



Centre de santé et de services sociaux
Pierre-De Saurel



RAPPORT ANNUEL 2012-2013



TABLE DES MATIÈRES

Message du président et de la directrice générale.....	1
Déclaration de la directrice générale	2
Rapport de la direction générale.....	3
Présentation du CSSS Pierre-De Saurel	7
Mission du CSSS Pierre-De Saurel	7
Profil de l'organisation.....	7
Effectifs médicaux.....	10
Services offert au CSSS Pierre-De Saurel.....	11
Santé physique	11
Programmes spécifiques.....	11
Hébergement :	11
Services à domicile	11
Services au CLSC pour clientèle ambulante.....	11
Services famille-enfance jeunesse	12
Services de crises	12
Chronologie des événements	12
Rappel des changements organisationnels en 2012-2013	12
Changements organisationnels importants :	12
Portrait de santé de la population du CSSS Pierre-De Saurel	14
Orientations stratégiques 2009-2013.....	17
Plan stratégique : Vers 2014.....	19
Direction générale.....	19
Direction des affaires médicales et hospitalières (DAMH)	20
Direction des ressources humaines et développement organisationnel (DRHDO).....	21
Direction des programmes d'hébergement et des services de soutien à l'autonomie (DPHSSA) ..	22
Direction des programmes aux adultes – santé physique (DPASP)	24
Direction des services aux clientèles spécifiques et programmes de santé publique (DSCSPSP) ..	28
Direction des programmes adultes santé mentale et dépendances (DPASMD).....	30
Direction des ressources financières, immobilières et informationnelles (DRFII)	31
Suivi apporté aux recommandations inscrites au rapport d'agrément du 26 mars 2009..	33
Entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013	37
Information et consultation de la population	40
Conseil et comités du conseil d'administration du CSSS Pierre-De Saurel	43
Conseil d'administration	43
Comité de vérification	45
Comité d'évaluation du directeur général et du commissaire aux plaintes	47

Comité de révision des plaintes.....	47
Comité de prévention et contrôle des infections (CPCI)	52
Comité de gestion des risques (CGR)	55
Comité de gouvernance et d'éthique	58
Comité de bioéthique	59
Comité de révision des plaintes médicales	61
Comité de vigilance et de la qualité.....	62
Comité des ressources humaines et de la gestion des talents	63
Comité des usagers.....	64
Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII).....	66
Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP)	68
Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)	71
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS Pierre-De Saurel.....	73
États financiers et analyse des résultats des opérations	79

Message du président et de la directrice générale

L'année 2012-2013 ne nous a certes pas épargnés quant aux rebondissements de tous genres, notamment avec le départ du directeur général, un déficit accumulé important, la nomination d'une directrice générale *par intérim* pour neuf mois avec un mandat axé prioritairement sur le retour à l'équilibre financier et l'amorce d'un remboursement de la dette.

Or, devant la précarité de la situation financière, un certain nombre de constats a permis l'élaboration d'un plan de repositionnement financier 2012-2013. Ce plan a guidé, entre autres, une restructuration de l'organigramme, la mise en place de plusieurs chantiers (15) avec des objectifs d'optimisation financière.

Le CSSS Pierre-De Saurel a terminé l'année financière 2012-2013 en équilibre, grâce à la collaboration soutenue de tous. Ce résultat est d'autant plus méritoire qu'il a été obtenu dans le contexte des obligations du projet de loi 100, soit le remboursement du premier versement de la dette. La mise en place de nombreuses mesures structurantes d'optimisation et de réorganisation du travail a eu un effet bénéfique dans notre démarche d'assainissement financier. Au demeurant, cette démarche nous a permis de redresser la situation financière tout en protégeant les soins et services à la population, mais elle a eu aussi un impact important sur le climat de travail.

Nouveau rythme et transformation de la culture...

Le début d'année 2013 voit la naissance d'un nouveau rythme pour le CSSS Pierre-De Saurel : des rencontres d'échange avec les gestionnaires, les syndicats, les médecins et les employés ont permis de mettre en place un climat de confiance mutuelle entre tous les intervenants. Ce climat a été la source d'une réflexion sur le positionnement stratégique de l'organisation - mission, vision, valeurs -, et ce, afin de préparer une transformation organisationnelle importante en passant d'une culture traditionnelle à professionnelle.

Il convient de souligner ici le dévouement et le travail remarquable de tout le personnel, gestionnaires, médecins et bénévoles qui ont permis pendant cette année de changement important et rapide de continuer d'offrir des services de qualité à la population de la MRC de Pierre-De Saurel.

En dernier lieu, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services demeure un enjeu prioritaire pour notre organisation. C'est donc dans cette perspective que la communauté du Centre de santé et de services sociaux Pierre-De Saurel se mobilise en vue de la visite d'Agrément Canada en octobre prochain!



Martine Bouchard
Directrice générale



André Lussier
Président du conseil d'administration

Déclaration de la directrice générale

À titre de directrice générale du CSSS Pierre-De Saurel, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel d'activités ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport d'activités de l'exercice 2012-2013 du CSSS Pierre-De Saurel :

- 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 d'activités 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 2013.



Martine Bouchard

Directrice générale

Rapport de la direction générale

Les états financiers du CSSS Pierre-De Saurel 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 Pierre-De Saurel reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

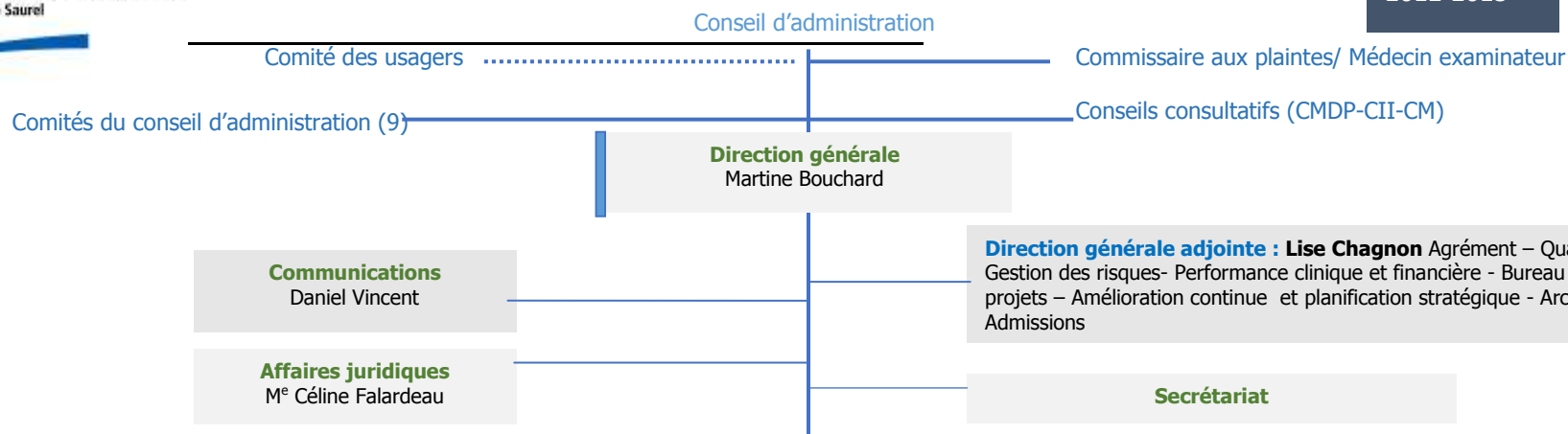
Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur,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

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



Martine Bouchard

Directrice générale



Ressources humaines et du développement organisationnel Daniel Cormier Directeur	Ressources financières, immobilières et informationnelles Jean-Pierre Tremblay Directeur	Programmes de santé publique et services aux clientèles spécifiques Francis Belzile Directeur	Programmes d'hébergement et des services de soutien à l'autonomie Sophie Boulva Directrice	Programme santé physique Sylvie Cusson Directrice	Services multidisciplinaires et des soins infirmiers Annie Lemoine Directrice	Services professionnels et hospitaliers Docteur Gérald Désaulniers Directeur
Service formation	Bureau de projets immobiliers	Unité de psychiatrie <i>Hospitalisation Milieu de vie Suivi dans la communauté</i>	Soutien à l'autonomie - Hôpital de jour et Centre de jour - Continuum réadaptation DPHSSA - Services soutien à domicile : - Soins infirmiers à domicile - Soins palliatifs à domicile - Inhalothérapie à domicile - Auxiliaires santé et services sociaux - Nutrition à domicile - RNI - Continuum psychosocial DPHSSA - Coordination de projets SAD - Guichet d'accès pers. âgées	Unités : <i>Médecine, chirurgie, pédiatrie, gériatrie active et réadaptation, soins intensifs, urgence, obstétrique et hémodialyse</i>	Conseillères clinique ; CII et CM	Imagerie médicale
Service santé et sécurité au travail	Service des ressources financières et budgétaires	Programmes de santé mentale et dépendances <i>Services généraux Services externes 1^{er} ligne Services spécialisés</i>	Hébergement de longue durée 3 installations : CHEL/CHT /CHJAP - Service des Loisirs - Unité de Soins palliatifs (CHT) - Service conseil Milieu de vie	Bloc opératoire pré-admission, chirurgie court séjour, endoscopie et URDM	Coordonnateurs d'activités	Laboratoire
Service des activités de remplacement	Service alimentaire et restauration	Programmes jeunesse et santé publique <i>Santé maternelle, infantile, scolaire.</i>	Services professionnels : - Services psychosociaux - Service de réadaptation - Service de nutrition	Services ambulatoire Clinique de soins infirmiers, centre d'enseignement du diabète, médecin de jour, oncologie, inhalothérapie, nutrition et clinique externe Coordination et gestion de la DMS	Bénévoles CSSS	Pharmacie
Service des relations de travail	Service des approvisionnements et logistique				Pastorale	Recrutement médical
Service de dotation, rémunération et avantages sociaux	Service des ressources immobilières et GBM				Comités CII et CM	Bibliothèque et formation médicale
	Service hygiène et salubrité/buanderie et lingerie					Prévention des infections

DIRECTION GÉNÉRALE

Directrice générale : Martine Bouchard

La directrice générale est responsable, sous l'autorité du conseil d'administration, de l'ensemble des activités de gestion stratégique et de gestion courante des activités et des ressources en vue de permettre la réalisation de la mission et des objectifs du CSSS Pierre-De Saurel.

DIRECTION DES SERVICES AUX CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES ET DES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE

Directeur : Francis Belzile

Assurer le développement, le bien-être et la sécurité des enfants et des jeunes en leur offrant, ainsi qu'à leur famille, un ensemble de services intégrés, coordonnés et de qualité.

Améliorer la santé et le bien-être de la population en agissant en amont des problèmes ainsi que sur les déterminants de la santé (santé publique).

La direction des services aux clientèles spécifiques regroupe également des services psychosociaux généraux s'adressant à toute la population du territoire sans compter des services spécifiques de santé mentale et de dépendances qui sont offerts à la clientèle adulte. Les services psychosociaux généraux peuvent aider à résorber des situations de crise ou à traverser des situations difficiles dans la vie des personnes. Les services spécifiques de santé mentale ou de dépendance s'offrent en première et en deuxième ligne aux usagers aux prises avec des difficultés.

