

Centre de santé et de services sociaux
du Haut-Saint-Laurent

Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre



Rapport annuel de gestion 2014-2015

CSSS du Haut-Saint-Laurent

Au service de sa communauté

www.santemonteregie.qc.ca/haut-saint-laurent

Crédits

Le rapport annuel de gestion 2014-2015
est une production du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent

28, rue Gale
Ormstown (Québec) J0S 1K0
450 829-2321
www.santemonteregie.qc.ca/haut-saint-laurent

Note :

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Le rapport annuel a été publié en quantité limitée et est disponible seulement en version électronique à l'adresse www.santemonteregie.qc.ca/haut-saint-laurent à la section documentation.

TABLE DES MATIÈRES

Mot du président-directeur général	4
Déclaration de fiabilité des données et rapport de la direction	5
Un bref portrait de l'établissement et organigramme	7
Orientations stratégiques	9
Notre vision, notre mission et nos valeurs	16
Un bref portrait de la population	17
Faits saillants de l'établissement (programmes et services)	18
Direction des affaires médicales	18
Direction des programmes de santé physique et services diagnostiques	18
Direction des soins infirmiers, qualité des services, gestion des risques et agrément	20
Direction des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées, de la déficience physique (SAPA-DP) et du soutien à domicile (SAD)	21
Direction des programmes de santé publique, famille, enfance, jeunesse, santé mentale e t sécurité civile et des services généraux	23
Direction des ressources humaines et du service de la paie	26
Direction des services financiers, du soutien technique et des ressources informationnelles	27
Principaux objectifs 2015-2016	27
Moyens d'information et de consultation de la population	27
Bilan du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	28
Fondations du CSSS du Haut-Saint-Laurent	28
Conseils et comités du CSSS du Haut-Saint-Laurent	29
Suivi de l'entente de gestion et commentaires	32
Annexe 1 Informations sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux	33
Annexe 2 Conseils et comités d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent	36
Annexe 3 Code d'éthique du conseil d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent	39
Données financières	56

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Malgré le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, chaque établissement avait comme responsabilité de produire un rapport annuel de gestion. Celui-ci, qui vous est présenté dans les prochaines pages, témoignera des réalisations 2014-2015, avant l'adoption officielle de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Par ailleurs, depuis le 1^{er} avril, c'est avec fierté que nous vous informons que cet établissement fait désormais partie intégrante du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. À titre de nouveau président-directeur général, je suis fier de constater l'ensemble des efforts investis dans chacune des composantes du CISSS pour offrir des soins et des services de qualité. Forts de l'engagement de l'ensemble de nos intervenants, soyez assurés que nous poursuivons notre travail en ce sens au cours des prochaines années.

L'équipe de gestionnaires et l'ensemble du personnel du CISSS du Haut-Saint-Laurent ont uni leurs efforts afin de remplir les mandats fixés par la Loi. L'entente de gestion et d'imputabilité établie avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie au 31 mars 2015 a été respectée dans ses grandes lignes.

Nomination d'un directeur général intérimaire

Monsieur Yves Parent a été nommé à titre de directeur général par intérim du CISSS du Haut-Saint-Laurent effective à compter du 26 avril 2014 suite à la démission de madame Sophie Doucet. Monsieur Parent cumule une expérience de plus de 14 ans dans le réseau de la santé et des services sociaux et a occupé le poste de directeur des services financiers et du soutien technique du CISSS du Haut-Saint-Laurent depuis février 2012.

Agrément avec mention pour le CISSS du Haut-Saint-Laurent

Le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent s'est vu décerner le 27 juin 2014 un agrément avec mention au terme d'un rigoureux processus d'analyse et d'évaluation par Agrément Canada. «Agréé avec mention» désigne le fait que l'organisme a surpassé les exigences de base du programme d'agrément. Il s'agit d'une haute distinction à l'endroit du CISSS du Haut-Saint-Laurent reconnaissant l'excellence des preuves de conformité aux pratiques organisationnelles requises ainsi qu'aux critères liés à la prestation sécuritaire et à la qualité des soins et services du CISSS.

Il faut noter que cette mention fait foi du travail remarquable de tous ceux qui travaillent au sein de notre CISSS afin de rendre des services remarquables à tous les jours à la population.

75^{ième} anniversaire de l'Hôpital Barrie Memorial

Pour souligner cet événement, une allée piétonnière a été érigée en harmonie avec le tout nouveau stationnement à l'avant de l'établissement. Cinq panneaux expliquant l'histoire de l'hôpital ont été installés. Une activité commémorative a eu lieu le 2 décembre 2014, date officielle de l'ouverture du premier Hôpital Barrie Memorial en 1939. Plus de 200 personnes qui ont tous et chacun fait en sorte de forger une partie de son identité au fil des années, s'y sont présentées : des anciens employés et anciens médecins de l'hôpital tout comme des employés et médecins actuels du CISSS du Haut-Saint-Laurent étaient sur place lors de cet important événement qui prenait la forme d'un cocktail dinatoire.

Remerciements

Il est important de remercier toutes les personnes qui permettent d'offrir des services de qualité à l'ensemble de la population du territoire du Haut-Saint-Laurent : de sincères remerciements vont au personnel du CISSS, aux membres du conseil d'administration dissous au 31 mars dernier, aux membres des fondations et des comités, aux partenaires tout comme aux bénévoles.



Yves Masse

**Président-directeur général
CISSS de la Montérégie-Ouest**

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du CISSS du Haut-Saint-Laurent :

- 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 2014.



Monsieur Yves Masse
Président- directeur général
CISSS de la Montérégie-Ouest

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

La direction du CSSS du Haut-Saint-Laurent 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 Bourassa Boyer Inc. Dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Bourassa Boyer Inc. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Monsieur Yves Masse
Président-directeur général
CSSS de la Montérégie-Ouest



Monsieur Yves Parent
Directeur des services financiers
CSSS du Haut-Saint-Laurent

UN BREF PORTRAIT DE L'ÉTABLISSEMENT

Situé au sud-ouest de la Montérégie, le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent comprend quatre installations et un point de service.

Installations :

UN NUMÉRO UNIQUE : 450 829-2321

CSSS du Haut-Saint-Laurent (siège social)
28, rue Gale, Ormstown, Québec J0S 1K0

Hôpital Barrie Memorial
28, rue Gale, Ormstown, Québec J0S 1K0

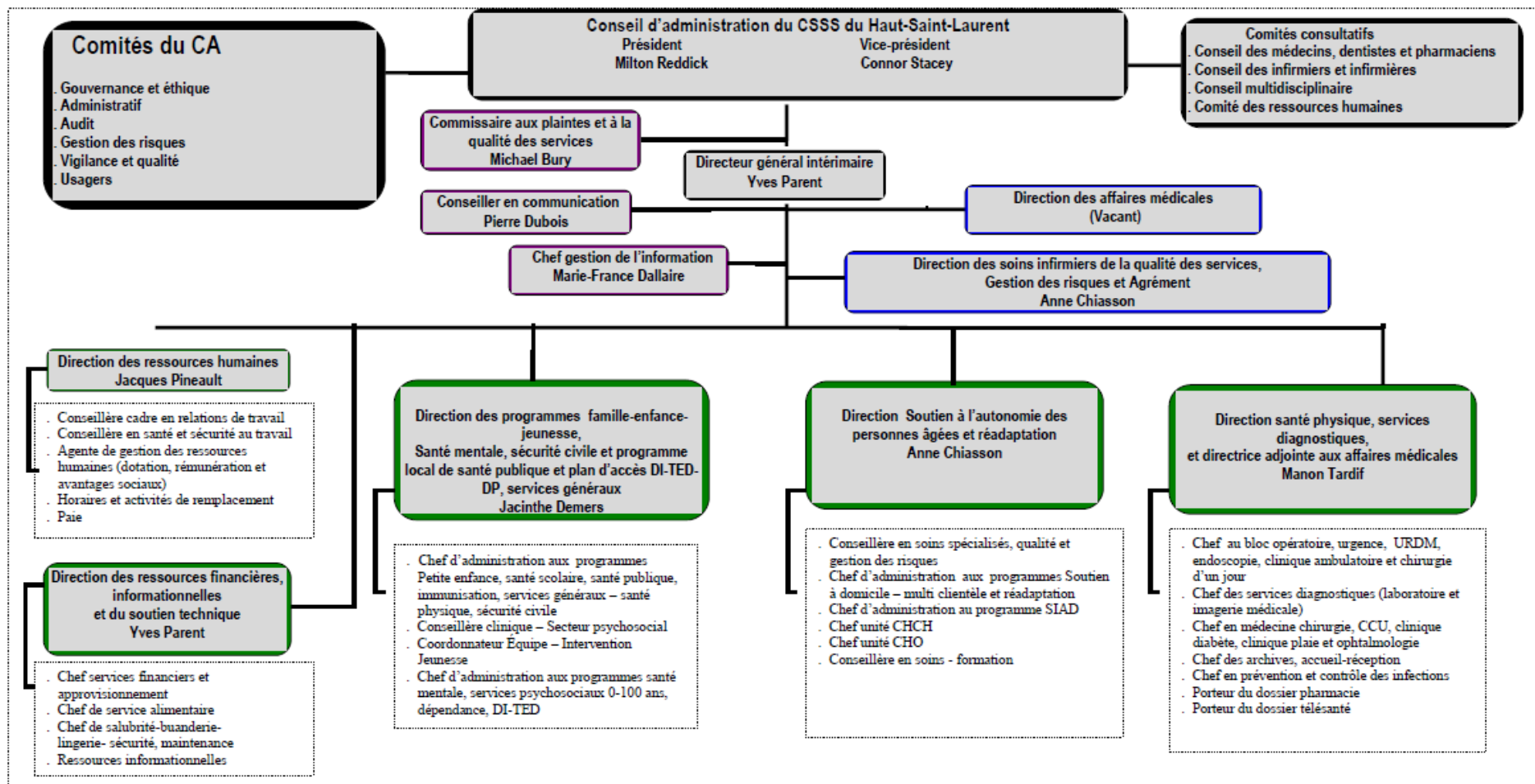
Centre d'hébergement d'Ormstown
65, rue Hector, Ormstown, Québec J0S 1K0

Centre d'hébergement de Huntingdon
198, rue Châteauguay, Huntingdon, Québec J0S 1H0

CLSC Huntingdon
10, rue King, suite 200, Huntingdon, Québec J0S 1H0

CLSC Huntingdon (point de service)
21, rang Sainte-Anne, St-Chrysostome, Québec J0S 1R0

NOMBRE D'EMPLOYÉS	501
NOMBRE DE LITS	
• Courte durée	49
• Longue durée	125
• Hébergement temporaire	9



ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU CSSS

La planification stratégique du CSHS, comme pour l'ensemble des CSHS du Québec, se veut un outil permettant l'amélioration continue des activités cliniques et administratives ainsi qu'un outil de mobilisation et de communication pour toutes les personnes qui collaborent de près et de loin à la mission de l'organisation.

Un rappel

Le plan stratégique 2012-2015 de notre CSHS précise les enjeux et les orientations de l'établissement pour qu'il réalise sa mission, dans le respect de ses valeurs fondamentales, et que sa vision devienne réalité. L'objectif de cette planification stratégique est de faire de notre CSHS le modèle de référence des établissements communautaires du Québec en dispensant des services sociaux et de santé de proximité selon les plus hauts standards, dont :

Une offre de services adaptée aux besoins populationnels

Le vieillissement de la population, auquel n'échappe pas le Haut-Saint-Laurent, fera en sorte que les gens requerront davantage de services pour des pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires et respiratoires, diabète, cancer, etc.). Le CSHS a tenu compte de ce phénomène dans sa planification des services afin de s'assurer de répondre aux besoins d'une population de plus en plus vieillissante.

Un accès adéquat aux services médicaux généraux et spécialisés

Le territoire du Haut-Saint-Laurent éprouve une grave pénurie de médecins de famille et l'accès aux services médicaux spécialisés y est parmi les plus faibles au Québec. Les efforts de recrutement des dernières années n'ont pas eu les effets escomptés. Ce contexte interpelle le CSHS du Haut-Saint-Laurent à prendre les mesures pour assurer à sa population un accès adéquat aux services médicaux généraux et spécialisés et à revoir sa stratégie de recrutement médical.

