypothèques immobilières à 6,875%, versements annuels de 67 007 \$, capital et intérêts, échéant en 2021 et 2022	457 349 \$
Prêt - projet autofinancé «CHQ», montant initial autorisé de 1 802 345 \$, financé au taux des acceptations bancaires + 0,30%; échéant en juillet 2012	139 328 \$
Emprunt bancaire, taux préférentiel, remboursable par un versement annuel de 80 800 \$, échéant le 11 mars 2014	1 373 599 \$
Emprunt bancaire, 3,65%, versement annuel en capital de 89 000 \$ + intérêt, échéant le 14/12/2020 (TÉLÉPHONIE)	801 000 \$

Emprunt bancaire, taux acceptations bancaires plus 0,30%
dont l'échéance est le 18/12/2012 (MPCASAD Richelieu) - II 98 833 \$

48 287 933 \$
=====

Les versements sur la dette à long terme au cours des cinq prochains exercices s'élèvent à:

2012-2013	3 815 415 \$
2013-2014	11 679 065 \$
2014-2015	11 083 910 \$
2015-2016	2 763 501 \$
2016-2017	6 995 869 \$

NOTE 6 - OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

Les obligations contractuelles du CSSS Haut-Richelieu - Rouville pour les exercices débutant en 2012-2013 et suivants totalisent 62 992 796 \$ et comprennent, entre autre, ce qui suit:

- Un montant de 4 396 533 \$ en contrats d'acquisition d'immobilisations conclus pour des achats de mobilier, d'équipements et pour les travaux engagés auprès de plusieurs fournisseurs non apparentés.
- Un montant de 287 803 \$ en contrats de location-exploitation de photocopieurs, conclus avec un fournisseur non apparenté et venant à échéance à différentes dates jusqu'au 1er décembre 2016. Les versements pour les cinq prochaines années s'élèvent à 154 204 \$ en 2012-2013, à 97 737 \$ en 2013-2014, à 23 169 \$ en 2014-2015, à 8 872 \$ en 2015-2016 et à 3 821 \$ en 2016-2017.
- Un montant totalisant 4 877 556 \$ en contrats d'approvisionnement de biens et de services, conclus auprès de nombreux fournisseurs non apparentés. Les versements pour les cinq prochaines années s'élèvent à 2 157 496 \$ en 2012-2013, à 1 121 432 \$ en 2013-2014, à 801 306 \$ en 2014-2015, à 629 324 \$ en 2015-2016 et à 167 998 \$ en 2016-2017.
- Un montant de 39 812 058 \$ découlant d'ententes à long terme, conclues avec des locateurs non apparentés avec le CSSS, pour l'utilisation des espaces nécessaires à l'exercice de ses activités régulières. Les versements pour les cinq prochaines années s'élèvent à 3 206 640 \$ en 2012-2013, à 2 757 901 \$ en 2013-2014, à 1 859 522 \$ pour chacune des années 2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017.
- Enfin, un montant totalisant 13 618 846 \$ visant d'autres contrats conclus avec des intervenants et des organismes communautaires non apparentés avec l'établissement. Les versements pour les quatre prochaines années s'élèvent à 12 343 362 \$ en 2012-2013, à 471 492 \$ en 2013-2014 à 471 492 \$ en 2014-2015 et à 332 500 \$ en 2015-2016.

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 7 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS (NATURE, MONTANT, MÉTHODE)

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

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

1) Dons:	2011-2012	2010-2011
- Fonds d'immobilisations	374 324 \$ =====	1 174 853 \$ =====
- Fonds d'exploitation (activités principales et accessoires)		
Exploitation du parc de stationnement	320 572 \$	439 137 \$
Déneigement et entretien du parc	60 681 \$	40 939 \$
	381 253 \$ =====	480 076 \$ =====
Activités dirigées (animation, loisirs)	59 652 \$	11 200 \$
Approche complémentaire oncologie	1 621 \$	- \$
Bénévolat	524 \$	- \$
Centre de jour - CGL	- \$	400 \$
Centre Rouville	2 862 \$	- \$
Clinique hépatite	31 064 \$	40 354 \$
Clinique protection rénale	30 005 \$	55 294 \$
Comité multidisciplinaire	987 \$	- \$
CHSLD	3 334 \$	- \$
Éducation	13 398 \$	- \$
Fonds d'éducation endoscopie	184 \$	- \$
MAGIC (fonds d'exploitation et d'immobilisations)	- \$	225 000 \$
Nutrition clinique - santé mentale	42 304 \$	- \$
PACTE santé	281 439 \$	67 460 \$
PACT SEP	441 \$	- \$
PALV	1 412 \$	- \$
Projet jeunes soins dentaires	- \$	590 \$
Projets pharmacie	63 524 \$	63 506 \$
Santé mentale	2 454 \$	10 000 \$
Services psychosociaux - enfance	576 \$	- \$
Services sociaux - enfance	3 500 \$	- \$
Services sociaux - CHSLD	2 919 \$	- \$
Soins palliatifs - Fonds Lucie Lemieux	52 093 \$	44 215 \$
Suivi systématique diabète	28 620 \$	- \$
Zoothérapie	8 260 \$	- \$
	631 172 \$ =====	518 019 \$ =====