Les différents services offerts sont les services diagnostiques, l'évaluation et le traitement en clinique externe ou en CLSC, l'hospitalisation psychiatrique le suivi dans la communauté, l'hébergement dans les ressources non institutionnelles ainsi qu'une gamme de services aux usagers requérant l'accès à des logements sociaux ou un accompagnement pour l'intégration au travail ou aux études

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, IMMOBILIÈRES ET INFORMATIONNELLES:

Directeur : Jean-Pierre Tremblay

La direction des ressources financières, immobilières et informationnelles regroupe les services suivants : les ressources financières et budgétaires, les ressources immobilières, les ressources informationnelles, le service des approvisionnements et logistique, les services alimentaires, le service d'hygiène/salubrité et buanderie, le bureau des projets, le service de la sécurité, la gestion du stationnement et le transport des usagers. Notre direction s'assure de supporter les directions cliniques afin d'offrir aux usagers du CSSS Pierre-De Saurel les services auxquels ils peuvent s'attendre de notre CSSS.

DIRECTION DES PROGRAMMES D'HÉBERGEMENT ET DES SERVICES DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Directrice Sophie Boulva

La Direction des programmes aux personnes âgées et en perte d'autonomie est composée de deux volets : soutien dans la communauté et hébergement. Le premier regroupe les services de soutien à domicile, le centre de jour, l'hôpital de jour et les ressources intermédiaires. Le deuxième offre un milieu de vie adapté aux besoins des 235 résidents qu'il dessert.

DIRECTION DU PROGRAMME DE SANTÉ PHYSIQUE

Directrice : Sylvie Cusson

La direction du programme santé physique offre à toute personne, sans distinction et sans exclusion, des services diagnostiques, thérapeutiques, de réadaptation et spécialisés. Nos équipes dispensent des soins auprès d'une clientèle ambulatoire ou hospitalisée.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

Directeur : Docteur Gérald Désaulniers

La Direction des services professionnels et hospitaliers a la responsabilité primordiale de l'accessibilité et de la qualité des services médicaux pour toute la clientèle du territoire du CSSS Pierre-De Saurel. Les services offerts par la Direction des affaires médicales et hospitalières s'adressent à toute la population et comprennent notamment l'ensemble des services diagnostiques et pharmaceutiques. Cette direction vise aussi l'ensemble du corps médical en ce qui a trait au support à la prestation des services médicaux.

DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES ET DES SOINS INFIRMIERS

Directrice : Annie Lemoine

La qualité des soins infirmiers et services multidisciplinaires est au cœur des responsabilités de cette direction. C'est de concert avec les différentes directions des programmes que cette direction doit veiller à l'implantation des meilleures pratiques cliniques basées sur les résultats probants. Son expertise est essentielle dans l'organisation du travail en soins infirmiers, dans la détermination des qualifications des professionnels et dans le choix des modalités d'encadrement clinique en vue d'assurer les soins sécuritaires.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET ORGANISATIONNELLES

Directeur : Daniel Cormier

Le mandat de la direction est d'offrir des services-conseils auprès des 1500 employés des différents secteurs d'activités, des stagiaires ainsi qu'auprès des gestionnaires. La direction œuvre en partenariat avec les organisations syndicales, les médecins et les bénévoles dans les domaines relevant de sa compétence. Les principales activités de la direction sont l'attraction, la rétention et la fidélisation du personnel, la gestion de la présence au travail, les activités liées au remplacement, les relations de travail et la gestion des programmes d'avantages sociaux.

- **Changements de l'organigramme**

La direction des programmes de santé physique qui était codirigé par la direction des soins infirmiers et la direction des affaires médicales et hospitalières a maintenant une directrice attitrée et la direction regroupe tout le continuum de santé physique.

La direction des ressources humaines est devenue la direction des ressources humaines et du développement organisationnel.

Les directions santé mentale et santé publique sont converties en direction des services aux clientèles spécifiques et des programmes de santé publique

La direction des soins infirmiers regroupe maintenant la direction des services multidisciplinaires.

La direction des programmes aux personnes âgées et en perte d'autonomie porte désormais le nom de direction des programmes d'hébergement et des services de soutien à l'autonomie.

Présentation du CSSS Pierre-De Saurel

Mission du CSSS Pierre-De Saurel

La mission du CSSS Pierre-De Saurel est d'offrir des services de santé et de services sociaux basés sur les besoins de la population du territoire et d'agir avec les partenaires du milieu sur les déterminants de la santé.

Le CSSS Pierre-De Saurel dispense des services hospitaliers, incluant des services diagnostiques, des soins de deuxième ligne et des services spécialisés adaptés en fonction des besoins spécifiques de la population. Enfin, lorsque nécessaire, il assure à la clientèle en perte d'autonomie, un milieu de vie substitut, en hébergement institutionnel ou en ressources intermédiaires.

Le CSSS Pierre-De Saurel est une instance multi-vocationnelle qui exploite un centre local de services communautaires (CLSC), trois centres d'hébergement, ainsi qu'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

Profil de l'organisation

Les objectifs

Offrir à la population de la région des services de santé et sociaux de qualité, accessibles, intégrés et continus, en partenariat avec les organismes communautaires, intersectoriels et de développement, les pharmacies, les cabinets privés et les établissements.

Les valeurs organisationnelles

Le CSSS Pierre-De Saurel a continué de promouvoir les valeurs organisationnelles adoptées en 2009. Celles-ci forment un point d'ancrage de nos intentions vis-à-vis nos usagers, entre nous et avec nos partenaires. Ces valeurs sont :

La qualité

Avoir le souci du bien-être de la population et de l'offre de services à la clientèle, se traduisant par l'excellence, le développement des compétences, la recherche des meilleures pratiques, l'ouverture à l'innovation et la gestion efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

L'engagement

Un sentiment d'appartenance, de fierté et de loyauté à l'organisation et à la population qui incite au dépassement personnel et collectif et qui inspire une adhésion profonde à la mission, aux valeurs et aux objectifs poursuivis.

La contribution

La participation active à la réalisation d'une mission; le partage de ses compétences et expertises particulières, de ses idées et de ses efforts afin d'atteindre des objectifs communs.

La reconnaissance

L'appréciation mutuelle de la contribution et des compétences des usagers, des partenaires et des intervenants du CSSS Pierre-De Saurel favorisant un sentiment d'accomplissement et d'épanouissement à l'intérieur de son rôle respectif.

Le respect

Inciter à la considération pour autrui et pour les règles convenues qui invitent à des comportements et attitudes de tolérance, de politesse, d'équité, d'écoute, de confidentialité et d'ouverture aux différences.

La communication

Partager et échanger les informations pertinentes de façon claire et accessible, par souci de favoriser la participation et ainsi maximiser le potentiel de l'organisation.

Ces valeurs sont au cœur de notre travail. Autant entre nous qu'avec les usagers et nos partenaires, elles témoignent de notre ouverture et de notre sensibilité à améliorer nos services.

Nous offrons nos services dans cinq (5) sites :

- Hôtel-Dieu de Sorel (centre hospitalier) : 156 lits
- Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance : 149 lits,
- Centre d'hébergement J. Arsène-Parenteau : 60 lits
- Centre d'hébergement de Tracy : 33 lits
- CLSC Gaston Bélanger

Ces services sont complétés par les services rendus à l'unité Myosotis, des ressources de type familial et des ressources intermédiaires.

Portrait de la main-d'œuvre au 31 mars 2013

L'établissement présente les principales informations concernant les ressources qui sont à son emploi.

Effectifs de l'établissement en équivalents temps complet

Les cadres (en date du 31 mars)	Exercice en cours (2012-2013)	Exercice antérieur (2011-2012)
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	50	56
Temps partiel	12	11
Nombre de personnes : équivalent temps complet ^(a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	7	6
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	0

Les employés réguliers (en date du 31 mars)	Exercice en cours (2012-2013)	Exercice antérieur (2011-2012)
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	637	639
Temps partiel	603	578
Nombre de personnes : équivalent temps complet ^(a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	339	315
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0

Les occasionnels	Exercice en cours (2012-2013)	Exercice antérieur (2011-2012)
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	751 632	757 387
Équivalents temps complet ^(b)	405	407

- (a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.
- (b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1826 heures.

Effectifs médicaux

Le CSSS Pierre-De Saurel offre plus de vingt spécialités médicales

	En poste au 31 décembre			
	2012	2013		
Spécialités	Nombre en poste	Autorisé	En poste	Informations 2013
Généralistes: médecine générale et urgence	43	51	51	Au 2013-07-29, il y a encore trois nouveaux médecins à venir
Pathologie	2	1	2	Chevauchement de carrière
Anesthésiologie	3	4	4	
Cardiologie	2	3	4	Chevauchement de carrière
Chirurgie générale	3	4	5	Chevauchement de carrière
Orthopédie	2	2	2	Un 3 ^e poste au PREM en 2014
Chirurgie plastique	1	1	1	
Gynécologie	2	3	2	
Hématologie	1	1	1	
Oncologie	1	1	1	
Ophtalmologie	2	2	2	
Maxillo-faciale	1	1	1	
Médecine interne	2	3	3	D ^r Andrawes arrivera fin août 2013. Un 4 ^e poste au PREM en 2015
Médecine nucléaire	1	1	1	
Microbiologie	2	1	2	Chevauchement de carrière
Néphrologie	1	1	1	
Pédiatrie	3	3	3	
Pneumologie	2	2	2	
Psychiatrie	5	6	6	Un 7 ^e poste au PREM en 2014
Pédopsychiatrie	0	1	1	
Radiologie	2	3	3	D ^r Do arrivé 10 août 2013
Oto-rhino-laryngologie	1	1	2	Chevauchement de carrière
Urologie	1	1	1	
Total	83	97	101	5 chevauchements de carrière

Services offert au CSSS Pierre-De Saurel

Santé physique

Le programme santé physique offre à toute personne, sans distinction et sans exclusion, des services diagnostiques, thérapeutiques, de réadaptation et spécialisés. Nos équipes dispensent des soins auprès d'une clientèle ambulatoire ou hospitalisée.

Programmes spécifiques

Nos services psychosociaux généraux s'adressent à toute la population du territoire et des services spécifiques de santé mentale et de dépendances sont offerts à la clientèle adulte. Les services psychosociaux généraux peuvent aider à résorber des situations de crise ou à traverser des situations difficiles dans la vie des personnes. Les services spécifiques de santé mentale ou de dépendance s'offrent en première et en deuxième ligne aux usagers aux prises avec des difficultés.

Les différents services offerts sont les services diagnostiques, l'évaluation et le traitement en clinique externe ou en CLSC, l'hospitalisation psychiatrique, le suivi dans la communauté, l'hébergement dans les ressources non institutionnelles ainsi qu'une gamme de services aux usagers requérant l'accès à des logements sociaux ou un accompagnement pour l'intégration au travail ou aux études.

Assurer le développement, le bien-être et la sécurité des enfants et des jeunes en leur offrant, ainsi qu'à leur famille, un ensemble de services intégrés, coordonnés et de qualité.

Améliorer la santé et le bien-être de la population en agissant en amont des problèmes ainsi que sur les déterminants de la santé (santé publique).