Avec un tout nouveau slogan « au service de sa communauté », notre CSHS a mis en place un plan d'action pour faire face aux enjeux identifiés. Vous trouverez ci-joint les derniers développements quant à ce plan d'action au niveau de ces principaux enjeux :

ENJEU 1 : Une offre de services adaptée aux besoins populationnels

ORIENTATION 1 : Actualiser l'offre de services en fonction des besoins de la population et de l'expertise professionnelle et clinique requise

Objectifs	Indicateurs	Cibles
1.1 Évaluer et revoir l'offre de services du bloc opératoire	1.1.1 Analyse de la volumétrie, du <i>case mix</i> , de la pertinence et du niveau de soins requis des interventions réalisées ou réalisables au bloc opératoire	1.1.1 analyse réalisée au 31 octobre 2012 Réalisé
	1.1.2 Évaluation de la nouvelle offre de services correspondant le mieux aux besoins de la population	1.1.2 nouvelle offre de services rédigée au 31 octobre 2012 Réalisé (arrivée d'un chirurgien en juin 2015)

Objectifs	Indicateurs	Cibles
1.2 Évaluer et revoir l'offre de services à l'urgence	1.2.1 Analyse de la volumétrie, du case mix, de la pertinence et du niveau de soins requis des visites à l'urgence 1.2.2 Évaluation de la nouvelle offre de services correspondant le mieux aux besoins de la population	1.2.1 analyse réalisée au 30 septembre 2012 Réalisé 1.2.2 nouvelle offre de services rédigée au 15 octobre 2012 Stabilité
1.3 Évaluer et revoir l'offre de services de lits de courte durée	1.3.1 Analyse des durées moyennes de séjour, des motifs d'hospitalisation et de leur pertinence 1.3.2 Évaluation de la nouvelle offre de services correspondant le mieux aux besoins de la population	1.3.1 analyse réalisée au 30 septembre 2012 Réalisé 1.3.2 nouvelle offre de services rédigée au 15 octobre 2012 En cours
1.4 Évaluer et revoir l'offre de services en réadaptation	1.4.1 Analyse du profil de clientèle en réadaptation externe 1.4.2 Recommandation sur un éventuel transfert vers le CMR ou une éventuelle alliance	1.4.1 analyse réalisée au 31 octobre 2012 Réalisé 1.4.2 recommandation rédigée au 31 octobre 2012 En cours
1.5 Évaluer et revoir l'offre de services en DI-TED	1.5.1 Réviser la trajectoire de services pour la clientèle DI-TED 1.5.2 Actualiser la notion d'intervenant pivot-réseau 1.5.3 Consolider la mise en place du Plan d'accès DI-TED-DP.	1.5.1 mise en place d'un guichet d'accès pour faciliter l'accès aux services au 31 mars 2013 Réalisé 1.5.2 un intervenant pivot identifié au 31 décembre 2012 Réalisé 1.5.3 harmonisation des pratiques et clarification de la trajectoire de services au 31 mars 2013 Réalisé
1.6 Ajuster l'offre de services de la première ligne	1.6.1 Consolider la mise en place des gestionnaires de cas PALV-DP pour le suivi de la performance RSIPA/AAPA/maladies chroniques 1.6.2 Mise en place d'une équipe multidisciplinaire intégrant le modèle Wagner d'évaluation et	1.6.1 prise en charge des clientèles ciblées et attribution d'un gestionnaire de cas au 30 septembre 2013 Réalisé 1.6.2.1 étude de faisabilité réalisée au 31 mars 2013 Réalisé 1.6.2.2 plan d'action réalisé au

Objectifs	Indicateurs	Cibles
	de suivi des maladies chroniques	30 juin 2013 Réalisé 1.6.2.3 plan d'action mis en place au 31 mars 2014 Réalisé révision en cours 2015

ENJEU 2 : Un accès équitable aux services médicaux généraux et spécialisés
ORIENTATION 2 : Améliorer l'accès aux services médicaux généraux et spécialisés

Objectifs	Indicateurs	Cibles
2.1 Mettre en oeuvre des moyens permettant d'assurer l'attraction et la rétention de médecins de famille	2.1.1 Nombre de médecins boursiers qui choisiront le Haut-Saint-Laurent comme territoire de pratique 2.1.2 Aménagement d'une clinique qui correspondra aux besoins de pratique des jeunes médecins	2.1.1 Un médecin boursier par année pour les trois prochaines années En cours 2.1.2 Dépôt d'un projet au ministère de la Santé et des Services sociaux d'ici le 1 ^{er} décembre 2012 Nil
2.2 Ratifier et convenir d'ententes formelles de services médicaux spécialisés avec les partenaires	2.2.1 Nombre d'ententes formelles ratifiées	2.2.1 Ententes formelles signées d'ici le 31 mars 2015 en : • psychiatrie; • radiologie; • pathologie; • médecine interne; • soins intensifs; • gynécologie; • urologie; • ophtalmologie; • orthopédie. À compléter
2.3 Développer des cliniques externes spécialisées sur le territoire	2.3.1 Nombre de cliniques externes spécialisées mises en place (en mode traditionnel ou par télémédecine)	2.3.1 Au moins cinq cliniques externes spécialisées mises en place d'ici le 31 mars 2015 : • médecine interne; • chirurgie générale; • oto-rhino-laryngologie; • ophtalmologie; • orthopédie. Nil

ENJEU 3 : Une organisation performante

ORIENTATION 3 : Actualiser le plein potentiel de performance et d'intégration des services et des ressources disponibles

Objectifs	Indicateurs	Cibles
3.1 Introduire le suivi systématique des clientèles de façon proactive pour une meilleure intégration dans le continuum de soins	3.1.1 Cadre de référence en suivi systématique des clientèles	3.1.1 Cadre rédigé au 30 juin 2013 Réalisé
3.2 Assurer la prise en charge des grands consommateurs de services dans leur trajectoire de soins aux niveaux préventif, curatif et de soutien	3.2.1 Développement de services de prise en charge en amont afin de faciliter l'accès aux services 3.2.2 Consolidation et renforcement des services post-hospitalisation afin de favoriser un retour plus rapide à domicile	3.2.1.1 Identifier la cohorte de grands consommateurs de services au 31 mars 2013 Réalisé 3.2.1.2 Implanter un modèle de gestion des maladies chroniques (modèle Wagner) auprès des patients de la cohorte au 31 mars 2014 Nil 3.2.2 Introduire les suivis systématiques per hospitalier pour les clientèles diabète, asthme, MPOC, MCV (sept. 2013) En cours
3.3 Intensifier et renforcer la promotion et la prévention dans les secteurs du CSSS	3.3.1 Références effectuées par l'urgence aux programmes 0-5-30 3.3.2 Participer au développement d'environnements favorables en partenariat avec les municipalités et les autres partenaires du réseau	3.3.1.1 Au moins 25 références par année Réalisé 3.3.1.2 Mettre en place deux rencontres de partage de connaissances entre le préventif et le curatif par année (printemps 2014) À mettre en place 3.3.2.1 Rejoindre huit municipalités pour des interventions de promotion/prévention sur des thématiques du PAL et visant les déterminants sociaux de la santé (printemps 2015) Réalisé

Objectifs	Indicateurs	Cibles
		3.3.2.2 Deux rencontres par année avec les GMF pour développer des PCP (pratiques cliniques préventives) et identifier une infirmière répondante en GMF ou soins courants pour être répondante des PCP En cours
3.4 Rendre efficace et efficient le processus d'approvisionnement dans l'ensemble du CSSS	3.4.1 Centralisation des activités d'approvisionnement au service de l'approvisionnement 3.4.2 Harmonisation des fournitures médicales 3.4.3 Optimisation des achats en commun	3.4.1 Aucune commande effectuée par les services autres que l'approvisionnement au 31 mars 2013 Réalisé 3.4.2 Réactivation du comité des produits (4 rencontres annuelles) Réalisé 3.4.3 Augmentation de 15% du recours aux achats en commun au 31 mars 2014 Réalisé
3.5 Assurer l'utilisation optimale des ressources humaines et professionnelles pour permettre la prestation sécuritaire et de qualité	3.5.1 Révision du processus de gestion de la présence au travail 3.5.2 Révision du processus de dotation 3.5.3 Révision des activités de remplacement	3.5.1 Réingénierie réalisée et mise en place au 31 mars 2013 Réalisé 3.5.2 Réingénierie réalisée et mise en place au 31 mars 2014 En partie 3.5.3 Optimisation réalisée au 31 décembre 2012 Réalisé
3.6 S'assurer que l'infrastructure immobilière répond aux orientations stratégiques	3.6.1 Élaborer un plan directeur clinique immobilier	3.6.1 Plan directeur clinique rédigé au 30 septembre 2013 En cours
3.7 Optimiser l'utilisation des lits d'hébergement	3.7.1 Évaluation des profils iso-smaf pour assurer l'orientation de la clientèle selon les profils de longue durée	3.7.1.1 100 % des résidents évalués au 31 mars 2013 Réalisé 3.7.1.2 Mise à jour annuelle de l'évaluation des profils au 31 mars de chaque année Réalisé
3.8 S'assurer d'une	3.8.1 Optimisation des	3.8.1 85 % des enfants qui

Objectifs	Indicateurs	Cibles
performance optimale en première ligne	cliniques de vaccination	auront reçu leur 1 ^{re} dose de vaccin DCaT-Polio-Hib dans les délais (deux semaines du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec) (été 2013) projet d'optimisation réalisé. recommandations en cours d'implantation
	3.8.2 Augmenter l'accès aux services et diminuer le temps d'attente en santé mentale	3.8.2 Donner une réponse au référent dans les 7 jours suivant la réception de la demande, et donner l'accès au traitement à l'intérieur de 30 jours (été 2013) demandes urgentes vues à l'intérieur des délais. demandes moins urgentes : amélioration des délais
	3.8.3 Augmenter l'accès aux services généraux	3.8.3 15 % de plus d'utilisateurs (31 mars 2014) Réalisé

ENJEU 4 : Une communication efficace à tous les niveaux

ORIENTATION 4 : Assurer une communication interne et externe efficace

Objectifs	Indicateurs	Cibles
4.1 Améliorer et consolider les mécanismes internes de communication, d'information, de consultation et de diffusion des orientations du CSSS du Haut-Saint-Laurent	4.1.1 Élaboration et mise en place d'un plan de communication interne	4.1.1.1 Plan de communication interne rédigé au 31 octobre 2012 Réalisé 4.1.1.2 Présentation d'un tableau de bord au conseil d'administration sur l'avancement du plan stratégique (quatre fois par année) Réalisé 4.1.1.3 Une rencontre d'équipe par mois dans tous les services au 31 mars 2013. Réalisé

	4.1.2 Formation des gestionnaires sur les meilleures pratiques de communication 4.1.3 Amélioration de la connaissance des services du CSSS auprès des employés	4.1.1.4Affichage des procès-verbaux du comité de direction dans toutes les équipes Réalisé 4.1.2 Une activité de formation réalisée dans l'année 2013-2014 Réalisé 4.1.3.1Rédaction d'un encart spécial à chaque parution du journal interne Réalisé 4.1.3.2Réalisation d'un guide interne destiné au personnel (30 juin 2013) À faire 4.1.3.3Organisation d'une journée portes ouvertes pour les employés (automne 2013) À faire
4.2 Faire connaître les services du CSSS	4.2.1 Élaboration d'un plan de communication externe	4.2.1 Sondage sur les moyens de communication et la connaissance des services réalisé au 31 mars 2013 À compléter 4.2.2 Plan de communication externe rédigé au 31 octobre 2012 Réalisé

NOTRE VISION, NOTRE MISSION ET NOS VALEURS

Notre vision

La vision définit le portrait de l'organisation dans le futur.

Des services de qualité près de la communauté! Le CSSS du Haut-Saint-Laurent entend devenir le modèle de référence des établissements communautaires du Québec en dispensant des services sociaux et de santé de proximité selon les plus hauts standards. Un établissement communautaire a comme objectif de promouvoir, protéger, améliorer et rétablir la santé – considérée comme un équilibre physique, psychique, social et environnemental – des personnes, des groupes ou de sa population locale.

Notre mission

La mission définit le but fondamental de l'organisation, sa raison d'être et ce qu'elle fait pour atteindre sa vision.

Le CSSS du Haut-Saint-Laurent est un établissement promoteur de santé. Profondément ancré dans sa communauté, il offre à la population sous sa responsabilité des soins et des services de première ligne et une gamme de services généraux en maintenant des standards de sécurité et de qualité élevés. En collaboration avec ses partenaires régionaux et suprarégionaux, il assure l'accès aux services plus spécialisés.