2) Comptes à recevoir

Fonds d'exploitation	421 687 \$	454 814 \$
Fonds d'immobilisations	229 115 \$	44 916 \$
	<u>650 802 \$</u>	<u>454 814 \$</u>
	=====	=====

3) Comptes à payer

7 317 \$	10 072 \$
=====	=====

Ces opérations, effectuées dans le cours normal des activités, sont mesurées à la valeur d'échange.

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

NOTE 8 - ÉVENTUALITÉS

POURSUITE

L'établissement fait l'objet d'une réclamation de 442 600 \$ relativement à un litige portant sur le taux de rétribution d'une ressource intermédiaire.

Aucun développement n'est survenu dans ce dossier au cours de l'exercice financier. Or, les chances que l'évènement futur se produise ne peuvent être déterminées; par conséquent, il est présentement impossible de déterminer l'issue et le bien-fondé de cette poursuite. Toute somme, lorsque connue, devant être assumée par l'établissement sera comptabilisée dans l'exercice où aura lieu le règlement.

GRIEFS

Des griefs de la part d'employés ont été transmis à l'établissement. Ceux-ci pourraient faire l'objet de réclamations.

Il n'est actuellement pas possible de déterminer l'issue de ces griefs et aucune provision n'a été enregistrée aux livres. Advenant que l'établissement ait des sommes à déboursier à l'égard de ces griefs, elles seraient comptabilisées dans l'exercice où aura lieu le règlement.

NOTE 9 - ANALYSES FINANCIÈRES

La dernière analyse financière reçue de l'Agence est le 31 mars 2004 pour les sites suivants:

- Hôpital du Haut-Richelieu
- CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts
- Centre Rouville

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

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

Au cours de l'année 2011-2012 :

- Aucun cas n'a été traité en vertu de ce code d'éthique et de déontologie.
- Aucun manquement n'a, par ailleurs, été constaté par les instances disciplinaires. Ceci implique qu'aucune décision ni sanction n'a été imposée par l'autorité compétente.

Enfin, aucune personne n'a fait l'objet d'une révocation ou d'une suspension au cours de l'année couverte par ce présent rapport de gestion.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

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

PRÉAMBULE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

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

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 174 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2), qui prévoit que les administrateurs de l'établissement doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, des établissements qu'ils administrent et de la population desservie;

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

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

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

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

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

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

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

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

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

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

Notamment, il :

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

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

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

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

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

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

II DÉFINITIONS

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

III DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

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

À cette fin, l'administrateur :

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

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

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

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

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

Neutralité

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

Activités politiques

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

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

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

Discretion

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

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

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

Relations publiques

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

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

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

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

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

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

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

Conflits de devoirs ou d'intérêts

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

L'administrateur et les conflits d'intérêts

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

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

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

L'administrateur et les conflits de rôle

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

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

Le directeur général et les conflits d'intérêts

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

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

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

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

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

L'exclusivité de fonctions du directeur général

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

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

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

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

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

Il peut également occuper une charge publique élective.

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

Biens de l'établissement

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

Avantages ou bénéfices indus

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

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

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

Transparence

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

Interventions abusives

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

IV DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

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

À cette fin, l'administrateur :

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

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

V MÉCANISMES D'APPLICATION

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

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

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

Tenue de l'enquête

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

Information de l'administrateur concerné

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

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

Décision

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

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

65. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

VI ENGAGEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

VIII PUBLICITÉ DU CODE

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

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

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

IX CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

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

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

72. Une personne cesse d'être membre du Comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.
73. Sous réserve de l'article 72, un membre du Comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.
74. Toute vacance survenant au Comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 71 du présent Code.
75. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du Comité, ce dernier ne peut siéger au Comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décider par le conseil.
76. Le quorum des réunions du Comité est de trois membres.

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

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

X CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

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

XI DISPOSITIONS FINALES

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005