Hébergement :

Les programmes aux personnes âgées et en perte d'autonomie sont composés de deux volets : soutien dans la communauté et hébergement. Le premier regroupe les services de soutien à domicile, le centre de jour, l'hôpital de jour et les ressources intermédiaires. Le deuxième offre un milieu de vie adapté aux besoins des 235 résidents qu'il dessert.

Le CSSS Pierre-De Saurel a créé des liens de proximité avec la population en offrant plusieurs portes d'entrée facilitant l'interaction avec nos intervenants

Services à domicile

- Soins infirmiers;
- Inhalothérapeute;
- Auxiliaire familiale;
- Ergo-physio;
- Nutrition;
- Services psychosociaux;
- Soins palliatifs.

Services au CLSC pour clientèle ambulante

- Clinique de soins infirmiers;
- Enseignement pour diabète;
- Services psychosociaux adultes;
- Services santé mentale adultes;
- Services pour les dépendances;
- ITSS;

-
- Abandon du tabac;
 - Ma santé à cœur;
 - Vaccination.

Services famille-enfance jeunesse

- Services futurs parents et services 0-5 ans/6-17 ans;
- Jeunes familles;
- Médecine de jour;
- Accueil clinique;
- Centre de jour
- Hôpital de jour;
- Services en situation de crise.

Services de crises

- Ado-famille;
- Crise suicidaire;
- Hébergement d'urgence;
- Intervention psycho-sociale d'urgence.

Chronologie des événements

Rappel des changements organisationnels en 2012-2013

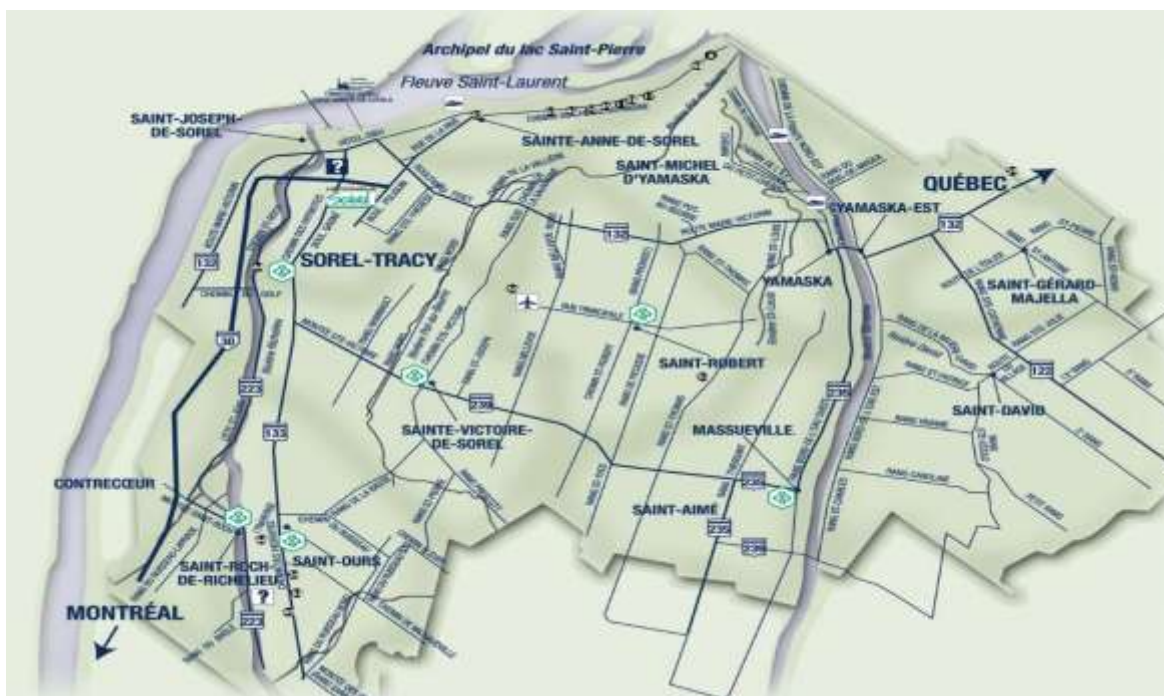
- Printemps 2012 : déficit important à rembourser.
- Printemps 2012 : départ du directeur général.
- Intérim à la Direction générale – mars à décembre 2012.
- Automne 2012 : départ de la conseillère à la gestion des risques et à la qualité (Agrément).

Changements organisationnels importants :

- La Direction programme santé physique qui était codirigée par la Direction des soins infirmiers et la Direction des affaires médicales et hospitalières a maintenant une directrice attitrée et regroupe tout le continuum de santé physique ;
- La Direction des ressources humaines devient la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel ;
- La Direction santé mentale et Santé publique sont regroupées et forment la Direction des services aux clientèles spécifiques et des Programmes de santé publique ;
- La Direction des soins infirmiers devient la Direction des services multidisciplinaires et des soins infirmiers ;
- La Direction des programmes aux personnes âgées et en perte d'autonomie devient la Direction des programmes d'hébergement et des services de soutien à l'autonomie ;
- Janvier 2013 : nouvelle directrice générale ;
- Printemps 2013 : départ de la directrice générale adjointe qui depuis l'automne 2012 assumait le dossier Agrément ;
- Juin 2013 : départ du directeur des ressources humaines.

Portait du territoire desservi et du profil santé de la population

MRC PIERRE-DE SAUREL



Sur un vaste territoire de 594 km², la MRC de Pierre-De Saurel est constituée d'un secteur urbain et d'un secteur rural rassemblant les 12 municipalités suivantes :

Massueville	Saint-Gérard-de-Majella	Saint-Roch-de-Richelieu
Saint-Aimé	Saint-Joseph-de-Sorel	Sorel-Tracy
Saint-David	Sainte-Anne-de-Sorel	Saint-Ours
Yamaska	Sainte-Victoire-de-Sorel	Saint-Robert

Ces municipalités regroupent au total 50 910 habitants. La densité de la population s'élève à 86 habitants/km².

Fortement industrialisé et habité par 75 % de la population, le noyau urbain occupe près de 16 % du territoire de la MRC de Pierre-De Saurel. La plupart des activités à caractère régional se déroulent à l'intérieur de ce milieu citadin.

Le dynamisme agricole, majoritairement représenté dans les municipalités rurales, regroupe pas moins de 470 producteurs œuvrant sur 310 fermes. La zone agricole permanente du Bas-Richelieu se chiffre à 91 % de son territoire.

Portrait de santé de la population du CSSS Pierre-De Saurel

Conditions démographiques

Selon les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), le RLS compte près de 51 000 personnes en 2013. Il s'agit du 10^e territoire en importance en Montérégie quant à la taille de sa population (3,4 %), du 8^e territoire quant à sa superficie et du 9^e territoire quant à sa densité de population. La population du RLS devrait s'accroître de 5,7 % entre 2013 et 2031, soit une augmentation très inférieure à celle de la Montérégie (12,9 %).

Le RLS Pierre-De Saurel se caractérise par une population relativement plus âgée que celle de la Montérégie. En 2013, la proportion de jeunes (moins de 18 ans) du RLS est ainsi beaucoup plus faible (15 c. 20 %) et celle de personnes âgées de 65 ans et plus, beaucoup plus élevée que celle de la Montérégie (22 c. 16 %).

Néanmoins, à l'instar du Québec et de la région, le RLS n'échappera pas au vieillissement de sa population. Entre 2013 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 22 à 34 %.

Le vieillissement de la population se produit à un rythme légèrement moins rapide sur le territoire Pierre-De Saurel qu'en Montérégie. Entre 2013 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 52 % dans le RLS comparativement à 56 % en Montérégie. À cet égard, Pierre-De Saurel est l'un des RLS de la Montérégie où le vieillissement de la population sera moins rapide.

Conditions socioéconomiques et culturelles

Dans l'ensemble, le RLS présente un profil socioéconomique moins avantageux que celui de la région. En comparaison de la Montérégie, le RLS compte proportionnellement plus de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (15,3 c. 12,5 % en 2005) et plus d'adultes prestataires des programmes d'assistance sociale¹ (11,0 c. 5,5 % en 2009).

Pierre-De Saurel est le RLS de la Montérégie où la proportion de personnes d'expression anglaise² est la plus faible (1 c. 11 % en 2006). Selon le Recensement de 2006, leur nombre s'élève à près de 500 personnes, soit moins de 1 % de la population d'expression anglaise de la Montérégie.

En 2006, on dénombre 890 immigrants sur le territoire Pierre-De Saurel, soit 2 % de la population du RLS, mais 1 % des immigrants de la Montérégie.

Espérance de vie

En 2005-2009, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui résident sur le territoire Pierre-De Saurel s'élève à 80,2 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance plus élevée que celle des hommes (82,6 c. 77,8 ans), quoique l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec le temps.

Nouveau-nés

En 2010, les femmes du RLS ont donné naissance à 375 enfants. Le taux de natalité de Pierre-De Saurel est significativement inférieur à celui du Québec (7,4 c. 11,2 pour 1 000). Pour la période 2006-2010, 6,1 % des nouveau-nés avaient un poids insuffisant (moins de 2 500 g) et 8,1 % étaient prématurés (moins de 37 semaines). Par ailleurs, 7,5 % des naissances (non gémellaires) présentaient une hypotrophie néonatale.

¹ Aide sociale, solidarité sociale et alternative jeunesse.

² Définis selon la première langue officielle parlée.

Depuis le début des années 1980, la proportion de naissances présentant une hypotrophie néonatale a diminué alors que la proportion de bébés prématurés et celle de bébés de faible poids ont augmenté puis diminué à partir de 2005. Pour la période 2006-2010, 11,1 % des nouveau-nés avaient une mère faiblement scolarisée (moins de 11 ans de scolarité) et 4,3 %, une mère âgée de moins de 20 ans. La proportion de bébés ayant une mère faiblement scolarisée est significativement supérieure à celle observée au Québec.

SANTÉ PHYSIQUE

Les tumeurs

En 2005-2009, 35 % des décès enregistrés dans le RLS Pierre-De Saurel sont attribuables aux tumeurs malignes. Avec une moyenne de 168 décès par année, les tumeurs malignes figurent au premier rang des causes de décès. Le RLS affiche un taux de mortalité par tumeurs malignes significativement supérieur à celui du Québec.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. Dans le RLS, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 247 à 347 entre les périodes 1989-1993 et 2004-2008. Le taux d'incidence est toutefois demeuré relativement stable dans le temps. Encore une fois, le RLS se démarque avec un taux d'incidence du cancer significativement supérieur à celui du Québec. Par ailleurs, le taux d'incidence du cancer du poumon est significativement plus élevé dans le RLS qu'au Québec.

On compte 529 hospitalisations en 2011-2012 pour cause de tumeurs, ce qui représente plus de 9 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée. Le taux d'hospitalisations pour tumeurs est significativement plus élevé que celui du Québec.

Les maladies de l'appareil circulatoire

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

En 2009-2010, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque et 17 % d'hypertension, ce qui représente respectivement près de 2 040 et 7 290 personnes sur le territoire Pierre-De Saurel. Chez les Montérégiens de 65 ans et plus, ces proportions grimpent respectivement à 16 et 49 %.