Nos valeurs

Les valeurs guident la culture de l'organisation et fournissent l'encadrement sur lequel s'appuie la prise de décision. Elles sont la vie et le souffle d'une organisation en se reflétant dans toutes ses activités.

L'engagement

Chaque employé du CSSS du Haut-Saint-Laurent doit contribuer activement au développement de l'organisation et reconnaître la contribution exceptionnelle de la communauté à l'atteinte de la vision. L'engagement de tous ses acteurs est essentiel à la poursuite et à la réussite des activités du CSSS du Haut-Saint-Laurent.

Le respect

L'ensemble du CSSS (qu'il s'agisse des employés, des médecins, des gestionnaires, des bénévoles, des partenaires ou des fournisseurs) doit faire preuve de civisme, d'humanisme et de compassion dans ses actions, ses attitudes, ses paroles et ses comportements, non seulement à l'égard de la clientèle, mais aussi à l'égard des personnes qui y oeuvrent. Les gestionnaires s'assurent de valoriser les personnes et de leur offrir un environnement de travail sain, sécuritaire et équilibré.

La collaboration

Au CSSS du Haut-Saint-Laurent, la collaboration est une valeur encouragée et permet de travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs et assurer un taux de réussite supérieur pour le mieux-être de la population que nous desservons.

La réussite n'est jamais le fruit d'un seul individu. Le CSSS du Haut-Saint-Laurent favorise le travail en équipe où chaque intervenant, qu'il soit interne ou externe, est reconnu à part entière comme une force vive contribuant à l'avancement de l'organisation.

La quête de l'innovation

Au CSSS du Haut-Saint-Laurent, la recherche de la meilleure organisation de services pour répondre aux besoins de la collectivité en matière de santé et de services sociaux est au cœur des préoccupations et s'effectue sur une base continue. L'établissement encourage les initiatives novatrices issues de ses équipes de même que le développement de nouvelles pratiques basées sur les expériences probantes provenant de l'extérieur.

UN BREF PORTRAIT DE LA POPULATION

TERRITOIRES DESSERVIS

En plus d'Akwasasne, le CSSS du Haut-Saint-Laurent dessert les treize municipalités de la MRC du Haut Saint-Laurent, soit :

Dundee,	Huntingdon,
Elgin,	Ormstown,
Franklin,	Saint-Anicet,
Godmanchester,	Saint-Chrysostome,
Havelock,	Sainte-Barbe,
Hinchinbrooke,	Très-Saint-Sacrement
Howick,	

Il est à noter que le Haut-Saint-Laurent compte la plus grande proportion de personnes d'expression anglaise en Montérégie, soit 32 % selon le dernier recensement effectué en 2011.

CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIOÉCONOMIQUES

Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), le territoire du Haut-Saint-Laurent compte près de 25 000 personnes en 2013. Fait à noter, le vieillissement de la population se produit à un rythme un peu plus lent sur le territoire du Haut-Saint-Laurent qu'en Montérégie. Entre 2013 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 49 % dans le RLS comparativement à 56 % en Montérégie. À cet égard, le Haut-Saint-Laurent est l'un des RLS de la Montérégie où le vieillissement de la population sera moins rapide.

Dans l'ensemble, le territoire du Haut-Saint-Laurent présente un profil socioéconomique moins avantageux que celui de la région. Il est à noter une proportion plus élevée de personnes sous-scolarisée que le reste de la Montérégie.

PORTRAIT DE SANTÉ

Les tumeurs figurent au premier rang des causes de décès et le nombre de nouveaux cas de cancer ne cesse d'augmenter depuis une vingtaine d'années en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a presque doublé depuis 2000-2001 : le problème de diabète est significatif dans le Haut-Saint-Laurent.

FAITS SAILLANTS DE L'ÉTABLISSEMENT – PROGRAMMES ET SERVICES

Cette section met l'accent sur les faits saillants des différentes directions composant notre CSSS.

DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES

La direction des affaires médicale est responsable de l'ensemble des activités médicales du CSSS du Haut-Saint-Laurent.

Faits saillants :

- Recrutement intensif de nouveaux médecins omnipraticiens
- Participation à la Journée carrière des médecins résidents d'octobre 2014

Yves Parent

Directeur des affaires médicales par intérim

DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ PHYSIQUE, SERVICES DIAGNOSTIQUES ET PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Cette Direction est responsable des services destinés aux personnes nécessitant des services médicaux. Elle regroupe un ensemble de services cliniques à l'Hôpital Barrie Memorial, comprenant notamment l'urgence, le bloc opératoire, l'hospitalisation et diverses cliniques telles l'ophtalmologie et les soins de plaie.

Programme de santé physique

Faits saillants :

- Amélioration encore cette année de la durée moyenne de séjour à l'urgence
- Ouverture de la nouvelle unité de retraitement des dispositifs médicaux à l'Hôpital Barrie Memorial
- Achat de nouveaux moniteurs cardiaques pour la salle de réveil et pour l'unité de soins intensifs de cardiologie de l'Hôpital Barrie Memorial
- Déploiement du DSQ est complété pour l'ensemble de secteurs du CSSS

Services diagnostiques

- Révision des politiques et procédures en place et fin des travaux requis pour le maintien du statut d'Agrément
- Formation sur la procédure à suivre pour revêtir et enlever l'équipement de protection individuelle
- Acquisition d'un programme de contrôle externe en hématologie, coagulation et banque de sang

Prévention et contrôle des infections

La prévention et le contrôle des infections sont des éléments essentiels, voire incontournables, de la qualité et de la sécurité des soins. Ce secteur a un rôle conseil pour l'ensemble de notre CSSS de surveiller et de contrôler les

infections acquises en milieu de soins. La lutte contre les infections nosocomiales est complexe. Comme ces infections constituent une importante cause de morbidité et mortalité évitables, elles constituent un défi et nécessitent l'application des mesures adéquates de surveillance, de prévention et de contrôle. Cette lutte nécessite un engagement continu. Il a été clairement démontré que la prévention et le contrôle des infections sont un élément essentiel, voire incontournable, et qu'ils s'inscrivent en force dans une offre de soins et de services sécuritaires.

La prévention et contrôle des infections vise à protéger les patients contre l'acquisition d'infections ou de germes multirésistants durant un épisode de soins, de même que la protection du personnel, des visiteurs, des bénévoles et des aidants naturels quant à ce même risque. Ces objectifs ne se limitent pas aux secteurs cliniques; ils s'étendent à tous les secteurs d'activité visés par la lutte contre les infections nosocomiales, dont le retraitement des dispositifs médicaux, l'hygiène et la salubrité de même que l'infrastructure immobilière, trois secteurs qui jouent un rôle majeur dans la prévention de la transmission des infections.

Faits saillants :

- Élaboration d'un plan d'action en constituant rapidement un comité Ebola. Formation en décembre 2014 sur comment revêtir et enlever l'équipement de protection individuel (ÉPI) au personnel prioritaire (urgence, laboratoire et imagerie médicale).
- Diminution significative du taux d'incidence du DACD (diarrhée associée au C. Difficile): le taux d'incidence est passé de 7.05 en 2013-2014 à 1.45 en 2014-2015.
- Augmentation du taux d'observance de l'hygiène des mains : un audit sur l'hygiène des mains a été fait en mars 2015 sur l'unité de soins de médecine/chirurgie. Le taux d'observance de l'hygiène des mains est passé de 64% en 2013-2014 à 91% en 2014-2015.
- Planification/Organisation et participation à la Campagne régionale de l'hygiène des mains/Semaine de la prévention et contrôle des infections en octobre 2014.
- Mise en place d'une cartographie de la stérilisation au CSSS du Haut-Saint-Laurent indiquant l'endroit et la façon d'effectuer le nettoyage, désinfection et/ou stérilisation du matériel à retraiter afin d'évaluer si celle-ci pouvait être centralisée à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux située à l'Hôpital Barrie Memorial. Une recommandation a été rédigée suite à cet exercice.

Manon Tardif, directrice des programmes de santé physique, services diagnostiques, prévention et contrôle des infections et adjointe aux affaires médicales

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, QUALITÉ DES SERVICES, GESTION DES RISQUES ET AGRÉMENT

La Direction des soins infirmiers est responsable de tout le volet relié à la qualité des services, comprenant la gestion des risques et l'agrément. Cette Direction a un rôle conseil pour l'ensemble de notre CSSS et elle a pour mandat de surveiller et de contrôler la qualité des soins, d'encadrer les pratiques professionnelles et de veiller au développement des compétences.

Direction des soins infirmiers

Faits saillants :

- Rédaction et diffusion de nouvelles règles de soins infirmiers dont la politique « Approche adaptée à la personne âgée au CSSS du Haut-Saint-Laurent pour éviter le syndrome d'immobilisation par un programme de marche structuré »
- Formation des intervenants en lien avec le vieillissement et la qualité de l'intervention
- Révision du programme d'externat en soins infirmiers et diffusion aux équipes

Gestion des risques

Notre CSSS, dans son programme d'amélioration continue de la qualité et sécurité, maintient des objectifs pointus de développement d'une culture de sécurité. À cet effet, le comité de gestion des risques réalise son mandat conformément à la réglementation et assure les activités relatives à la prévention des accidents et incidents.

À cet égard, les rapports d'accidents et incidents sont présentés au comité de vigilance et aux équipes afin d'établir les objectifs d'amélioration. Tout nouvel employé reçoit la formation sur la gestion des risques. De plus, chaque incident/accident est analysé par les chefs de services et les suivis sont faits auprès des équipes. Des rappels sont effectués sur l'importance de la déclaration et la divulgation dans un souci de transparence et d'analyse des processus pour éviter les récidives. La politique de déclaration et la politique de divulgation des incidents et accidents sont en place et entérinées par le conseil d'administration de notre CSSS.

Dans le cadre d'une prestation humaine et sécuritaire et en respectant les droits et libertés des résidents et des usagers, les équipes favorisent l'utilisation de mesures alternatives à la contention.

Faits saillants :

- Suivis et plans d'action en lien avec les événements « sentinelles »
- Suivis des statistiques d'infections nosocomiales et des éclosions
- Suivis du rapport de visite d'Agrément Canada et des recommandations à réaliser dans le plan d'action
- Paramétrage du logiciel SISSS pour la compilation des statistiques d'incidents / accidents suite à une mise à niveau en lien avec l'introduction du nouveau formulaire AH-223-1

Programme qualité et satisfaction de la clientèle

Dans le cadre du programme qualité et sécurité, il y a eu intégration des recommandations du coroner tels que les indicateurs d'amélioration continue de la qualité. À cet effet, tout rapport exigeant un suivi est minutieusement analysé et un plan d'action est élaboré, diffusé et mis en œuvre pour éviter des accidents

similaires. De plus, ces plans d'action sont déposés au comité de vigilance de notre CSSS et à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Faits saillants :

- Mesure d'indicateurs de qualité afin d'assurer le contrôle et l'amélioration continue de la qualité dans chacun des programmes cliniques du CSSS, entre autres, sur les chutes, les erreurs de médicaments, les contentions, les plaies de pression, les accidents/incidents, la sécurité transfusionnelle, les programmes qualité lecteur de glycémie et les infections
- Suivis des statistiques d'infections nosocomiales et analyse sur les cas de C-Difficile

Programme d'Agrément

Fait saillant :

- Confirmation du statut d'Agrément avec mention en date du 27 juin 2014 : des mesures de suivi ont été réalisées en vue de répondre aux tests de conformité des Pratiques organisationnelles requises (POR) et au critère à priorité élevé.

Anne Chiasson

Directrice des soins infirmiers, qualité des services, gestion des risques et agrément

DIRECTION DES PROGRAMMES SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DE LA DÉFICIENCE PHYSIQUE (SAPA-DP)

La Direction des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), de la déficience physique (DP) et du soutien à domicile (SAD) regroupe les services suivants : le soutien à domicile, les centres d'hébergement et le centre de jour, les services de réadaptation aux soins aigus, aux soins de longue durée, à domicile et en clinique externe, les services d'inhalothérapie en soins aigus, bloc opératoire et à domicile. La direction SAPA-DP intervient autant auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ou celles vivant avec une déficience physique que les clientèles présentant un profil de soins de santé de courte durée nécessitant des soins d'assistance et de soutien à domicile ou en lits de soins palliatifs.

En CHSLD

Les centres d'hébergement d'Ormstown et de Huntingdon offrent de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance aux adultes et personnes âgées qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel ou substitut malgré le soutien de leur entourage.

Faits saillants :

- Réorganisation et consolidation des structures dans le but de stabiliser les équipes et d'assurer une présence (des postes d'équipes volantes de préposés aux bénéficiaires ont été créés)
- Actualisation des recommandations suite à la visite d'appréciation effectuée par le MSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie en mai 2013 ainsi que des visites de suivi en octobre 2014 et février 2015 dans les deux centres d'hébergement

- Continuation du processus d'harmonisation des outils et procédures afin d'améliorer la qualité des soins et de faciliter le travail des infirmières et infirmières auxiliaires qui œuvrent dans les deux centres d'hébergement aux deux endroits
- Fin des travaux en mai 2014 au Centre d'hébergement de Huntingdon visant à transformer certaines chambres semi-privées en chambres privées se sont terminées
- Construction, en collaboration avec la Fondation de l'établissement, d'une verrière au deuxième étage du Centre d'hébergement de Huntingdon afin que les résidents puissent bénéficier de la vue sur la rivière Châteauguay tout au long de l'année pour une amélioration de leur qualité de vie
- Réévaluation de l'autonomie de tous les résidents a été effectuée et est maintenue à jour dans le cadre du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée

En CLSC

Nous offrons des soins et services en soutien à domicile centrés sur les besoins des clientèles de retour dans leur milieu naturel. Les services se veulent personnalisés et adaptés au besoin de soutien requis. En ce sens, plusieurs services sont offerts. Nous procédons à l'évaluation des besoins, nous offrons l'aide à l'activité d'hygiène, l'aide à l'habillage, l'aide aux soins d'incontinence, des soins infirmiers ou respiratoires en collaboration avec votre médecin, l'adaptation de votre domicile, le prêt d'équipement spécialisé, la réadaptation physique suite à une chirurgie, le suivi nutritionnel, l'accompagnement et le soutien psychosocial, l'accompagnement dans le choix d'un nouveau milieu de vie, des soins palliatifs de fin de vie et des services de répit pour les aidants naturels.

Faits saillants :

- Mise en place d'un projet visant la poursuite de l'amélioration et de l'efficacité des services de réadaptation des soins à domicile (SAD), le tout dans un contexte de pénurie de main d'œuvre
- Concertation pour l'intégration de services de télésanté pour la clientèle atteinte de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) du service de soins à domicile
- Réalisation de plusieurs activités (groupe de soutien anglophone, groupe d'entraide, activité de Noël, conférences sur le deuil) facilitant l'adaptation au veuvage par des interventions différenciées reconnues selon les sexes des veuves et veufs de 50 ans et plus

Lutte au cancer

Fait saillant :

- Mise sur pied d'un programme visant le soutien des personnes en soins palliatifs à domicile : d'octobre 2014 à la fin mars 2015, cette initiative a permis le maintien à domicile de 8 personnes en soins palliatifs de fin de vie. Ces individus et leur famille ont bénéficié de 1 195 heures d'accompagnement, de répit et de soutien.

Anne Chiasson

Directrice des programmes à l'autonomie des personnes âgées et de la déficience physique (SAPA-DP)

DIRECTION DES PROGRAMMES SERVICES GÉNÉRAUX, SANTÉ PUBLIQUE, FAMILLE, ENFANCE, JEUNESSE, SANTÉ MENTALE ET SÉCURITÉ CIVILE

Cette direction assume maintenant la prestation des services généraux de notre CSSS. Cette Direction vise la promotion, la prévention et les soins de première ligne pour l'ensemble de la population.

Direction des services généraux

La Direction des services généraux offre un large éventail de services, tels que des cliniques de soins infirmiers ambulatoires au CLSC avec ou sans rendez-vous pour la prise de tension artérielle, les soins de plaies, la contraception, la thérapie intraveineuse, le diabète, les prélèvements sanguins, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, etc. D'autres services sont regroupés sous cette direction comme le guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO). La clinique de transition, composée d'infirmières, de médecins et d'inhalothérapeutes, est une composante essentielle du GACO puisqu'elle permet l'accès à des services de santé de qualité pour la clientèle sans médecin de famille du territoire du Haut-Saint-Laurent.

Fait saillant :

- Mise en place d'un questionnaire santé disponible en ligne et dans les installations du CSSS afin de faciliter l'inscription de la clientèle. Ce questionnaire permet de mieux évaluer la clientèle inscrite et de mieux définir les besoins de prise en charge. De plus, nous avons une clinique de transition où des médecins peuvent voir de la clientèle en attente, ce qui facilite l'accès à un médecin de famille.

Famille-Enfance-Jeunesse

Ces professionnels sont reconnus comme étant très impliqués dans l'amélioration des services aux jeunes et aux familles. Ils travaillent en interdisciplinarité et recherchent les meilleures pratiques d'intervention. Leur collaboration avec les organismes du milieu permet une meilleure accessibilité et continuité de services.

Faits saillants :

- Près de 80 parents ont assisté aux 5 sessions de cours prénataux offerts sur le territoire dont 3 en français et 2 en anglais
- 20 nouvelles mamans ont été suivies dans le cadre d'un programme de soutien et accompagnement en préparation de la venue d'un bébé
- Plus de 80% des écoles du territoire adhèrent à cette approche de travail de planification conjoint Écoles-CSSS pour mettre en œuvre des actions en promotion et prévention dans le cadre de l'approche École en santé.

Santé mentale

Ces services s'adressent à une clientèle ayant des problèmes de santé mentale persistants et requérant un suivi régulier.

Faits saillants :

- Près de 100 jeunes ont bénéficié d'aide et de support en santé mentale cette année reprenant la formule de suivi de groupe pour certains jeunes, dans le cadre du projet SMART. Ces interventions visent à agir auprès des jeunes qui vivent des situations d'anxiété ou de stress élevé à l'école. Des rencontres sont aussi réalisées avec les parents, afin de les accompagner dans leurs actions auprès des jeunes

- Une activité a eu lieu à Noël avec et pour les usagers de santé mentale adulte afin de briser l'isolement et de normaliser le quotidien de cette clientèle. Près de 30 personnes recevant des services en santé mentale ainsi qu'une quinzaine d'intervenants de différents organismes impliqués auprès de cette clientèle ont pu participer à cette fête organisée par les intervenants de l'équipe SIME-SIV (Suivi Intensif dans le Milieu en Equipe et Suivi d'Intensité Variable).

Secteur psychosocial

Notre CSSS a la responsabilité de répondre à toute personne qui se présente à nos services afin d'obtenir une réponse à un besoin social ou psychologique et de l'orienter vers les services appropriés. Les services offerts sont généralement ponctuels ou de courte durée : consultation psychosociale, consultation psychologique et aide et soutien dans un contexte de sécurité civile.

Fait saillant :

- Déploiement du programme d'intervention en négligence auprès des enfants âgés de 0 à 12 ans « Je tisse des liens gagnants » afin de répondre de façon plus spécifique aux besoins de certaines familles. Un volet d'intervention spécifique a été développé pour la clientèle de langue anglaise de manière à préparer des interventions mieux adaptées

Sécurité civile

De manière à répondre efficacement aux différentes situations de sinistre pouvant survenir sur son territoire, l'élaboration d'un plan de mesures d'urgence par notre CSSS favorise une réponse de qualité, efficiente, efficace, coordonnée et cohérente. Ceci permet de réduire la morbidité, la mortalité et les impacts psychosociaux au sein de la population touchée lors d'un événement.

Fait saillant :

- Préparation d'un plan d'intervention au niveau des mesures à prendre en cas suspect de la maladie Ébola. Le personnel a été formé dans les secteurs à risques, dont la formation sur la procédure pour revêtir et retirer l'équipement de protection individuel

Santé publique

La santé publique est un vaste domaine visant l'amélioration de l'état de santé de la population et la prévention des maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, le cancer et l'obésité.

Faits saillants :

- Participation active encore cette année à la création d'environnements favorables à la santé pour plusieurs municipalités et poursuivi le travail de concertation avec les Tables intersectorielles. Plusieurs Tables de concertation sont en action sur le territoire et visent à réduire les inégalités sociales, à lutter contre la pauvreté et à agir sur les déterminants sociaux de la santé (l'emploi, l'éducation, le revenu, l'accès au logement, la sécurité alimentaire, le transport).

Support en organisation communautaire pour les concertations suivantes :	
Table de concertation Petite enfance	Arrimage de cette concertation avec le comité d'action local financé par Avenir d'enfants.
Table de concertation Jeunesse	Efforts importants dans l'implantation de la Coopérative jeunesse Racine. Mise en place d'actions pour contrer l'intimidation.
Table de concertation Sécurité alimentaire	Implantation d'un projet de Jardins communautaires à Huntingdon en collaboration avec de nombreux partenaires (Ville Huntingdon, École Héritage, HAECC, organismes communautaires).
Table de concertation pour personnes handicapées	Organisation d'un service de répit de jour pour adultes.
Table de concertation personnes âgées	Actualisation de la Phase 3 du projet Bénévolat. Mise en place d'un guichet pour recruter et orienter les personnes qui souhaitent s'impliquer dans la communauté.
Comité pour contrer la violence, avec la concertation du Suroît	Réalisation du « Couloir de la violence amoureuse » afin de contrer la violence chez les jeunes qui vivent une relation de couple.
Comité de détresse sociale	Formation de bénévoles sentinelles au centre d'éducation pour adultes anglophones HAECC à Huntingdon, le Carrefour Jeunesse Emploi du Haut-Saint-Laurent et l'organisme Les Aidants Naturels du Haut-Saint-Laurent.
En collaboration avec la table de concertation personnes âgées	Projet veuvage visant la mise en place de groupes de soutien pour les personnes dans cette situation.

- Mise sur pied de réservation de plages horaires avec rendez-vous directement sur internet, via le site MONVACCIN.CA
- Vaccination pour une première fois d'enfants et leurs parents directement dans une CPE

Déficiences physique, déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement (DP-DI-TED)

Ce service permet aux jeunes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) et leur famille de recevoir des services de support et d'accompagnement.

Faits saillants :

- Clinique d'Évaluation des troubles envahissants du développement (TED) permettant d'évaluer les enfants chez qui une hypothèse d'un Trouble du spectre de l'autisme (TSA) a été soulevée. Dans la dernière année, plusieurs enfants de notre territoire ont été vus et évalués par cette clinique.
- Continuation du projet visant l'intégration et le maintien des acquis des personnes de 21 ans et plus ayant une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou une déficience physique en concertation avec la Commission scolaire New Frontiers- École HAECC, le Camp Soleil Mélissa. 20 personnes du territoire ont pu bénéficier des activités de jour offrant des activités de stimulation afin de développer les capacités individuelles et permettre le développement du plein potentiel. Il permet aussi de favoriser la participation et l'intégration sociale.

Jacinthe Demers

Directrice des programmes services généraux, santé publique, famille, enfance, jeunesse, santé mentale et sécurité civile

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU SERVICE DE LA PAIE

Cette Direction est en charge du recrutement, de la dotation, des relations de travail, de la santé et de la sécurité au travail, des affectations, de la formation et du service de la paie.

	Exercice en cours	Exercice antérieur
<u>Note 1 :</u>		
Effectifs de l'établissement		
<u>Les cadres :</u> (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	21	28
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1	2
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
<u>Les employés réguliers :</u> (en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	170	164
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	315 190	287 178
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	1
<u>Les occasionnels :</u>		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	82 864	79 370
- Équivalents temps complet (b)	44	43

Jacques Pineault
Directeur des ressources humaines et du service de la paie

DIRECTION DES SERVICES FINANCIERS, DU SOUTIEN TECHNIQUE ET DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Les services financiers s'assurent tant de l'efficacité des ressources financières attribuées à notre CSSS pour les budgets d'opération et d'approvisionnement, que d'un rôle de conseil et de soutien auprès des gestionnaires en matière de budget. Les services techniques, quant à eux, s'assurent d'offrir un environnement fonctionnel, sécuritaire, confortable et pratique à l'ensemble des personnes gravitant au sein des installations de notre CSSS. Ils incluent les services d'hygiène et de salubrité, la buanderie, l'alimentation et la sécurité. Le volet des ressources informationnelles a été transféré à la direction des services financiers et du soutien technique.

Faits saillants :

- Équilibre budgétaire au 31 mars 2015
- Optimisation des services alimentaires du CSSS
- Fin des travaux de mise aux normes de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) et du système de gicleurs à l'Hôpital Barrie Memorial
- Construction d'un solarium pour les résidents du Centre d'hébergement de Huntingdon
- Finalisation de seize chambres privées au Centre d'hébergement de Huntingdon

Yves Parent

Directeur des services financiers, du soutien technique et des ressources informationnelles

PRINCIPAUX OBJECTIFS 2015-2016

- Regroupement au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
- Application de mesures d'optimisation additionnelles pour l'équilibre budgétaire
- Diminution encore plus sensible du temps de séjour sur civière à l'urgence
- Application à une plus grande échelle de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier et à l'urgence

MOYENS D'INFORMATION ET DE CONSULTATION DE LA POPULATION

Notre CSSS est en contact étroit avec la population de son territoire au moyen de divers moyens de communications.