En 2011-2012, 17 % des hospitalisations de la population du RLS en soins physiques de courte durée – soit 942 hospitalisations – sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès, mais également d'hospitalisations. Pour cette même période, le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus élevé dans le RLS qu'au Québec.

Les maladies de l'appareil respiratoire

Selon les dernières données disponibles, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 8 % des décès et 11 % des hospitalisations de la population du RLS. Ce dernier affiche un taux d'hospitalisations significativement supérieur à celui du Québec.

En 2009-2010, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 4 % des Montérégiens de 35 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, ce qui représente respectivement 3 970 et 1 200 personnes à l'échelle du RLS.

Le diabète

En 2008-2009, 3 740 personnes de 20 ans et plus étaient atteintes de diabète, soit 9,1 % de la population de ce groupe d'âge. Le vieillissement de la population et la diminution de la mortalité chez les personnes diabétiques contribuent à l'augmentation de la prévalence du diabète³. Cette maladie entraîne de lourdes conséquences sur la santé (problème cardiaque, insuffisance rénale, cécité, amputation, etc.) et les adultes qui en souffrent en meurent souvent prématurément.

Quelques facteurs de risque

En 2009, les adultes du RLS Pierre-De Saurel vivant en ménage privé présentent les facteurs de risque suivants :

- Environ 52 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour. Cette proportion est statistiquement plus élevée que celle de la Montérégie.
- Environ 38 % des adultes pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine.
- Environ 26 % des adultes fument tous les jours ou à l'occasion.
- Environ 54 % des adultes présentent un surplus de poids, soit 38 % de l'embonpoint et 16 % de l'obésité (Boulais, 2011).

Santé mentale/psychosociale

En 2011-2012, on dénombre 481 hospitalisations pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

En 2005-2009, le nombre annuel moyen de suicides s'élève à 8 personnes sur le territoire Pierre-De Saurel. Le taux de mortalité par suicide est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

En 2011-2012, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 453 signalements concernant les enfants du RLS, soit une augmentation de 90 % par rapport à 2001-2002. Le nombre de signalements retenus a lui aussi augmenté pour se chiffrer à 223 en 2011-2012. Depuis 2007-2008, les abus physiques et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus.

Au nombre de 67, les nouvelles prises en charge représentent 30 % des signalements retenus en 2011-2012.

En Montérégie, en 2005-2009, le taux de grossesse chez les adolescentes se situe à 12,0 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans. À l'échelle du RLS, cela représente en moyenne 14 grossesses par année.

Un portrait à nuancer

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

³ Pigeon, É. et I. Larocque (2011). « Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 206-2007. » *Surveillance des maladies chroniques* (5). Disponible sur : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1239_TendancesDiabete2000-2001A2006-2007.pdf

Orientations stratégiques 2009-2013

C'est en 2009-2010 que le CSSS Pierre-De Saurel adhère au modèle CSSS promoteur de santé, selon le modèle « Hôpital en santé » proposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Depuis, le CSSS Pierre De Saurel a piloté une démarche régionale de soutien à l'implantation d'un réseau d'établissements promoteurs de santé en Montérégie selon les normes internationales. Tous les CSSS y ayant adhéré, le CSSS Pierre-De Saurel est devenu le coordonnateur du réseau Montérégien.

Le plan stratégique de notre établissement s'est terminé en mars 2013 et un nouveau plan sera effectif à l'automne 2013.

Bilan

Axe I – Des équipes de travail en santé

7 objectifs – 19 activités

Points forts

- Implantation d'un programme d'accueil et d'intégration pour le nouveau personnel;
- Titularisation des postes en fonction des besoins réels des services;
- Poursuite des efforts en recrutement médical en fonction des besoins ciblés;
- Élaboration et mise en place d'une politique de prévention du harcèlement.

Enjeux

- Développement d'un programme de reconnaissance de notre personnel répondant aux standards du réseau de la santé;
- Élaboration et mise en place d'une politique de reconnaissance;
- Planification des mesures d'urgence interne et externe.

Axe 2 -Des patients – Des usagers – Des résidents en santé

7 objectifs – 9 activités

Points forts

- Application des règles de nutrition en établissement de santé selon les lignes directrices du MSSS;
- Suivi l'évolution des accidents et des incidents;
- Poursuite et aboutissement de la mise en place des continuums de services en jeunesse, en santé mentale, en dépendances, et ce, en collaboration avec les partenaires impliqués.

Enjeux

- Mesure des délais d'attente pour les activités cliniques au CSSS : examens diagnostics;
- Mise en place d'un service d'accueil clinique pour faciliter le diagnostic de certains problèmes de santé (protocoles).

Axe 3 - Une communauté en santé

5 objectifs – 6 activités

Points forts

- Soutien aux organismes communautaires, au GMF, aux pharmacies et à la Coop Saint-Aimé;
- Rencontres avec partenaires locaux, municipalités, médecins et groupes vulnérables.

Enjeux

- Organiser des rencontres formelles avec les médecins et les pharmaciens pour partager notre vision concernant les clientèles vulnérables;
- Poursuivre nos interventions avec la Ville de Sorel-Tracy dans les objectifs de l'Agenda 21.

Axe 4 – Une organisation en santé

7 objectifs – 17 activités

Points forts

- Mise en place des mesures d'économie d'énergie concordantes avec les mesures environnementales reconnues;
- Politique d'achats révisée et adoptée au conseil d'administration;
- Application des politiques de gestion en fonction des normes révisées du MSSS.

Enjeux

- Politique de recyclage;
- Plan de sécurité civile externe à finaliser avec la Ville de Sore-Tracy.

Plan stratégique : Vers 2014...

L'approche adoptée par le CSSS Pierre-de Saurel vise la mise en place d'un processus de planification stratégique continu au lieu d'un processus triennal. Le point de départ du processus stratégique est l'élaboration de la nouvelle vision de l'établissement qui sera actualisé tous les trois ans.

Direction générale

Lise Chagnon (mars 2012 à décembre 2013)

Martine Bouchard (janvier à mars 2013)

L'exercice financier 2012-2013 a permis au CSSS de retrouver sa santé financière. En effet, l'exercice financier 2012-2013 nous a permis non seulement de terminer en équilibre budgétaire mais aussi de rembourser un montant d'environ 700 000 \$ sur notre dette accumulée remboursable de 2,4 M \$ des résultats financiers des exercices financiers.

L'amélioration de la santé financière est le résultat de plusieurs chantiers d'améliorations mis en place au sein du CSSS. Des chantiers tels:

- Réduction de la main d'œuvre indépendante;
- Réduction des taux de croissance des fournitures médicales et chirurgicales;
- Réduction importante des dépenses de nature administrative (heures travaillées et autres dépenses).

L'ensemble des quinze chantiers qui ont travaillé sur l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du CSSS ont essentiellement permis de réduire de façon significative nos taux de croissance des coûts d'exploitation versus d'autres CSSS comparables.

Le financement additionnel reçu aussi pour l'augmentation de l'activité médicale que notre CSSS a vécu depuis l'exercice 2010-2011 nous a également aidés à retrouver une saine santé financière.

Direction des affaires médicales et hospitalières (DAMH)

Directeur : Docteur Gérald Désaulniers

Faits marquants 2012-2013

Transformation de la DAMH (Direction des affaires médicales et hospitalières) qui est devenue la DSP (Direction des services professionnels) en transférant la totalité des services de santé physique sous une nouvelle direction.

- Pour une deuxième année, le programme Destination mieux-être : prise en charge de la clientèle la plus vulnérable et nécessitant le plus de soins au CSSS. Résultats après deux ans de suivi : réduction de 40 à 60 % de visites à l'urgence et des besoins d'hospitalisation grâce à l'amélioration de la santé et de la prise en charge CSSS;
- Recrutement de 15 nouveaux médecins;
- Surproductions chirurgicales et augmentation des activités dans presque tous les secteurs cliniques de la DAMH.

Direction des ressources humaines et développement organisationnel (DRHDO)

Directeur : Madame Louise Beaudoin, contractuelle DDL société conseil (mars à octobre 2012)

Monsieur Daniel Cormier (octobre 2012)

Faits marquants 2012-2013

- Participation à 22 événements de recrutement et visibilité;
- Formation des gestionnaires sur la gestion de la présence au travail;
- Élaboration d'une procédure sur la gestion de l'exposition accidentelle aux liquides biologiques;
- Quarante-sept (47) candidats soumis par le programme de référencement;
- Programme de relève des cadres intermédiaires et supérieurs;
- Réalisation d'un projet LEAN au service de prêts d'équipements court terme, au soutien à domicile;
- Réduction considérable du nombre de griefs;
- Révision du processus d'approbation des postes.

Objectifs/entente de gestion – les comparables performances actuelles à celles passées

- Poursuite de l'amélioration continue sur le processus de gestion des remplacements.
- Poursuite des négociations locales.

Faits marquants 2012-2013

Volet communauté

- Optimisation soutien à domicile (SAD) :
 - ✓ Projet LEAN au prêt d'équipement du soutien à domicile;
 - ✓ Création d'une aide-ergo (AFS);
 - ✓ Augmentation des volumes d'activités de 10 % en soins infirmiers à domicile, de 34 % en physiothérapie à domicile et de 64 % en ergothérapie à domicile (nb interventions);
 - ✓ Réorganisation du travail : Création d'une équipe fusionnée pour les résidences pour personnes âgées (RPA) et ressources intermédiaires (RI);
 - ✓ Augmentation de 100% du nombre de décès à domicile en soins palliatifs sans ajout de ressource;
 - ✓ Déploiement du suivi systématique en MPOC;
 - ✓ Poursuite de l'intégration des infirmières auxiliaires.
- Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) :
 - ✓ Amélioration de la qualité clinique par l'implantation des plans d'interventions interdisciplinaires (PII) pour 100% de la clientèle;
 - ✓ Amélioration des cibles de performance de l'agence :
 - ❖ Durée moyenne de séjour et profil de clientèle;
 - ❖ Taux d'occupation des lits;
 - ❖ Nombre de retour en centre hospitalier;
- Mise en place d'une clinique externe de gériatrie à l'hôpital de jour avec l'intégration de 3 nouveaux médecins : 1 gériatre et 2 omnipraticiens spécialisés en gériatrie;
- Développement du guichet d'accès personnes âgées - volet social.

Volet hébergement

- Renovations au CHÉL complétées, impliquant la fermeture de lits temporaires délocalisés à la Résidence Jardins de Ramesay;
- Ressources intermédiaires (RI) :
 - ✓ Application du nouveau cadre de référence RI, découlant de la loi 49, impliquant une révision des outils de classification et une réévaluation des usagers;
 - ✓ Lancement de l'appel d'offre pour une nouvelle RI, 9 places en déficience physique pour les moins de 65 ans;
- Travail social : Création du poste technicienne en assistance sociale en hébergement;
- Milieu de vie :
 - ✓ Fin de l'utilisation des jaquettes d'hôpital et passage aux vêtements de nuit régulier pour les résidents;
 - ✓ Introduction de nouveaux tabliers de protection pour les repas adaptés aux résidents;
 - ✓ Implantation de l'HISTOIRE DE VIE du résident pour mieux connaître le résident;
 - ✓ Aménagement des salles à manger des trois installations : décorations et mobilier en collaboration avec la fondation des centres d'hébergement que nous remercions !
- Adoption de la Politique locale des mécanismes d'accès à l'hébergement;
- Diminution des mesures de contrôle (contentions) au fauteuil et au lit ;
- Rencontres d'équipe interdisciplinaire en place dans tous les centres d'hébergement;
- Couverture médicale complète pour tous nos résidents grâce au support de la direction des affaires médicales.