- Le **site Internet** de l'organisation diffuse régulièrement les nouvelles d'actualité touchant notamment les services inhérents de notre CSSS. Les principaux documents émanant de notre CSSS, en lien avec sa mission, sont disponibles en tout temps, notamment la planification stratégique, le rapport annuel dans son intégralité et le journal interne. La population, par les divers liens sur le site web, peut contacter l'organisation pour des questions ou commentaires
- La **page Facebook** de notre CSSS fournit à la population des nouvelles ponctuelles sur diverses facettes majeures de l'organisation en temps réel et permet en tout temps de pouvoir émettre ses commentaires
- Des **communiqués de presse** sont régulièrement acheminés aux médias afin de faire connaître diverses facettes de notre CSSS, notamment les services offerts à la population et les bons coups de l'organisation

- La population est invitée à participer aux **séances du conseil d'administration** ainsi qu'à celles du comité des usagers par le biais de publicités dans les journaux. Notre CSSS a un bouton spécifique sur sa page Web en rapport aux séances du conseil d'administration
- La population a été invitée à l'**assemblée générale du conseil d'administration** du CSSS en septembre 2014 afin de connaître les principaux faits saillants de notre CSSS par secteurs d'activités et de poser des questions s'il y a lieu

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

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de notre CSSS est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Examens des plaintes et promotion des droits – moyens pour la population d'y accéder

Un bouton spécifique est dédié encore cette année au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services sur la page d'accueil du site Web de l'établissement. Ce bouton permet d'accéder directement au rapport annuel et à la procédure d'examen des plaintes, le respect des usagers et de leurs droits. Une campagne de sensibilisation se tient deux fois par année au niveau du personnel de notre CSSS ainsi qu'au niveau de la population afin de mieux faire connaître le rôle et responsabilités du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Faits saillants :

- Réception de 28 plaintes dont 19 touchent l'Hôpital Barrie Memorial
- Motifs de ces plaintes touchent majoritairement les soins et services dispensés, l'organisation du milieu et les ressources matérielles
- Référence de six dossiers au médecin examinateur durant l'exercice financier précité et un dossier au Protecteur du citoyen

Michael Bury

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

FONDATEURS DU CSSS

Vous trouverez dans cette section les faits marquants des fondations composant notre CSSS. Les dons reçus au cours de l'année 2014-2015 ont servi à l'acquisition d'équipements médicaux et non médicaux dans le but de consolider ou d'améliorer les services offerts aux usagers.

Fondation de l'Hôpital Barrie Memorial

Fait saillant:

- Préparation d'un tout nouveau site web permettant de recevoir notamment des dons en ligne

Fondation québécoise de l'Hôpital Barrie Memorial

Fait saillant :

- Financement pour la rénovation du bâtiment de l'Hôpital Barrie Memorial

Fondation du Centre d'hébergement de Huntingdon

Fait saillant :

- Organisation de la 27^{ème} édition du tournoi de golf en août 2014 pour la dernière tranche de financement en vue de l'achat d'un solarium quatre saisons pour les résidents

Fondation du Centre d'hébergement d'Ormstown

Fait saillant :

- Organisation d'activités de financement pour le mieux-être des résidents de ce centre d'hébergement

Dames auxiliaires de l'Hôpital Barrie Memorial

Fait saillant :

- Activités de financement afin d'offrir divers équipements aux usagers de l'Hôpital Barrie Memorial, dont la principale activité est un bazar le premier samedi de novembre (1^{er} novembre 2014)

Dames auxiliaires du Centre d'hébergement de Huntingdon

Fait saillant :

- Activités de financement, dont la principale activité est un bazar, pour l'achat d'équipements et pour l'implantation d'activités de toutes sortes afin d'améliorer la qualité de vie des résidents

CONSEILS ET COMITÉS DU CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

Vous trouverez dans cette section les faits marquants des comités et conseils mis en place au sein de notre CSSS.

Comité des usagers

Le comité des usagers a pour rôle notamment de renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations, de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers tout comme de défendre les droits et intérêts collectifs des usagers.

Fait saillant :

- Démarche continue de sensibilisation auprès des usagers pour les informer de leurs droits et de leurs obligations avec une accessibilité plus large d'informations dans des présentoirs situés dans des endroits stratégiques de nos installations

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est responsable envers le conseil d'administration de contrôler et apprécier la qualité et la pertinence des actes des médecins et des pharmaciens pratiquant au sein de notre CSSS.

Fait saillant :

- Approbation par le CMDP de treize (13) ordonnances collectives

Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire, constitué de 92 membres répartis en 25 professions différentes, est responsable envers le conseil d'administration de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement et de faire des recommandations.

Faits saillants :

- Faciliter le processus de demande et assurer le suivi des dossiers au niveau du comité d'éthique
- Assurer la mise en pratique de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
- Optimiser l'accès au service de neuropsychologue pour les intervenants concernés

Conseil des infirmières et infirmiers

Le conseil des infirmières et infirmiers a pour mandat de formuler des recommandations au conseil d'administration sur tout ce qui touche directement la pratique des soins infirmiers.

Faits saillants :

- Priorisation de la formation pour la clientèle avec problèmes de comportement
- Participation à l'harmonisation des pratiques cliniques pour mieux outiller la pratique des infirmières
- Consultation et adoption du programme de maintien des compétences présentée par la directrice des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques et agrément

Comité de gestion des risques :

La gestion des risques fait partie intégrante de l'amélioration continue de la qualité. Elle englobe le suivi immédiat des incidents et des accidents. Elle commande également l'analyse croisée des données statistiques afin de faire connaître l'incidence et la prévalence du risque. À cet effet, un rapport annuel de gestion des risques est élaboré et diffusé et ces indicateurs servent d'assise pour cibler les objectifs d'amélioration du CSSS afin de prévenir les incidents et les accidents tout comme éviter les récidives.

Faits saillants :

- Suivis et plans d'action en lien avec les événements «sentinelles»
- Suivis des statistiques d'infections nosocomiales et des éclosions
- Suivis du rapport de visite d'Agrément Canada et des recommandations à réaliser dans le plan d'action

Comité de vigilance

Le comité de vigilance a une grande préoccupation, celle d'assurer la surveillance d'une prestation sécuritaire des soins et services. À cet effet, les membres analysent tous les plans d'amélioration en lien avec les pratiques professionnelles, les suivis des événements « sentinelle » ainsi que les suivis des recommandations des coroners et l'évolution des dossiers qualité. Ils reçoivent un rapport détaillé des déclarations d'événements (incidents/accidents). Suite à une recommandation du Coroner qui s'adressait à l'ensemble des établissements concernant notamment les « barres d'appui au lit », une vérification a été effectuée et quelques irrégularités ont été constatées au niveau des lits en soins aigus en regard des barres d'appui. : du travail est en cours pour que l'ensemble de nos lits soient adaptés en fonction de cette recommandation. Au niveau de la recommandation du commissaire aux plaintes pour l'année financière antérieure, l'achat de ridelles de lit pour les usagers est en voie d'être finalisé.

Faits saillants :

- Acheminement d'un sondage auprès des usagers (six cents personnes y ont répondu) afin de percevoir les soins par les usagers au sein de notre CSSS : le taux de satisfaction obtient une mention élevée.
- Mise en œuvre d'un sondage effectué auprès du personnel pour connaître sa perception à l'égard de la sécurité des patients permettant, à partir d'indicateurs, d'identifier les points forts dans l'organisation et les possibilités d'amélioration dans d'autres secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers
- Analyse pointue des dossiers ouverts par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services afin d'éviter la récurrence de certaines plaintes
- Dépôt d'un projet de règlement interne de fonctionnement du comité pour révision

Commentaires concernant les écarts entre les cibles visées et les résultats observés

La majorité des cibles ont été reconduites.

Difficultés constatées : L'analyse effectuée a permis de constater quelques difficultés au niveau des cibles suivantes : durée moyenne séjour des patients à l'urgence, maintien du ratio au niveau de l'assurance salaire, recours à la main d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes (amélioration notable avec l'année dernière).

Action entreprises afin de rectifier le tir : Afin d'optimiser l'atteinte de nos engagements dans ces secteurs, des actions ont déjà été entreprises. Des actions ont été mises de l'avant pour améliorer notre ratio au niveau de l'assurance salaire : notre ratio étant de 49,4% versus la cible de 7,63% et ce, tel qu'identifié dans l'entente de gestion. Une formation est toujours offerte aux gestionnaires sur le rôle stratégique du gestionnaire pour un retour au travail réussi et d'autres actions de sensibilisation se font de façon quotidienne. Il est à noter également qu'une surveillance attentive se fait au niveau de la durée moyenne de séjour des patients sur civière à l'urgence pour assurer un séjour acceptable dans les normes. Les médecins ont été sensibilisés à ce fait.

Il est à noter que notre pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé est très supérieur à l'engagement prévu : 91,7% vs 60% respectivement. De plus, il est à souligner le nombre d'utilisateurs différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile : 740 vs 706 l'an dernier tout comme le nombre d'interventions en soins palliatifs à domicile (1982 VS l'engagement prévu de 1330).

CSSS du Haut St-Laurent Chapitre IV			
	P13 13-14	Engagement 14-15	P13 14-15

1.01	Santé publique - Maladies infectieuses - Vaccination			
1.01.12 B1 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 ^{ème} semaine de grossesse à l'accouchement moins 1 jour (prénatale)	0,41	0,42	0,35
1.01.12 B2 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^{ème} semaine de vie de l'enfant (postnatale 1)	0,87	0,88	0,68
1.01.12 B3 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^{ème} semaine au 12 ^{ème} mois de vie de l'enfant (postnatale 2)	0,29	0,30	0,27
1.01.12 B4 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^{ème} semaine au 12 ^{ème} mois de vie de l'enfant (postnatale 3)	0,25	0,25	0,19
1.01.13 EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	83,3%	60,0%	91,7%
1.01.14 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	91,6%	90,0%	100%
1.01.15 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque du sérotype C dans les délais	54,1%	90,0%	58,8%
1.01.19.1 PS	Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les diarrhées associées au Clostridium difficile d'origine nosocomiale	Oui	Oui	Oui
1.01.19.2 PS	Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les bactériémies nosocomiales à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	Oui	Oui	Oui

16.01	Santé publique - Objectifs spécifiques à la région			
16.01.00	Le CSSS aura réalisé les activités lui permettant d'atteindre les résultats inscrits à son plan d'action local de santé publique	Oui	Oui	Oui

Soutien à domicile longue durée				
1.03.05.01 PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	48 257 (1)	46 354	45 090
S1.3.5.2	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	706	Augmentation	740

Note 1 : Inclus 27913 heures de service SAPA

Ressources résidentielles de proximité - SAPA, DP, DI-TED, JED, Santé mentale, Dépendances, Santé physique				
1.03.08 PS	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité		Note 2	Augmentation
	Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)			
	- Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires (RI)	13		
	- Nombre de places reconnues en ressources de type familial (RTF)	6		
	- Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)	19		
	- Nombre de places disponibles en ressources d'habitation collectives visées par un projet novateur			
	- Nombre de places achetées (A)			
	- Nombre de places reconnues en UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle) (B)			
	- Nombre de places dans d'autres ressources non institutionnelles associées au sous centre d'activité 5540 (A+B)			
	Déficience physique			
	- Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires (RI)	8		
	- Nombre de places reconnues en ressources de type familial (RTF)			
	- Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)	8		
	- Nombre de places disponibles en ressources d'habitation collectives visées par un projet novateur			
	- Nombre de places achetées (A)			
	- Nombre de places reconnues en UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle) (B)			
	- Nombre de places dans d'autres ressources non institutionnelles associées au sous centre d'activité 5540 (A+B)			

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

1.03	SAPA			
1.03.06 PS	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	80,93%	81%	79,34%
1.03.07 PS	Niveau d'atteinte de la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	64,06%	100%	64%

1.04	Déficience physique			
1.45.04.01 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	100,0%	90%	53,3%
1.45.04.02 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100,0%	90%	0%
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	100,0%	90%	40%
1.45.04.04 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	100,0%	90%	100%

1.05	Déficience intellectuelle et TED			
1.45.05.01 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	88,9%	90%	100%
1.45.05.02 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	N/A	90%	N/A
1.45.05.03 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	100,0%	90%	100%
1.45.05.04 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	86,7%	90%	100%

1.06	Jeunes en difficulté			
1.06.10 PS	Mise en place d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	Oui	Note 2	Oui

Note 2 : Implantation des cinq (5) volets du programme.