Volet hôpital

- Virage des usagers en attente d'hébergement de type ressources intermédiaires vers le domicile ou une résidence privée;
- Diminution de la durée de séjour à l'hôpital des usagers en attente d'hébergement;
- Planification et mise en place du rôle de l'infirmière gériatrique et de l'ECGT en collaboration avec la DSI;
- Stabilisation des équipes multidisciplinaires avec recrutement d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes;
- Participation au comité sur l'approche adaptée à la personne âgée;
- Accueil et intégration de deux nouveaux médecins à l'unité 2A impliqué dans les programmes spécifiques.

Objectifs/entente de gestion – Les comparables performances actuelles à celles passées

Le CSSS Pierre-De Saurel atteint 98,5 % de ses engagements 2012-2013 dans le cadre du plan régional d'optimisation en soutien à domicile, avec un résultat de 97 145 heures de services en présence de l'utilisateur à domicile (cible : 98 585 heures).

Le CSSS Pierre-De Saurel remplit ses engagements 2012-2013 dans le cadre de l'implantation du Réseau de Services Intégré aux Personnes Âgées (RSIPA), avec un résultat de plus de 60% de taux d'implantation du RSIPA (cible : 55% de taux d'implantation).

Direction des programmes aux adultes – santé physique (DPASP)

Codirecteurs : Madame Sylvie Cusson et Docteur Gérald Désaulniers

Directrice unique : Madame Sylvie Cusson (novembre 2012)

Faits marquants

- En 2012-2013, transformation majeure à la direction santé physique. Toutes les activités du programme sont maintenant regroupées sous une seule direction.
- Début des travaux visant le désengorgement de l'unité de l'urgence :
 - ✓ Implantation du premier plan de contingence et de désengorgement de l'urgence.
 - ✓ Mise en disponibilité de 20 lits en surcapacité.
 - ✓ Mise en place d'outils cliniques pour encadrer la gestion de lits (rencontres de coordination, politiques et processus).
- Rénovation complète de l'unité familiale rendant l'environnement agréable et sécuritaire pour les usagers et le personnel.
- Transformation des pratiques à l'hospitalisation en bonifiant l'offre de service en ambulatoire. Les résultats sont significatifs :
 - ✓ Accueil clinique : 1988 interventions.
 - ✓ Pré-admission à la chirurgie : 1345 usagers pour 3237 interventions.
 - ✓ Clinique de soins : 29 276 visites.
 - ✓ Médecine de jour : 16 401 visites/augmentation 30% comparativement à 2010-2011.
- Implantation des meilleures normes de pratique en lien avec l'amélioration continue de la qualité et la visite d'agrément prévue en octobre 2013, par exemple :
 - ✓ Programme de prévention des chutes.
 - ✓ Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.
 - ✓ Administration sécuritaire des médicaments.
 - ✓ Double identification des usagers avant chaque intervention de soins.
- Implantation sur toutes les unités de soins, du programme de marche, dans le cadre de l'approche adaptée à la personne âgée qui est hospitalisée. La réussite de ce projet repose sur la mobilisation de ces acteurs et sur un réel travail interdisciplinaire.
- Projet de diminution des coûts des fournitures utilisées en santé physique par l'harmonisation des produits et la révision du type et du mode d'achat :
 - ✓ Résultat : Économie de 187 145,39\$ / an.
- Encadrement Clinico-administratif de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers particulièrement en spécialités :
 - ✓ Résultat : Diminution en 2 ans de 25 000 heures / travaillées / an par la main d'œuvre indépendante.

Direction des services multidisciplinaires et direction des soins infirmiers (DSMSI)

Directrice : Madame Sylvie Cusson, directrice des soins infirmiers (avril à novembre 2012)

Madame Annie Lemoine (janvier 2013)

Faits marquants

- Implantation des différentes pratiques organisationnelles en conformité avec l'Agrément :
 - ✓ Procédure de double identification ;
 - ✓ Procédure double vérification ;
 - ✓ Transfert de l'information;
 - ✓ Prévention des plaies de pression;
 - ✓ Stratégies de prévention des chutes;
 - ✓ Formation sur les pompes à perfusion.
- Implantation de différentes ordonnances collectives qui permettent aux professionnels d'être plus autonomes dans leur pratique :
 - ✓ Déterminer le type de transport et d'accompagnement lors du déplacement inter-établissement de l'utilisateur;
 - ✓ Administration de la nitroglycérine I.V. chez l'adulte;
 - ✓ Initier de la nitroglycérine S.L. chez l'utilisateur adulte;
 - ✓ Administration de diltiazem (cardizem) I.V.;
 - ✓ Initier une épreuve d'expiration forcée (VEMS);
 - ✓ Initier un électrocardiogramme à 12 dérivations chez l'utilisateur adulte;
 - ✓ Initier une analyse et culture d'urine chez l'utilisateur adulte ou enfant à l'urgence et au GMF;
 - ✓ Initier une radiographie de la cheville et du pied à l'urgence et en GMF;
 - ✓ Initier une radiographie du genou à l'urgence et au GMF;
- Implantation du programme de prévention des chutes, d'une règle de soins infirmiers chez l'utilisateur ayant chuté avec un algorithme de prise en charge post-chute.
- Consolidation du protocole infirmiers de la surveillance des paramètres des clients recevant des analgésiques opiacés autre que SAPO par voie PO, I.R., transdermique, I.M., S.C. et I.V.
- Consolidation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier avec le programme de marche 5-13-18, la prévention des chutes et du déclin fonctionnel.
- Accueil de 22 CEPI et de 18 externes en soins infirmiers.
- Embauche de 9 infirmières.

DSM 2012-2013 (janvier 2013)

Mise en place de tronc communs de formation Coordination de l'équipe mesures d'urgence volet psychosocial.

Mise en place d'une procédure « Régimes de protection du majeur inapte » afin d'assurer que les professionnels concernés respectent ce droit envers le majeur vraisemblablement inapte.

- Évaluation du fonctionnement social;
- Personnalités inadaptées;
- Supervision de stage;
- Santé mentale jeunesse;
- Capsules aliénation parental;
- Plan d'intervention interdisciplinaire.

Mise en place :

Projet pilote « intégration et réadaptation » programme de mentorat pour les jeunes professionnels en réadaptation de moins de deux ans. Les rencontres se sont déroulées entre le 4 octobre 2012 et le 3 juin 2013 et ont eu lieu aux 2 semaines.

Un plan d'action afin de favoriser et développer le travail interdisciplinaire au CSSS Pierre De Saurel.

Un guide de pratique qui a pour but d'outiller les intervenants afin de mieux intervenir dans des situations d'aliénation parentale.

Rapport annuel sur l'application des mesures de contrôle en courte durée (DSI)

Bilan septembre 2012-2013

Unité de soins	Nb/patients sous contention en moyenne par période	Durée moyenne d'application par jour & par 24 heures	Critères d'application	Grille surveillance	PII	Consentement
2A -32 lits Réadaptation PAPA Gériatrie	4,4	8 ,3 jrs/6 ,0 hres	98 % Risque de chute	100 %	2 %	2 %
2D-31 lits Chirurgie	1 ,5	2 ,0 jrs/4 ,3 hres	98 % Interférence aux traitements	100 %	0	0
3D-36 lits Cardio médecine	4 ,5	2 ,1 jrs/8 ,2 hres	55 % Risque de chute 22 % Interférence aux traitements 23 % Autre	100 %	0	1 %
4D-33 lits Médecine	4 ,0	2 ,4 jrs/6 ,7 hres	70 % Risque de chute 13 % Errance/fugue 11 % Agitation 4 % Autre 2 % Interférence aux traitements	98 %	2 %	2 %
3E- Psychiatrie	2	4 ,3 hres/isolement	23 % Isolement; 100 % Agitation	100 %	NA	NA
		1 ,8 hres/poignets/ chevilles	77 % Poignets/Chevilles : 55 % Agitation 11 % Agressivité 5 % Psychose 5 % Non respect des consignes			

La direction des services multidisciplinaires et des soins infirmiers tient à remercier tous les intervenants qui ont contribué au processus de collecte de données par le biais des « *Registres de contention* » électroniques en courte durée. Voici l'analyse des résultats sur l'application de ces mesures excluant les ridelles de lits.

Analyse des résultats

Il se dégage une constante dans le nombre moyen de patients sous contention par période : en 2011-2012, une moyenne de 16,6 patients sous contention par période et en 2012-2013 une moyenne de 16,4 patients sous contention par période.

Ces données sont approximatives puisque certains registres ne sont pas complétés. L'unité 4D se démarque tout particulièrement par le fait d'avoir complété 11 périodes de registres sur 13. Deux périodes sont vacantes et il est fort probable qu'il n'y ait eu aucune contention durant ces périodes. Malheureusement, il est impossible de valider cette assertion, car il n'y a pas d'indicateur sur le registre nous informant de l'absence de contention.

Dans ce contexte, je considère que les résultats de l'unité 4D serviront de référence pour dresser un tableau sur la tendance de cette pratique. Étonnamment, malgré un manque de données, les résultats des autres unités confirment la tendance. L'unité 2A démontre aussi un changement considérable dans l'application des mesures alternatives et cela de façon soutenue. L'équipe DSI en a été témoin lors d'une visite d'évaluation clinique au 2A. Une politique a été rédigée sur le sujet.

L'unité de psychiatrie demeure constante dans l'obtention de ses résultats. De plus, nous pouvons constater l'assiduité avec laquelle les données sont recueillies puisque les treize périodes des registres ont été dûment complétées.

Ce rapport démontre que la grille de surveillance est utilisée presque en totalité, fait observable lors des visites sur les unités. Par contre, les consentements et les PII ne sont pas faits. Comme nous l'avons expliqué auparavant dans le rapport 2011-2012, le personnel a besoin de l'appui organisationnel et professionnel pour orchestrer le travail interdisciplinaire, les mécanismes de communication, la prise de décision efficace, la flexibilité dans l'organisation du travail, la présence de leadership et la reconnaissance du travail interdisciplinaire. Un comité de pilotage contention a été mis sur pieds pour développer ces habiletés professionnelles. Dans un premier temps, les membres du comité se sont donné le mandat de réviser la politique, le protocole ainsi que les outils cliniques sur l'application des mesures de contrôle émise en 2009. Dans un deuxième temps, le volet interdisciplinaire sera abordé pour répondre aux objectifs des mesures professionnelles du plan de travail de la DSMSI et ce dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Rapport annuel sur l'application des mesures de contrôle en longue durée

Bilan septembre 2012-2013

Unité de soins	Nb/patients sous contention en moyenne par période	Durée moyenne d'application par 24 heures	Critères d'application	Grille surveillance	PII	Cons
CHEL 2 ^e & 4 ^e	1	12,0 hres	Risque élevé de chute	100%	100%	100%
CHEL 1 ^e & 3 ^e	1	2,0 hres	Spasme	100%	100%	100%
JAP	Aucun	-	-	-	-	-
CHT	Aucun	-	-	-	-	-

Analyse des résultats

Quelques ceintures de type pelviennes sont installées aux fauteuils des résidents pour le maintien d'un positionnement ergonomique adéquat. Puisque ces ceintures sont utilisées dans un premier but de positionnement, les grilles de surveillance, les PII et le consentement ne s'appliquent pas.

Les chefs des centres d'hébergement réévaluent, avec leur équipe, la possibilité de baisser les ridelles de lits. Les unités 1 & 3 sont proactives à l'égard de ce projet. En effet, les ridelles de 20 lits/21 lits ont été baissées à l'unité 1 et les ridelles de 44 lits/49 lits ont été baissées à l'unité 3. Le projet suit son cours sur les autres unités des centres d'hébergement.

Direction des services aux clientèles spécifiques et programmes de santé publique (DSCSPSP)

Directeur: Monsieur Robert James Borris, directeur intérimaire (avril à décembre 2012)

Monsieur Francis Belzile (novembre 2012)

La direction des services aux clientèles spécifiques et programmes de santé publique a été créée à la fin de l'année 2012-13. Elle est issue de la fusion de deux directions :

- Programmes jeunesse et Santé publique.
- Programmes Adulte - Santé mentale.

Elle regroupe les services aux usagers des programmes :

- Jeunes en difficulté;
- Santé publique;
- Santé mentale;
- Dépendances;
- Déficience intellectuelle et Trouble envahissant du développement (0-21 ans);
- Déficience physique (0-21 ans).

Faits marquants – santé publique

En conformité avec les orientations ministérielles en jeunesse, implantation progressive du programme « Je tisse des liens gagnants », qui consiste en un ensemble d'interventions multidimensionnelles, diversifiées, constantes et de longue durée, auprès des parents en contexte de négligence ou à risque de négligence, et de leurs enfants, et qui visent le maintien ou la réintégration des enfants dans leur milieu familial.

- Réorganisation de nos mécanismes d'accès aux services en jeunesse (mise en place d'un guichet unique les services aux jeunes en difficulté et la santé mentale jeunesse).
- Démarrage de la démarche « Municipalité active » dans quatre municipalités de la MRC. *Municipalité active* vise à créer et maintenir des environnements favorables à l'adoption et au maintien d'un mode de vie physiquement actif ainsi qu'à améliorer la santé et la qualité de vie des citoyennes et des citoyens en leur offrant plus d'occasions de bouger dans leur vie de tous les jours.
- Relance du projet de Table de développement social en lien avec l'opportunité créée par le plan de lutte à la pauvreté de la Conférence régionale des élus de la Montérégie-Est
- Reconduction du programme Rabaska (intervention intensive dans le milieu auprès des jeunes ayant des troubles de comportement) pour une troisième année.
- Création du Défi Santé du CSSS Pierre de Saurel (Mobilisation et soutien à nos employés, aux partenaires, aux entreprises ainsi qu'à la population pour participer à deux événements sportifs : le 5 km du Festival de la Gibelotte et la course de la Fondation de l'Hôtel-Dieu de Sorel.
- Arrivée d'une pédopsychiatre à temps plein à la clinique externe de pédopsychiatrie.
- Partenariat avec Carrefour Naissance Famille et l'unité familiale pour les rencontres prénatales.
- Sensibilisation de plus d'une centaine de d'intervenants du réseau de la santé, de l'éducation et du communautaire ainsi que d'autres milieux au phénomène de négligence.
- Participation aux travaux de la Conférence régionale des élus de la Montérégie-Est sur la lutte à la pauvreté (allocation de 433 000 \$ pour la lutte à la pauvreté dans la MRC de Pierre-De Saurel)
- Partenariat avec le Comité de prévention des infections pour la promouvoir la vaccination des travailleurs.
- Augmentation de l'offre de services en santé dentaire (plus d'écoles desservies au niveau des scellants).

Plan d'action local (PAL) de santé publique : Le PAL de santé publique s'est terminé en 2012 et les données de l'année 2012-2013 (bilan) ne sont pas encore disponibles. Nous participons actuellement à la conception du plan d'action local 2013-2015.

Faits marquants

- Poursuite de l'intégration des données probantes et des meilleures pratiques à l'intérieur de nos services cliniques;
- Poursuite du développement de collaboration avec nos partenaires en santé mentale et dépendances (nouvelles ententes de service);
- Poursuite du projet de rénovation majeure et relocalisation de l'unité de psychiatrie;
- Poursuite de l'intégration de l'approche du rétablissement en santé mentale dans l'ensemble de nos activités et du rapprochement des usagers des instances décisionnelles;
- Mise en place de nouveaux projets avec nos partenaires : désintoxication, service d'aide en situation de crise (service téléphonique), lits de crise; Ces projets permettent une meilleure évaluation des besoins et une meilleure accessibilité aux ressources du milieu;
- Formalisation de notre offre de service en contexte de mesure d'urgence et sécurité civile – volet psychosocial;
- Intégration du psychiatre répondant;
- Réorganisation et diversification des services en santé mentale - 2^e ligne;
- Réorganisation des services en RNI pour tenir compte des transformations légales liées à l'adoption de la loi 49;
- Recrutement de plusieurs nouveaux psychiatres;
- Formalisation d'une offre de service pour les proches;
- Reconnaissance d'excellence de notre continuum de services en prévention du suicide et en dépendance;
- Avancement du projet communautaire L'Héberge du Grand Héron (construction à venir de 14 logements sociaux pour la clientèle en santé mentale);
- Mobilisation du personnel et des médecins afin de mieux gérer les durées de séjour de nos patients à l'unité de psychiatrie.

Objectifs/entente de gestion – les comparables performances actuelles à celles passées

- Meilleure gestion de nos durées moyennes de séjour et de notre taux d'occupation;
- Atteinte de nos cibles de performance administrative et clinique dans l'ensemble de nos services;
- Amélioration des délais d'accès à nos services;
- Les sondages réalisés sur une base régulière démontrent une satisfaction de la clientèle face aux services reçus.

Faits marquants

- Gagnant du prix d'excellence de l'Association québécoise de la santé des services sociaux dans le cadre du congrès SAN-TECH en économie d'énergie qui génère des économies réelles de 350 000 \$ au niveau de notre consommation énergétique récurrente;
- Renouvellement de l'offre de service des ressources matérielles pour intégrer le volet d'entretien préventif des installations et des équipements médicaux dans le cadre normatif d'Agrément Canada;
- Restructuration de la composition des équipes au service des ressources matérielles pour faire face à la nouvelle offre de service et au programme d'entretien préventif;
- Élaboration et implantation des guides de travail en hygiène et salubrité pour faciliter et normaliser le travail des préposés en entretien ménager;
- Début d'intégration de stagiaires au service d'hygiène et salubrité qui aide au recrutement des futurs préposés entretien ménager au CSSS dans le but de faciliter l'orientation et la standardisation des bonnes pratiques en matière d'hygiène et salubrité avec le nouveau personnel;
- Optimisation des processus d'acquisition d'équipement via un projet local *lean* interne et l'implantation d'un nouvel outil *CMlight* qui fait en sorte que tous les secteurs d'activités qui peuvent être impliqués par l'arrivée d'un nouvel équipement soient consultés au préalable de l'acquisition;
- Déménagement de la salle des serveurs dans le cadre du projet de rénovation fonctionnelle mineure de l'unité de psychiatrie;
- Changement de fournisseur de services télévisuels, ce qui nous a permis d'améliorer les services de divertissements offerts aux usagers (en incluant Internet), à des coûts similaires aux anciens coûts pour les usagers et en augmentant d'environ 25 000 \$ par année la ristourne revenant au CSSS;
- Transfert du service téléphonie de l'HDS de la Direction des services professionnels et hospitaliers à la Direction des ressources financières, immobilières et informationnelles au service des ressources informationnelles;
- Mise en place de la sandwicherie créative (casse-croûte HDS) dans le cadre du projet d'augmentation des revenus de la cafétéria;
- Réalisation des activités – Projet Amélioration de l'alimentation en CHSLD en partenariat avec la Direction des programmes d'hébergement et des services de soutien à l'autonomie;
- Réalisation du projet de rénovation fonctionnelle du Centre d'hébergement Elisabeth-Lafrance de 3,2 M\$ qui a permis l'abolition de chambres triples et quadruples;
- Optimisation de nos équipements informationnels par la virtualisation de serveur qui a permis la diminution de cinq (5) serveurs physiques en moins;
- Vente d'items froids « prêt-à-servir » à la salle d'attente de l'urgence et clinique externe (HDS);
- Bonification du menu cyclique en CHSLD par l'introduction de nouvelles recettes et la révision des techniques de production;
- Déploiement de l'outil *Eway* à travers le CSSS afin de commander la papeterie directement sur le web;
- Révision de la politique générale d'achats et déploiement de formation auprès des employés/gestionnaires pour expliquer l'offre de service des approvisionnements;
- Négociation de contrats pour achat de fournitures médicales dans le cadre du comité d'optimisation des fournitures médicales afin de générer environ 200 K\$ d'économies.

Objectifs/entente de gestion – les comparables performances actuelles à celles passées

- La direction des ressources financières, immobilières et informationnelles a procédé en 2011-2012 à une analyse de performance versus des CSSS comparables pour l'ensemble des secteurs sous sa direction qui a démontré que pour l'ensemble de ces secteurs d'activités sous la DRFII sont plus performants de 1,4 M\$ que la moyenne du tierce des plus performants du groupe d'établissements comparables;
- Diminution accentuée des requêtes 0.
- pour un meilleur suivi dès le début d'une demande en ressources matérielles tout en maintenant une saine gestion;
- Par un contrôle rigoureux de l'approvisionnement des produits alimentaires, nous avons réussi à minimiser les impacts de la hausse des prix sur le marché. Le nombre d'heures travaillées est légèrement inférieur à ce qui avait été prévu au budget. Toutefois, la diminution d'achalandage importante à la cafétéria HDS a eu un impact négatif compromettant l'attente de notre cible de redressement budgétaire fixée à 230 000 \$ pour l'année 2012-2013;
- En conservant la même offre de service, réduction des heures travaillées de 1820 heures qui représente le non-remplacement d'un ETC aux approvisionnements pendant 1 an.