16.06	PSI - Objectifs spécifiques de la planification stratégique régionale			
16.06.01	Nombre d'usagers âgés de moins de 22 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) et nombre d'interventions (DI-TED / DP)	9	9	N/A
16.06.02	Nombre d'usagers âgés de moins de 18 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) et nombre d'interventions (JED)	58	58	N/A

1.07	Dépendances			
1.07.05 PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	1	9	5

1.08	Santé mentale			
1.08.05 PS	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services - Établissement	19	12	16
	- CSSS/OC Ententes	5	4	
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	2	8	4
1.08.09 PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	327	401	344
1.08.C PS	Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	107	129	99
1.08.D PS	Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	220	272	245

1.09	Santé physique - Séjour à l'urgence			
1.09.01 PS	Séjour moyen sur civière (durée)	16,80	12	16,13
1.09.03 PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,9%	0%	3,4%
1.09.31 PS	Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	24,11%	15%	22,16%

1.09	Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie			
1.09.33.01 PS	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	100%	90%	100%
1.09.33.02 PS	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100%	100%	100%

	Santé physique - Soins palliatifs			
	Nombre d'interventions en soins palliatifs à domicile	1735	1330	1982

1.09	Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente			
1.09.20.04 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	100,0%	90%	100%
1.09.20.05 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	100,0%	90%	100%

1.09	Santé physique - Chirurgie			
1.09.32.04 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	0	0	1
1.09.32.05 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	0	0	0

1.09	Santé physique - Imagerie médicale			
1.09.34.01 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	100,0%	100%	20%
1.09.34.05 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	89,5%	100%	11,80%
1.09.34.07 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	71,1%	100%	40,90%
1.09.34.08 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	88,9%	100%	19,60%
1.09.35.01 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	79,1%	100%	60,60%
1.09.35.05 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	85,7%	100%	85,80%
1.09.35.07 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	86,5%	100%	87,30%
1.09.35.08 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	96,8%	100%	98,40%
1.09.36.01 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	99,74%	100%	99,87%

1.09.36.05 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	95,35%	100%	93,10%
1.09.36.07 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	91,11%	100%	88,44%
1.09.36.08 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	92,53%	100%	95,25%
1.09.37.01 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	71,90%	100%	28,27%
1.09.37.05 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	82,46%	100%	55,74%
1.09.37.07 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	80,13%	100%	51,31%
1.09.37.08 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	99,42%	100%	97,98%

2	Hygiène et salubrité			
2.02.02 EG2	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et			
	- Responsable de la gestion des zones grises	100%	100%	100%
	- Relevé des équipements, du matériel et des surfaces	100%	100%	100%
	- Service responsable de l'intégrité sanitaire	100%	100%	100%
	- Registre de suivi	100%	100%	100%

3	Ressources humaines			
3.01 PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,55 % (5)	5,78%	6,78%
3.05.01 PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4,66%	4,26%	4,60%
3.05.02 PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,87%	2,77%	2,66%
3.06.01 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,72%	1,86%	0,28%
3.06.02 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,00%	0,00%	0,00%
3.06.03 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,00%	0,00%	0,00%
3.06.04 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	64,78%	7,63%	49,39%
3.08 PS	L'établissement aura mis à jour son plan de main-d'œuvre	Oui	Oui	Oui
3.09 PS	L'établissement aura réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Oui	Oui	Oui
3.10 PS	L'établissement ciblé aura mis en œuvre Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Oui	Oui	Oui
3.13 PS	L'établissement accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Oui	Oui	Oui
3.14 PS	L'établissement aura obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Oui	Oui	Oui

Note 5 : Indicateur 3.01 la période 12 a été utilisée pour la projection de la fin de l'année financière 2013-2014

4	Urgences - Désencombrement			
4.01.01 EG2	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD) par CH	1,5	3 et moins	2,30
4.01.02 EG2	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	0,1	3 et moins	0,30
4.01.03 EG2	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	3 et moins	0,00
4.01.04 EG2	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	3 et moins	0,00
4.01.05 EG2	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	7,5	3 et moins	8,10
4.01.06 EG2	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	0,0	3 et moins	0,00
4.01.07 EG2	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	3 et moins	0,00

6	Ressources informationnelles			
6.01.01 EG2	Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) mises à jour dans les délais	53%	95%	80,00%

Annexe 1 : Informations sur la prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux

Identification de l'agence : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Nom de l'établissement : Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent

Nom du répondant : Chiasson **Prénom :** Anne

Titre du répondant : Directrice des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques, agrément et Programme de soutien à la personne âgée-déficience physique

1. COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

1.1. Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité : Oui ☒ Non ☐

1.2. Date de la mise en place du comité : **Février 2007**

1.3. Nombre de membres : **11**

1.4. Membres : **(voir annexe 2 pour la composition du comité)**

1.5. Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours : **4 sur 4**

1.6. Les problèmes que le comité priorisera l'an prochain :

- **Renforcement sur le programme de prévention des chutes et le suivi post-chute à l'urgence**
- **Réduction des interruptions au moment de la préparation et de l'administration des médicaments**

1.7. Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain :

- **Implantation de la pratique des tournées intentionnelles sur les unités de soins**
- **Renforcement sur l'utilisation des mesures alternatives à la contention**

2. DIVULGATION DE TOUT ACCIDENT

2.1. Adoption par le conseil d'administration du règlement sur les règles relatives :

- à la divulgation de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident: Oui ☒ Non ☐
- aux mesures de soutien incluant les soins appropriés : Oui ☒ Non ☐
- aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident : Oui ☒ Non ☐

2.2. Si oui, date de mise en vigueur du règlement : **Janvier 2007 Révision janvier 2014**

2.3. Les règles de divulgation sont respectées :

Jamais ☐ Quelques fois ☐ La plupart du temps ☒ Difficile à savoir ☐

2.4. Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves :

Jamais ☐ Quelques fois ☐ La plupart du temps ☒ Difficile à savoir ☐

2.5. Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées suite à une analyse approfondie :

Jamais ☐ Quelques fois ☐ La plupart du temps ☒ Difficile à savoir ☐

2.6. De la formation quant à la divulgation a été donnée aux personnes Oui ☒ Non ☐
concernées de votre organisation pendant l'année en cours :

3. DÉCLARATION DE TOUT INCIDENT ET ACCIDENT ET CONSTITUTION D'UN REGISTRE LOCAL

3.1. Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 195

3.2. Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse : 195

20 % ☐ 40 % ☐ 60 % ☐ 80 % ☐ 100 % ☒

3.3. Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence : 195

20 % ☐ 40 % ☐ 60 % ☐ 80 % ☐ 100 % ☒

3.4. Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 892

3.5. Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie : 892

20 % ☐ 40 % ☐ 60 % ☐ 80 % ☐ 100 % ☒

3.6. Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence : 892

20 % ☐ 40 % ☐ 60 % ☐ 80 % ☐ 100 % ☒

Pourcentage de divulgation des accidents déclarés : 100 %

3.7. Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès : 2

3.8. Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés : 5

3.9. Mise en place d'un registre local des incidents et des accidents : Oui ☒ Non ☐

3.10. Si oui, date de sa mise en place : **Mars 2007**

3.11. Nombre de rapports transmis à l'agence de développement sur les incidents
ou accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : N/A

4. AGRÉMENT DES SERVICES DISPENSÉS

4.1. Sollicitation d'un organisme d'agrément : Oui ☒ Non ☐

4.2. Si oui, nom de l'organisme sollicité : **Agrément Canada et Conseil québécois d'agrément**

4.3. Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité : **N/A**

4.4 Date à laquelle cet organisme a été sollicité : **Janvier 2014**

4.5 Agrément obtenu : Oui ☒ Non ☐

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : **agréé avec mention**

4.7 Rapport(s) abrégé (s) d'agrément transmis :

- au ministre : Oui ☒ Non ☐
- à l'Agence : Oui ☒ Non ☐
- aux ordres professionnels concernés : Oui ☒ Non ☐

Annexe 2 : Conseils et comités d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent

AU 31 MARS 2015
Membres des comités du
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU HAUT-SAINT-LAURENT

- **Conseil d'administration**

NOMS	COLLÈGES REPRÉSENTÉS
Dre Renée Lafrenière	Collège des médecins, dentistes et pharmaciens
Kristen Schmid	Conseil des infirmières et infirmiers
Patrice Saint-Onge	Conseil multidisciplinaire
Johanne Chouinard	Personnel non clinique
Heather L'Heureux	Comité des usagers
Lily Catherine Johnston	Comité des usagers
Me René Therrien	Fondations
Louise Lachance-Legault	Population
Jean-Gilles Bourdeau	Population
David Charles d'Aoust	Agence de la Montérégie
Ilse Laliberté	Agence de la Montérégie
Jean-Guy St-Onge	Cooptation (organisme communautaire)
Milton Reddick	Cooptation

Albert Billette	Cooptation
Dolorès Pilon	Cooptation
Hélène Lavallée	Cooptation
Connor Stacey	Cooptation
Yves Parent	Directeur général par intérim

- **Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**

Dr Tom Vador	Président intérimaire
Yves Parent	Directeur général par intérim
Dre Geneviève Dupras	
Andrée-Anne Talbot	
Dr Raymond Lemieux	
Dre Sylvie Prévost	
Dr Michel Raymond	

- **Conseil multidisciplinaire**

Mélissa Leduc, présidente (ergothérapeute)
 Anne-Laure Bihour, vice-présidente (ergothérapeute)
 Line Richer, trésorière (agente de relations humaines)
 Julie Racine, secrétaire (psycho-éducatrice)
 Marie-Christine Lemieux, administratrice (archiviste médicale)
 Geneviève St-Jacques Thériault, administratrice (organisatrice communautaire)
 Yves Parent (directeur général par intérim)
 Jacinthe Demers (directrice des programmes spécifiques et du PAL en santé publique)
 Paulette Dagenais (conseillère clinique)

- **Conseil des infirmières et infirmiers**

Martine Viau	Présidente
Anne Chiasson	directrice des soins infirmiers de la qualité des services, gestion des risques et agrément et directrice SAPA-DP
Nathalie Houle	
Sonia Houle	CIIA

- **Comité administratif du conseil d'administration**

Milton Reddick	Président
Connor Stacey	
Yves Parent	
Heather L'Heureux	
Louise Legault Lachance	

- **Comité de vérification du conseil d'administration**

Louise Lachance-Legault	Présidente du comité
Yves Parent	Directeur général par intérim et secrétaire
Milton Reddick	Président du conseil d'administration
Heather L'Heureux	
Me René Therrien	

- **Comité de vigilance et de la qualité**

Heather L'Heureux	Présidente du comité
Jean-Guy St-Onge	Membre du Conseil d'administration
Michael Bury	Commissaire aux plaintes
Yves Parent	Directeur général par intérim et secrétaire
Connor Stacey	Membre du Conseil d'administration

- **Comité de gestion des risques et de la qualité**

Diane Beaulieu	Conseillère en soins spécialisés, qualité et gestion des risques
Mireille Benoit	Chef Des services diagnostiques (laboratoires et imagerie médicale)
Stéphane Bougie	Chef des services techniques, hygiène et salubrité
Louise Champagne	Conseillère cadre en prévention et contrôle des infections
Anne Chiasson	Directrice des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques, agrément et programme SAPA-DP
Johanne Chouinard	Membre du conseil d'administration
Nathalie Decloitre	Chef de service, urgence, bloc opératoire, URDM, chirurgie d'un jour et médecine d'un jour, inhalothérapie et endoscopie
Heather L'Heureux	Présidente du comité des usagers
Yves Parent	Directeur général par intérim
Christine Poirier	Représentante des centres d'hébergement
Dre Sylvie Prévost	Directrice des affaires médicales

- **Comité des usagers**

Heather L'Heureux	Présidente
Jean-Gilles Bourdeau	
Alain Deneault	

Ginette Hope
Lily C. Johnston
Dolorès Pilon
Milton Reddick
Pat Robb
Mary Shewchuck

- **Comité de gouvernance**

Milton Reddick	Président du comité de gouvernance
Yves Parent	Directeur général par intérim
Johanne Chouinard	
Hélène Lavallée	
Louise Lachance Legault	

**Annexe 3 : Code d'éthique du conseil d'administration
du CSSS du Haut-Saint-Laurent**

Au cours de la période couverte par ce présent rapport, soit du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, aucun manquement ou aucun signalement n'a été porté à l'attention des instances disciplinaires en regard de quelque membre que ce soit de notre conseil d'administration.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU HAUT-SAINT-LAURENT

Adopté par le Conseil d'administration le 6 novembre 2013

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Preamble

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

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

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

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

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

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

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

ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

- a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
- b) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;
- c) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le Conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
- d) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
- e) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
- f) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;
- g) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;
- h) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;

- i) **Établissement** : désigne le **CSSS du Haut-Saint-Laurent**;
- j) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
- k) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;
- l) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- m) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;
- n) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement¹;
- o) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
- p) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

1. Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).