Suivi apporté aux recommandations inscrites au rapport d'agrément du 26 mars 2009

Recommandations	Référence Plan d'amélioration 2010-2013 – Bilan octobre 2011	Bilan des réalisations au 22 octobre 2010	Bilan de réalisation au 31 mars 2013	Commentaires
<i>Concernant l'encadrement du travail des équipes d'encadrement</i> Planifier un plan d'action afin d'améliorer l'encadrement des équipes	Page 11 Processus 10	Réalisé à 70%	100% DSCSPSP	Les gestionnaires rencontrent régulièrement (selon un calendrier défini) l'ensemble des équipes de travail sous leur responsabilité. Les gestionnaires disposent de rapports et/ou de tableaux de bord pour monitorer le rendement. Les équipes de travail ont accès à une bibliothèque virtuelle pour consulter tous les documents qui encadrent leur travail.
			98% DRHDO	Deux activités sont à réalisées : - Formation sur la gestion des conflits webinaires - Formation sur la gestion budgétaire (DRFII)
			90% Santé physique	Rôle, responsabilité et activité de l'équipe de soins : - unité familiale déployé à 100% avec le programme AMPRO. - Urgence : déployé à 100% - USI et hémodialyse sont à venir. - Des rencontres d'équipes sont faites de façon régulière sur toutes les unités de santé physique.
			80% DPPAPA	Réunions d'équipes jour/soir/nuit en place minimalement au trois mois Structure de rencontre de gestion en place : Comité de gestion SAPA mensuel + comité de coordination hébergement hebdomadaire + Comité de coordination SAD bihebdomadaire + statutaire directeur-gestionnaire Revue de charges de cas en cours : cible 4/an/intervenants Description de tâches complétée

<i>Concernant l'encadrement du travail des équipes d'encadrement</i> Planifier un plan d'action afin d'améliorer l'encadrement des équipes			80% DSI et DSM	Rôle conseil et soutien dans les différents projets de réorganisation du travail à l'urgence et aux unités de soins de courte durée. Réorganisation du travail USI et hémodialyse à venir . Mise à jour des différents rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins urgence, USI, unités de médecine et chirurgie ainsi que les centres d'hébergement Mise à jour de la répartition des activités de soins entre les membres de l'équipe soignante au CSSS Pierre-De Saurel
			100% DRFII	DRFII – Chaque gestionnaire rencontre ces équipes de travail au moins 8 fois par année. Un procès-verbal est rédigé et envoyé au directeur pour vérifier les informations partagées avec les équipes terrain. Le DRFII rencontre en comité de coordination ses gestionnaires sept à 8 fois par année et un procès-verbal est dressé de la rencontre.
			100 % DSPH	Définition de tâches déjà réalisée à 100% en 2011 Rencontre d'équipe avec objectifs et compte-rendu réalisés dans les services de la DSPH à 100% depuis 2011 Tournée du directeur dans les rencontres d'équipe depuis 2011
<i>Concernant la gestion des listes d'attente</i> Prendre les mesures afin de mettre en place des procédures de suivi pour toutes les clientèles en attente de service.	Page 25 Processus 22	Réalisé à 50%	100% DSCSPSP	Les listes d'attentes sont gérées à partir de fichiers Excel. Le suivi est en fonction des délais établis selon des normes définies (plan d'accès en déficience, indicateurs des ententes de gestion).
			Santé physique	Obligation ministérielle respectées (SIMASS) sauf en ophtalmologie car chirurgienne en congé de maternité non remplacée.

<i>Concernant la gestion des listes d'attente</i> Prendre les mesures afin de mettre en place des procédures de suivi pour toutes les clientèles en attente de service.			100 % DSPH.	Chargé de secteur nommé à 100% pour tous les secteurs suivis par le MSSS.
<i>Concernant la gestion des situations à risque</i> Prendre les mesures afin d'adopter et d'appliquer un protocole d'application des mesures de contrôle d'une personne.	Page 28 Processus 25	Réalisé à 90 %	95% DSI-DSM	Mise à jour de la politique et de la procédure concernant les mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques selon les lignes directrices en y intégrant les travailleurs sociaux, les psychologues ainsi que les psycho-éducateurs dans le partage des activités réservées en lien avec la loi 21 Le volet interdisciplinaire sera une priorité en 2013-2014 pour répondre aux objectifs des mesures professionnelles dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. En 2011-2012 nous avons une moyenne de 16.6 patients sous contention par période et en 2012-2013 nous avons une moyenne de 16.4 patients sous contention par période. À l'unité de gériatrie active et de réadaptation nous avons constaté un changement considérable dans l'application des mesures alternatives et cela de façon soutenue. Les grilles de surveillance sont utilisées presque en totalité sur les unités de soins. Les équipes de soins en hébergement sont proactives dans l'évaluation de la possibilité de baisser les ridelles de lits des résidents3 unités ont réalisé le projet presque à 100% et le projet suit son cours sur les autres unités. Un comité de pilotage contention a été mis sur pieds pour développer les habiletés de leadership des équipes soignantes et l'implantation d'une culture d'interdisciplinarité.
			100% DPPAPA	En place et implanté

<i>Au regard de la tenue de dossier et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle</i> Prendre les mesures afin de s'assurer, dans une optique de continuité et de confidentialité, que le dossier du client soit disponible en totalité pour quiconque en a besoin et que les intervenants ne conservent pas le dossier ou une partie de ce dossier outre le temps nécessaire au suivi clinique quotidien avec le client.	Page 30 Processus 27	Réalisé à 30%	100% DSCSPSP	Tous les intervenants se conformant à nos politiques et règlements internes au regard de la tenue de dossier.
			60% Archives	Une politique majeure va être soumise à l'adoption (celle relative à l'accès à l'information). Deux dossiers parallèles ont été éliminés, le calendrier de conservation a été mise à jour pour la section administrative. Deux campagnes de confidentialité ont été tenues ces 3 dernières années et une présentation sur la confidentialité est présentée aux journées d'accueil des nouveaux employés.
			100% Archives	• Locaux et filières sous clés. • Signature d'une fiche pour la sortie d'un dossier. • Procédure spécifique au service de santé pour la sortie et consultation des dossiers.
<i>Concernant la gestion des situations d'urgence</i> Se doter d'un plan des mesures d'urgence, de le diffuser et être en mesure d'agir adéquatement en cas de sinistre interne ou externe.	Page 29 Processus 26	Réalisé à 80%	50 % DRFII	Le bilan réalisé au 31 mars 2011 reflétait l'état de situation du CSSS à ce moment concernant sa préparation au PMU et autres situations à risque.
			100% DSPH	À poursuivre.
<i>Concernant la gestion des ressources informationnelles</i> Se doter de plans directeurs sur les ressources informationnelles et sur la sécurité informatique.	Page 16 Processus 14	Réalisé à 50%	50% DRFII	Les politiques ont été déployées et adoptées par le conseil d'administration. Cette obligation fait aussi parti du rapport de la haute direction dans le cadre du rapport annuel du AS-471 donc l'Agence et le MSSS sont au courant de notre plus lente progression à faire vivre cette politique au sein du CSSS. Nous travaillons à revoir la politique pour la déposer de nouveau en éclaircissant les rôles et responsabilités des différentes instances au sein du CSSS surtout en tenant compte du déploiement prochain du DSQ.

Entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013

Nom de l'indicateur		Engagement	Résultats	Écart
Santé publique				
1.01.13	% d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	40,00%	55,60%	15,60%
1.01.14	Proportion des enfants recevant en CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin DCaT-Polio-Hib dans les délais	85,00%	91,20%	6,20%
1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	85,00%	72,40%	-12,60%
1.1.16.01	Proportion des enfants recevant en CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO) dans les délais	85,00%	72,60%	-12,40%
1.01.17	Avoir un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Oui	Oui	N/A
1.01.19	Taux d'infections nosocomiales inférieur ou = aux seuils établis (Clostridium difficile et Staphylococcus aureus résistant méthycilline)	Oui	Oui	N/A
Perte d'autonomie liée au vieillissement				
1.03.05	Nb total hres service de soutien à domicile LD rendues à dom. Par les différents modes de dispensation de services (CLSC)	98 585	97 145	-1 440
1.03.05.01	Nb d'usagers du soutien à domicile LD ayant reçu des services par le différent mode de dispensation de services (CLSC)	1 850	2 275	425
1.03.06	Degré (%) moyen d'implantation des RSIPA dans le RLS	65,00	68,59	3,59
1.03.09	Niveau d'atteinte de la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en CH			
	1. Utilisation d'un outil de repérage	Oui	Oui	N/A
	2. Mise en place et application des mécanismes de suivi requis pour les dépistages positifs	Oui	Oui	N/A
	3. Présence d'un intervenant pivot dédié à la clientèle des personnes âgées	Oui	Oui	N/A
	4. Application d'un programme de marche à l'urgence et aux unités	Oui	Non	N/A
Plan d'accès aux services pour les personnes DP DI-TED				
1.45.45.00	Taux des demandes de services traités en CSSS selon les délais (standards du plan accès) toutes déficiences tous âges - toutes priorités	90%	65,0%	-25,00%
1.45.45.02	Taux des demandes de services traités en CSSS selon les délais (standards du plan accès) toutes déficiences tous âges - priorité urgente	90%	0%	-90,00%
1.45.45.03	Taux des demandes de services traités en CSSS selon les délais (standards du plan accès) toutes déficiences tous âges - priorité élevée	90%	53,8%	-36,20%
1.45.45.04	Taux des demandes de services traités en CSSS selon les délais (standards du plan accès) toutes déficiences tous âges - priorité modérée	75%	76,7%	-1,70%
Déficience physique				
1.45.04.01	Taux des demandes de services traités en CSSS selon les délais (standards du plan accès) DP tous âges - toutes priorités	75%	57,9%	-17,10%
1.45.04.02	Taux des demandes de services traités en CSSS selon les délais (standards du plan accès) DP tous âges - priorité urgente	90%	0%	-90,00%
1.45.04.03	Taux des demandes de services traités en CSSS selon les délais (standards du plan accès) DP tous âges - priorité élevé	90%	50,0%	-40,00%
1.45.04.04	Taux des demandes de services traités en CSSS selon les délais (standards du plan accès) DP tous âges - priorité modérée	75%	75,0%	0,00%

Déficiência intellectuelle et TED				
1.45.05.01	Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais (standards du plan accès) DI-TED tous âges - toutes priorités	75%	66,7%	-8,30%
1.45.05.02	Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais (standards du plan accès) DI-TED tous âges - priorité urgente	90%	0,0%	-90,00%
1.45.05.03	Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais (standards du plan accès) DI-TED tous âges - priorité élevé	90%	50,0%	-40,00%
1.45.05.04	Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais (standards du plan accès) DI-TED tous âges - priorité modérée	75%	76,7%	1,70%
Dépendance				
1.07.05	Nombre de jeunes et d'adultes à risque d'abus ou de dépendance ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne, en toxicomanie et jeu de pathologique, offerts par les CSSS	N/A	3	N/A
Santé mentale				
1.08.05	Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté (SIV) pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services depuis le début de l'année	38	36	-2
1.08.06	Nombre de places en suivi intensif dans le milieu (SI) pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services depuis le début de l'année	40	40	0
1.08.09	Nb usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	735	1050	315
1.08. C	Nb d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en SM (CLSC)	180	192	12
1.08. D	Nb d'usagers de plus de 18 et + ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en SM (CLSC)	555	858	303
Santé physique - séjour à l'urgence				
1.9.01	Séjour moyen sur civière depuis le début de l'année	12,00	18,78	6,78
1.9.31	% de séjours de 24 heures et plus sur civière	15,0%	32,29%	17,29%
1.9.03	% de séjours de 48 heures et plus sur civière	0,0%	6,50%	6,50%
Santé physique - soins palliatifs - radio-oncologie				
1.9.33	% de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jrs	70,0%	76,8%	6,80%
Santé physique - chirurgie - durée attente				
1.09.20.01	% de patients inscrits au mécanisme central traités dans le délai de 6 mois pour une arthroplastie totale de la hanche, depuis le début de l'année	90,0%	97,2%	7,20%
1.09.20.02	% de patients inscrits au mécanisme central traités dans le délai de 6 mois pour une arthroplastie totale du genou, depuis le début de l'année	90,0%	94,9%	4,90%
1.09.20.03	% de patients inscrits au mécanisme central traités dans le délai de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte, depuis le début de l'année	90,0%	99,8%	9,80%
1.09.20.04	% de patients inscrits au mécanisme central traités dans le délai de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	90,0%	90,6%	0,60%
1.09.20.03	% de patients inscrits au mécanisme central traités dans le délai de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	90,0%	95,1%	5,10%