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

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et justé².

- 3.1** L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.
- 3.2** L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
- 3.3** L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.
- 3.4** L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 3.5** L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.
- 3.6** L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.
- 3.7** L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.
- 3.8** L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

2. ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Éthique et directeur général*, février 1987, p. 5.

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs¹.

Disponibilité et participation active

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

Respect

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

Soin et compétence

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

Neutralité

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

1. AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

- 4.7** L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

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

Discrétion et confidentialité

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

Relations publiques

- 4.13** L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias.

Charge publique

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

Biens et services de l'Établissement

- 4.16** L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de

l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

- 4.17** L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

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

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
- b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
- c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
- d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
- e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

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

6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

- 6.8** Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.
- 6.9** La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

ARTICLE VII – FIN DU MANDAT

- 7.1** Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.
- 7.2** L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.
- 7.3** L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 7.4** À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- 7.5** L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès de l'Établissement.

ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

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

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

- 8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :
- a) Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
 - b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
 - c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
 - d) Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
 - e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
 - f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;
 - g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

- 8.3.1 Le Conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois (3) membres dont le vice-président, et d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.
- 8.3.2 De plus, le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

8.3.4 Le Comité de discipline a pour fonctions de :

- a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
- c) Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une ou des personnes ont un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne ou ces personnes.

9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai d'au plus dix (10) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.

9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

9.5 Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

9.6 Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

- 9.7 Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
- 9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 9.9 Le Comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration au plus tard d'au plus trente (30) jours, après la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) Un état des faits reprochés;
 - b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 9.10 En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.
- 9.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux*, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
- 9.12 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
- 9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

- 9.14 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives*, (L.R.Q., c. A-21.1).

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

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

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

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

11.2 Révision

- 11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les quatre (4) ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.



RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de sa dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

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

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, tel qu'il est exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pas été déterminées.

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

Restriction à l'utilisation

Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.



Vaudreuil-Dorion, le 11 juin 2015

¹CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A109315

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Le contrat de location d'immeuble conclu avec la Société québécoise des infrastructures comptabilisé comme étant un contrat de location-exploitation alors qu'il s'agit d'un contrat de location-acquisition.	2011-12	R	Aucune mesure prise selon directive du M.S.S.S.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'unité de mesure "L'utilisateur" pour le centre d'activités 6565 - Services sociaux n'a pu être auditée, car nous ne pouvions pas valider l'intégralité des données compilées.	2011-12	R	Le gestionnaire a été avisé.			NR
L'unité de mesure "Le retraitement pondéré" pour le centre d'activités 6322 - Unité de retraitement des dispositifs médicaux (CLSC - CH) n'est pas compilée adéquatement. En effet, lors de l'audit, des erreurs de calcul ont été décelées.	2011-12	R	Le gestionnaire a été avisé.			NR
L'unité de mesure "L'unité technique provinciale" pour le centre d'activités 6350 - Inhalothérapie n'a pu être auditée, car nous ne pouvions pas valider l'intégralité des données compilées.	2014-15	R	Le gestionnaire a été avisé.			NR
L'unité de mesure "Le départ ou le transfert" pour le centre d'activités 7646 - Hygiène et salubrité - désinfection suite à des départs ou des transferts n'est pas compilée	2014-15	R	Le gestionnaire a été avisé.			NR

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

adéquatement. En effet, l'unité est compilée dans un seul établissement.						
L'unité de mesure "L'intervention et l'activité ponctuelle de groupe normalisée" pour le centre d'activités 4114 - Développement, adaptation et intégration sociale jeunes (6 - 17 ans) et leur famille n'est pas compilée.	2014-15	R	Le gestionnaire a été avisé.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Il n'y a aucun registre comptable permanent des immobilisations. De plus, l'établissement n'a pas fixé de seuils de capitalisation et n'a pas adopté de politique de capitalisation des immobilisations, tels que requis par l'Agence.	2011-12	O	Le gestionnaire concerné a pris connaissance de l'inventaire des immobilisations. Un registre comptable permanent sera mis en place en 2015-2016. L'établissement fixera des seuils de capitalisation et adoptera une pratique de capitalisation des immobilisations.			NR

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	31 532 361	32 418 360	1 268 465	33 686 825	31 867 257
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	16 335				16 335
Contributions des usagers	3	2 717 623	2 827 443	XXXX	2 827 443	2 666 563
Ventes de services et recouvrements	4	98 055	173 170	XXXX	173 170	283 086
Donations (FI:P294)	5	383 301		385 163	385 163	424 607
Revenus de placement (FI:P302)	6		1 078		1 078	239
Revenus de type commercial	7	252 000	295 913	XXXX	295 913	241 833
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	175 063	100 439		100 439	86 723
TOTAL (L.01 à L.11)	12	35 174 738	35 816 403	1 653 628	37 470 031	35 586 643
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	25 749 283	26 566 457	XXXX	26 566 457	25 679 174
Médicaments	14	520 000	676 796	XXXX	676 796	543 545
Produits sanguins	15	376 739	355 276	XXXX	355 276	314 861
Fournitures médicales et chirurgicales	16	689 901	795 988	XXXX	795 988	800 156
Denrées alimentaires	17	489 737	530 936	XXXX	530 936	529 495
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	767 564	1 025 647	XXXX	1 025 647	765 738
Frais financiers (FI:P325)	19	215 560		249 251	249 251	215 560
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	347 233	378 087	141 848	519 935	335 160
Créances douteuses	21	50 000	77 144	XXXX	77 144	46 383
Loyers	22	380 016	347 431	XXXX	347 431	354 361
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	1 179 161	XXXX	1 262 529	1 262 529	1 217 202
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	4 409 544	5 058 771		5 058 771	4 908 578
TOTAL (L.13 à L.27)	28	35 174 738	35 812 533	1 653 628	37 466 161	35 710 213
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	0	3 870	0	3 870	(123 570)

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

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	461 506	84 456	545 962	669 532
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	461 506	84 456	545 962	669 532
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	3 870		3 870	(123 570)
Autres variations:					
Transferts interétablissements (préciser)	6				
Transferts interfonds (préciser)	7				
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX		
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	465 376	84 456	549 832	545 962
Constitués des éléments suivants:					
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX	545 874	545 874
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	3 958	88
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	549 832	545 962

Notes

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
	1	2	3	4	
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	1 084 310	76 892	1 161 202	931 529
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	157 172	67 561	224 733	415 028
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	444 983	165 273	610 256	710 531
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	1 277 529	(1 277 529)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	2 538 952	(2 410 177)	128 775	(568 100)
Placements de portefeuille	8		1 032 680	1 032 680	938 382
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	38 798	38 798	33 743
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12		2 915	2 915	2 652
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	5 502 946	(2 303 587)	3 199 359	2 463 765
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		965 026	965 026	686 306
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	2 966 001	524 090	3 490 091	3 372 130
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	1 048 121	1 048 121	1 643 663
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		67 561	67 561	59 140
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	68 187	4 539 623	4 607 810	4 549 593
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	8 637 810	8 637 810	6 620 205
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	3 048 029	XXXX	3 048 029	2 974 046
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	12 334		12 334	3 456
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	6 094 551	15 782 231	21 876 782	19 908 539
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(591 605)	(18 085 818)	(18 677 423)	(17 444 774)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	18 170 274	18 170 274	17 223 375
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	815 164	XXXX	815 164	562 982
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	241 817		241 817	204 379
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	1 056 981	18 170 274	19 227 255	17 990 736
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	465 376	84 456	549 832	545 962

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(15 484 451)	(305 855)	(17 138 919)	(17 444 774)	(15 884 331)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(15 484 451)	(305 855)	(17 138 919)	(17 444 774)	(15 884 331)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		3 870		3 870	(123 570)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(2 532 598)	XXXX	(2 209 428)	(2 209 428)	(2 532 598)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	1 217 202	XXXX	1 262 529	1 262 529	1 217 202
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(1 315 396)	XXXX	(946 899)	(946 899)	(1 315 396)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(562 982)	(815 164)	XXXX	(815 164)	(562 982)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(204 379)	(241 817)		(241 817)	(204 379)
Utilisation de stocks de fournitures	17	571 404	562 982	XXXX	562 982	571 404
Utilisation de frais payés d'avance	18	74 480	204 379		204 379	74 480
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	(121 477)	(289 620)		(289 620)	(121 477)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(1 436 873)	(285 750)	(946 899)	(1 232 649)	(1 560 443)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(16 921 324)	(591 605)	(18 085 818)	(18 677 423)	(17 444 774)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	3 870	(123 570)

ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:

Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2	77 144	
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(289 620)	(121 477)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7	(9 970)	(202 149)
Amortissement des immobilisations	8	1 262 529	1 217 202
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	4 883	3 073
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(715 267)	
Autres	13		(348 881)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	329 699	547 768
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	(96 495)	1 662 925
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	237 074	2 087 123

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Acquisitions d'immobilisations	17	(2 209 428)	(2 532 598)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(2 209 428)	(2 532 598)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21	(94 298)	(65 597)
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		6 121
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	(94 298)	(59 476)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	2 311 209	2 009 799
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(293 604)	(250 187)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	2 625 241	1 249 037
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(35 312)	(201 792)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10	(2 311 209)	(2 009 799)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	2 296 325	797 058
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):	14	229 673	292 107
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	931 529	639 422
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	1 161 202	931 529
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	1 161 202	931 529
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	1 161 202	931 529

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	190 295	(52 513)
Autres débiteurs	2	100 275	(288 368)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	18 392	
Frais reportés liés aux dettes	4	(5 055)	(5 569)
Autres éléments d'actifs	5	(82 290)	(1 024)
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	117 961	910 991
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	(595 542)	1 094 844
Intérêts courus à payer	9	8 421	1 108
Revenus reportés	10	68 187	
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	73 983	
Autres éléments de passifs	13	8 878	3 456
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	(96 495)	1 662 925

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	524 090	691 883
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		

Intérêts:

Intérêts créditeurs (revenus)	18	142	
Intérêts encaissés (revenus)	19		
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	244 368	212 487
Intérêts déboursés (dépenses)	21		

Placements temporaires:

Échéance inférieure ou égale à 3 mois:

-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		

Échéance supérieure à 3 mois:

-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) le 25 mars 1939.

Le C.S.S.S. du Haut-Saint-Laurent est un établissement promoteur de santé. Profondément ancré dans sa communauté, il offre à la population sous sa responsabilité des soins et des services de première ligne et une gamme de services généraux en maintenant des standards de sécurité et de qualité élevés. En collaboration avec ses partenaires régionaux et suprarégionaux, il assure l'accès aux services plus spécialisés.

L'établissement assure l'accessibilité à ces services au moyen d'un centre local de services communautaires, de deux centres d'hébergement de soins de longue durée et d'un centre hospitalier, dont le siège social est situé à Ormstown.

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

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

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

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le CISSS de la Montérégie-Ouest qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

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

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

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

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

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

Utilisation d'estimations

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

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

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

Comptabilité d'exercice

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

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

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

Les entités incluses dans le périmètre comptable de l'établissement ainsi que la méthode de consolidation utilisée sont énumérées à la note complémentaire 12.

Revenus

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

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions

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

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

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Revenus d'intérêts

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

Autres revenus

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

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et*

municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

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

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

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

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

Charges inhérentes aux ventes de services

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

Instruments financiers

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

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

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

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés, les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation et l'amortissement selon la méthode du taux effectif sont présentés à la note complémentaire 5.

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

les placements de portefeuille sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

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

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

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

ii. Débiteurs

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

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

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

iv. Créditeurs et autres charges à payer

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

v. Dettes à long terme

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

vi. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

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

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif

ou faisant l'objet d'un usage productif, mais dont l'état émane d'un événement imprévu, sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice. Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement concerné doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

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

i. Provision pour assurance-salaire

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

ii. Provision pour vacances

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

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

iii. Provision pour congés de maladie

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

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

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

iv. Régime de retraite

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

Immobilisations

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

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

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

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

Frais payés d'avance

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

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

Stocks de fourniture

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

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

Comptabilité par fonds

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

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

Prêts interfonds

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

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

Classification des activités

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

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

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

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

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

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

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

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés, soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

NOTE 3 MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

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

NOTE 4 DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 18 juillet 2014, relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

NOTE 5 INSTRUMENTS FINANCIERS

Impacts sur les états financiers

L'établissement détenait au 31 mars 2015 des placements de portefeuille qui ont été évalués à leur juste valeur, mais qui auraient dû être présentés au coût ou au coût après amortissement à l'état de la situation financière, selon les directives du Ministère.

Au 31 mars 2015, les placements se détaillent comme suit :

	Coût	Juste valeur marchande
Obligations	360 606 \$	369 500 \$
Actions et fonds mutuels	216 529 \$	663 180 \$
	577 135 \$	1 032 680 \$

L'évaluation à la juste valeur a eu les impacts suivants :

État de la situation financière		
	Exercice courant	Exercice précédent
Placements de portefeuille à la juste valeur	1 032 680 \$	938 382 \$
Surplus cumulés composés de :		
Surplus cumulés liés aux activités	644 613 \$	616 415 \$
Gains de réévaluation cumulés	455 545 \$	399 206 \$

État des gains et pertes de réévaluation		
	Exercice courant	Exercice précédent
Gains de réévaluation cumulés au début de l'exercice	399 206 \$	336 825 \$
Gains non réalisés attribuables aux éléments suivants :		
Placements de portefeuille	56 339 \$	62 381 \$
Montants reclassés dans l'état des résultats :		
Gains de réévaluation nets de l'exercice	56 339 \$	62 381 \$

État des gains et pertes de réévaluation		
	Exercice courant	Exercice précédent
Gains de réévaluation cumulés à la fin de l'exercice	455 545 \$	399 206 \$

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)		
	Exercice courant	Exercice précédent
Gains de réévaluation nets	56 339 \$	62 381 \$

Juste valeur des instruments financiers

Les instruments financiers classés dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur sont les placements de portefeuille constitués en actions cotées sur un marché actif.

La juste valeur des placements de portefeuille constitués en actions cotées est déterminée en fonction des cours acheteurs publiés sur un marché actif.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

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

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

NOTE 6 PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE

La nature des placements de portefeuille, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, la valeur à la cote, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values, l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632 du AS-471.

NOTE 7 DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement pour un montant total de 4 321 008 \$, taux	4 240 616 \$	2 009 799 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
variant de 1,211 % à 2,0775 %, garantis par le gouvernement, remboursables par versements annuels de 172 840 \$, échéant entre 2018 et 2019		
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 5 328 328 \$, taux variant de 2,406 % à 5,248 %, garantis par le gouvernement, remboursables par versements annuels de 213 133 \$, échéant entre 2018 et 2033	4 397 194 \$	4 610 327 \$
Emprunt, 4,841 %, remboursé au cours de l'exercice	- \$	79 \$
Total	8 637 810 \$	6 620 205 \$

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

	\$
2015-2016	385 973
2016-2017	385 973
2017-2018	385 973
2018-2019	385 973
2019-2020	385 973
2020-2021 et subséquents	6 707 945
Total	8 637 810

NOTE 8 PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

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

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

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	2 429 432 \$	2 941 234 \$	2 913 940 \$	2 456 726 \$	2 429 432 \$
Assurance-salaire	458 391 \$	846 718 \$	812 831 \$	492 278 \$	458 391 \$
Provision pour maladie	60 987 \$	704 950 \$	696 804 \$	69 133 \$	60 987 \$
Droits parentaux	25 236 \$	68 200 \$	63 544 \$	29 892 \$	25 236 \$
Allocation rétention hors-cadre	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Total	2 974 046 \$	4 561 102 \$	4 487 119 \$	3 048 029 \$	2 974 046 \$

NOTE 9 IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	84 456 \$	- \$	84 456 \$	84 456 \$
Aménagement des terrains	207 659 \$	157 478 \$	50 181 \$	32 897 \$
Bâtiments	15 405 817 \$	7 432 393 \$	7 973 424 \$	8 332 406 \$
Améliorations locatives	122 686 \$	122 686 \$	- \$	- \$
Améliorations majeures aux bâtiments	3 753 940 \$	102 849 \$	3 651 091 \$	723 887 \$
Matériels et équipements	5 221 584 \$	3 786 690 \$	1 434 894 \$	1 306 292 \$
Équipements spécialisés	11 710 188 \$	6 994 133 \$	4 716 055 \$	4 830 299 \$
Matériel roulant	24 296 \$	17 008 \$	7 288 \$	12 147 \$
Développement informatique	454 632 \$	454 632 \$	- \$	- \$
Projets en cours	252 885 \$	- \$	252 885 \$	1 900 991 \$
Total	37 238 143 \$	19 067 869 \$	18 170 274 \$	17 223 375 \$

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

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

NOTE 10 AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289 du

AS-471.

NOTE 11 GESTION DES RISQUES FINANCIERS

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

Risque de crédit

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

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	1 161 202 \$	931 529 \$
Placements temporaires	- \$	- \$
Débiteurs - Agences et MSSS	224 733 \$	415 028 \$
Autres débiteurs	610 256 \$	710 531 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	128 775 \$	(568 100) \$
Placements de portefeuille	1 032 680 \$	938 382 \$
Total	3 157 646 \$	2 427 370 \$

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

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec l'établissement qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 90 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de diverses fondations reliées au CSSS du Haut-Saint-Laurent qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et

achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 34 % pour le présent exercice et 30 % pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

La chronologique des *autres débiteurs*, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars 2015 se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	327 273 \$	292 312 \$
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	78 205 \$	96 186 \$
De 30 à 59 jours	81 676 \$	76 967 \$
De 60 à 89 jours	21 174 \$	15 278 \$
De 90 jours et plus	112 150 \$	271 044 \$
Sous-total	293 205 \$	459 475 \$
Provision pour créances douteuses	10 222 \$	41 256 \$
Sous-total	282 983 \$	418 219 \$
Total des autres débiteurs	610 256 \$	710 531 \$

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses :	41 256 \$	- \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	77 144 \$	46 383 \$
Montants radiés	(108 178) \$	(5 127) \$
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	10 222 \$	41 256 \$

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

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est essentiellement réduit au minimum puisque l'établissement s'assure de détenir majoritairement des titres émis par le gouvernement du Canada et des gouvernements provinciaux, ou par institutions financières réputées.

Au 31 mars 2015, ces actifs financiers étaient investis dans des obligations, actions et fonds mutuels.

Le risque de crédit lié aux placements de portefeuille découle du fait qu'il détient des placements en obligations et billets. De ce fait, il existe un risque qu'un émetteur ne s'acquitte pas de ses obligations, ce qui aurait une incidence sur son actif.

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est néanmoins limité du fait que selon l'article 265 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), un établissement ne peut acquérir des actions d'une personne morale sans avoir obtenu préalablement l'avis de l'agence et dans la seule mesure

prévue dans une entente conclue avec le ministre dont les conditions sont rendues publiques.

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

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

Risque de liquidité

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

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

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

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

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

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	3 490 091 \$	3 372 130 \$
Total des autres créditeurs	3 490 091 \$	3 372 130 \$

Risque de marché

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

L'établissement est exposé aux risques de taux d'intérêt et autre risque de prix.

i. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de

trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	965 026 \$	686 306 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	1 048 121 \$	1 643 663 \$
Dettes à long terme	8 637 810 \$	6 620 205 \$

Du montant des emprunts temporaires totalisant 965 026 \$, un montant de 965 026 \$ porte intérêt à un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 9 685 931 \$, un montant de 1 048 121 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 8 637 810 \$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. De ce montant, un montant de 8 637 810 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

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

ii. Autre risque de prix

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

L'établissement est exposé au risque de prix autre en raison des placements cotés sur des marchés actifs.

Afin de minimiser ces risques, l'établissement effectue un suivi budgétaire mensuel et un suivi trimestriel du portefeuille de placements.

NOTE 12 PÉRIMÈTRE COMPTABLE ET MÉTHODE DE CONSOLIDATION

La fondation québécoise pour l'hôpital Barrie Memorial est incluse au périmètre comptable de l'établissement qui la contrôle. Elle est consolidée ligne par ligne dans les présents états financiers.

La fondation est constituée comme un organisme sans but lucratif en vertu de la Partie III de la Loi sur les compagnies (Québec), et est un organisme de bienfaisance au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu. Son

objectif est de collecter des fonds pour financer l'achat d'équipement médical et autres pour l'Hôpital Barrie Memorial.

Renseignements financiers sur les entités consolidées ligne par ligne :

	Exercice courant	Exercice précédent
Actifs financiers	1 100 158 \$	1 015 621 \$
Passifs	- \$	- \$
Actifs financiers nets (dette nette)	1 100 158 \$	1 015 621 \$
Actifs non financiers	- \$	- \$
Surplus (déficits) cumulés	1 100 158 \$	1 015 621 \$
Revenus	84 537 \$	84 341 \$
Charges	- \$	- \$
Surplus (déficits) de l'exercice	84 537 \$	84 341 \$

NOTE 13 BIENS DÉTENUS À TITRE DE FIDUCIAIRE

À titre de fiduciaire, l'établissement administre les biens suivants au profit des bénéficiaires, soit de l'encaisse.

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

NOTE 14 OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

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

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

Le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent bénéficie de l'existence de trois fondations différentes, soit La fondation québécoise pour l'Hôpital Barrie Memorial, Barrie Memorial Hospital Foundation et la Fondation du Centre hospitalier du comté de Huntingdon. Les trois fondations sont administrées par des conseils d'administration distincts.

Ces fondations sollicitent des fonds du public afin d'effectuer des dons pour l'achat d'équipements et pour améliorer la santé globale de la population du Haut-Saint-Laurent en général selon leur volet d'opérations.

L'établissement a reçu des dons totalisant 375 193 \$ (137 792 \$ en 2014) des Dames auxiliaires, de la Barrie

Memorial Hospital Foundation et de la Fondation du Centre hospitalier du comté de Huntingdon.

NOTE 15 ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS

Après le 31 mars 2015, deux cadres qui avaient initialement confirmé leur choix d'être remplacés, ont modifié leur décision et fait connaître leur choix d'opter pour l'indemnité de fin d'emploi. Les indemnités de cessation d'emploi relatives à cette situation sont de l'ordre de 197 321 \$. Ainsi, l'établissement n'a pas à ajuster ses livres au 31 mars 2015 pour tenir compte de ces événements. Ils seront pris en compte dans l'exercice où le cadre signifiera son intention de quitter le secteur.

NOTE 16 CHIFFRES COMPARATIFS

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

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	30 923 933	32 401 668	16 692	32 418 360	30 820 887
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	16 335				16 335
Contributions des usagers (P301)	3	2 717 623	2 827 443	XXXX	2 827 443	2 666 563
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	98 055	173 170	XXXX	173 170	283 086
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					41 306
Revenus de placement (P302)	6		1 078		1 078	239
Revenus de type commercial (P351)	7	252 000	XXXX	295 913	295 913	241 833
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	175 063	100 439		100 439	86 723
TOTAL (L.01 à L.11)	12	34 183 009	35 503 798	312 605	35 816 403	34 156 972
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	25 749 283	26 479 773	86 684	26 566 457	25 679 174
Médicaments (P750)	14	520 000	676 796	XXXX	676 796	543 545
Produits sanguins	15	376 739	355 276	XXXX	355 276	314 861
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	689 901	795 988	XXXX	795 988	800 156
Denrées alimentaires	17	489 737	530 936	XXXX	530 936	529 495
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	767 564	1 025 647	XXXX	1 025 647	765 738
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	312 283	378 087		378 087	300 210
Créances douteuses (C2:P301)	21	50 000	77 144		77 144	46 383
Loyers	22	380 016	347 431		347 431	354 361
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	4 847 486	4 908 727	150 044	5 058 771	4 908 578
TOTAL (L.13 à L.24)	25	34 183 009	35 575 805	236 728	35 812 533	34 242 501
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(72 007)	75 877	3 870	(85 529)

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	Nil	Nil
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	1	218 039, 20
Total des contrats de services	1	218 039, 20