Ressources humaines				
3.01	Ratio entre le nb heures en assurance salaire et le nb d'heures travaillées	5,28%	7,47%	2,19%
3.5.01	% heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,91%	6,62%	0,71%
3.5.02	% heures supplémentaires travaillées par le personnel réseau	4,03%	4,51%	0,48%
3.06.01	% recours à la MOI pour les infirmières	4,56%	1,89%	-2,67%
3.06.02	% recours à la MOI pour les infirmières-auxiliaires	0,00%	0,57%	0,57%
3.06.03	% recours à la MOI pour les préposés aux bénéficiaires	0,69%	0,00%	-0,69%
3.06.04	% recours à la MOI pour les inhalothérapeutes	2,55%	0,27%	-2,28%
3.14	L'établissement aura obtenu un agrément incluant le volet mobilisation des ressources humaines	Oui	Oui	Oui
Urgences - désencombrement				
4.01.01	Nb moyen de patients en processus ou attente d'évaluation vers la longue durée ou vers les lits post-hosp et occupant des lits de CD	3 et moins	2,5	0,5
4.01.02	Nb moyen de patients en attente de soins palliatifs occupant des lits de CD	3 et moins	0,8	2,2
4.01.03	Nb moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de CD	3 et moins	0,3	2,7
4.01.04	Nb moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de CD	3 et moins	0,1	0,0
4.01.05	Nb moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de CD, excluant la santé mentale	3 et moins	4,0	1,0
4.01.06	Nb moyen de patients en attente de RNI occupant des lits de CD, excluant la santé mentale	3 et moins	1,3	1,7
4.01.07	Nb moyen de patients en attente d'hébergement longue durée santé mentale occupant des lits de CD	3 et moins	0,0	0,0

Information et consultation de la population

Consultation :

Durant la période d'avril 2012 à mars 2013, nous avons complété deux sondages auprès de la population :

- Sondage de satisfaction dans le cadre de l'agrément. Résultats dans la moyenne avec les centres comparables;
- Sondage auprès des usagers du service de Soins à domicile. Résultats majoritairement positifs.

Le comité des usagers et les comités de résidents poursuivent la démarche de sondage de satisfaction dans tous les établissements du CSSS Pierre-De Saurel

Information :

Dépôt sur le site Internet :

- Rapport annuel;
- Rapport financier;
- Dépliants :
 - ✓ Commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
 - ✓ Droits et responsabilités des usagers.

Présentoirs dans nos établissements

- Dépliants et affiches :
 - ✓ Commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
 - ✓ Droits et responsabilités des usagers.

Une campagne spécifique d'information destinée à la population sur les alternatives à l'hospitalisation.



CONSEIL ET COMITÉS

**DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION
DU CSSS PIERRE-DE
SAUREL**

Conseil et comités du conseil d'administration du CSSS Pierre-De Saurel

Conseil d'administration

Président : Monsieur André Lussier

Membres :

Mesdames Andrée Adam
 Loraine Aussant
 Mélanie Boivin
 Josée Guay
 Jacqueline Lacoste
 France Lessard
 Julie St-Germain, trésorière
 Julie Salvail
 Danielle Villiard, secrétaire
 Martine Bouchard, directrice générale

Messieurs Jacques Bordeleau, vice-président
 Denis Boucher
 Daniel Brayer
 Philippe Cordeau
 Daniel Côté
 Docteur Antoine Hejeily

Le conseil d'administration du CSSS Pierre-De Saurel établit les priorités et les orientations de l'établissement et voit à leur respect.

Il s'assure également : de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes, de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières, de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Assemblées publiques

Les assemblées publiques ordinaires du conseil d'administration se tiendront le quatrième mercredi du mois à l'Hôtel-Dieu de Sorel à la salle Île du Moine (située au 5^e étage de l'Hôtel-Dieu) dès 19 heures. Il est à noter qu'il n'y aura pas d'assemblée en juillet et décembre.

Comités

- Comité de vérification;
- Comité d'évaluation de la direction générale;
- Comité de révision des plaintes médicales;
- Comité des usagers;
- Comité des ressources humaines et de la gestion des talents;
- Comité des risques;
- Comité de vigilance;
- Comité de gouvernance;
- Comité de bioéthique;
- Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII);
- Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM);
- Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP).

Comité de vérification

Présidente : Madame Julie St-Germain

Membres :

Mesdames Martine Bouchard, directrice générale
Julie Salvail, administratrice
Messieurs André Lussier, administrateur et président du conseil d'administration
Jean-Pierre Tremblay, DRFII
Jacques Bordeleau, administrateur
Philippe Cordeau, administrateur

Points statutaires présentés à chaque séance régulière

- Résultats financiers;
- Divers indicateurs financiers;
- Surproduction chirurgicale;
- Données opérationnelles;
- Risques financiers et cliniques.

POINTS DE PRÉSENTATION OU DÉCISION

23 avril 2012

- Présentation du rapport budgétaire RR-444
- Budget préliminaire et plan d'équilibre budgétaire 2012-2013
- Signature des effets bancaires
- Plan triennal d'investissement pour le maintien du parc d'équipement médical 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014
- Réfection de la toiture Hôtel-Dieu – signature du contrat
- Fourniture imagerie médicale

16 mai 2012

- Présentation du budget 2012-2013

28 mai 2012

- Plan d'équilibre budgétaire
- Plan triennal équipements médicaux

13 juin 2012

- Rapport du vérificateur
- Rapport financier AS-471
- Reddition de comptes ministérielle au 31 mars 2012
- Contrat de la salle de laparoscopie
- Proposition Logibec

12 juillet 2012

- Suivi de la rencontre avec l'Agence de la santé et des services sociaux

22 août 2012

- Rapport CIFINO
- Directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de mandats d'intérim, accompagnement, audit, tutelle et autres
- Radiation des mauvaises créances 2011-2012

19 septembre 2012

- Demande de renouvellement d'autorisation d'emprunt reliée au fonds d'exploitation
- Demande de régime d'emprunt à long terme

Bilan annuel 2012-2013 – Comité de vérification

-
- Radiation de mauvaises créances
 - Révision politique générale d'achat
 - Analyse du budget de formation à la période 6
 - Ratio des créances douteuses des différents CSSS du Québec
 - Vente de terrain pharmacie Martel
 - Appel d'offres système paie/ressources humaines

18 décembre 2012

- Dossier réclamation assurance (AQESSS)

16 janvier 2013

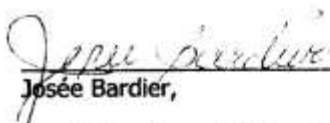
- Chantier trajectoire des soins infirmiers
- Offre pour un prêt à terme – financement projet modernisation buanderie
- Signature effets bancaires
- Facturation des services diagnostiques

7 février 2013

- Mandat d'audit des états financiers

6 mars 2013

- Mandat taux de remboursement des administrations hospitalières 2011-2012-Consultaxe
- Recommandation firme service de la paie et RH



Josée Bardier,

Secrétaire du comité de vérification et
Technicienne en administration à la
direction des ressources financières,
Immobilières et informationnelles

Réf : Textes/Comité de vérification 2013/Bilan annuel 2012-2013 comité de vérification.doc

Bilan annuel 2012-2013 – Comité de vérification

Comité d'évaluation du directeur général et du commissaire aux plaintes

Président : Monsieur André Lussier

Membres :

Messieurs Daniel Côté, administrateur
Jacques Bordeleau, vice-président du conseil d'administration

Rapport d'activités 2012-2013 :

Plusieurs mouvements au niveau de la direction générale du CSSS Pierre-De Saurel tout au cours de l'année 2012-2013 ont fait que le comité d'évaluation de la direction générale n'a pas eu à siéger.

Comité de révision des plaintes

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services : Monsieur Martin Roy

Rapport annuel 2012-2013

C'est avec plaisir que je dépose le présent rapport annuel faisant état de l'évolution du processus de traitement des plaintes au CSSS Pierre-De Saurel (ci-après CSSS). Ce document fait le bilan des plaintes déposées et traitées dans notre établissement entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2013.

Comme il fut entrepris de le faire avec les années, des tableaux comparatifs faisant référence aux années antérieures permettent de dresser certains constats de la réalité de notre organisation et l'évolution des différents objets de plaintes à travers les années.

Le présent rapport présente aussi les autres activités du commissaire, activités toujours relatives au traitement des insatisfactions des usagers; le commissaire, rappelons-le, étant à fonction exclusive dans l'établissement.

Rôle et mandat du commissaire

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

À ce titre, il reçoit l'ensemble des plaintes des usagers, y compris les plaintes médicales qui sont alors transférées au médecin examinateur pour analyse.

Le commissaire doit également voir au suivi des différentes recommandations émises dans le cadre du traitement de ces plaintes et en faire part au comité de vigilance sur lequel il siège d'office.

Le commissaire est indépendant puisqu'il relève directement du conseil d'administration du CSSS Pierre-De Saurel. Ce dernier doit s'assurer de l'absence de conflits d'intérêts le concernant, ce qui assure au processus de plaintes une objectivité et une impartialité garante de son bon fonctionnement et de l'objectif d'amélioration de la qualité qu'il vise.

Les plaintes

Pour la présente année, le nombre de plaintes traitées a augmenté. Le commissaire demeure disponible durant trois (3) jours complets par semaine, jours où les usagers peuvent le rencontrer à son bureau, situé à l'Hôtel-Dieu de Sorel.

Pour les usagers ayant de la difficulté à se déplacer, le commissaire se déplace pour les rencontrer. Dans les milieux d'hébergement, les rencontres se tiennent souvent dans les chambres des résidents ou dans des salles de rencontres mises à la disposition du commissaire par les responsables des milieux d'hébergement.

De plus, durant les deux (2) jours où le commissaire est absent, les usagers peuvent s'adresser à madame Martine Guilbault, technicienne en administration qui, après avoir entendu la plainte, soit qu'elle apporte une aide immédiate ou s'assure que l'utilisateur reçoive un retour d'appel du commissaire pour effectuer avec celui-ci un suivi du dossier.

Il est pertinent de noter que le dépôt d'une plainte se fait également par téléphone, par l'envoi de courrier ou d'un courriel.

Plaintes déposées

Année	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice
2009-2010	23	99	122	102	20
2010-2011	18	153	171	152	19
2011-2012	19	82	101	83	18
2012-2013	15	108	123	103	20

Il est aussi possible de présenter ces données en lien avec les installations du CSSS.

Plaintes déposées par type d'installation

Installation	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Hôtel-Dieu de Sorel	83	140	64	79
Centres d'hébergement	6	5	8	11
CLSC Gaston-Bélanger	4	6	5	15
Ressources non institutionnelles	6	1	3	1
CSSS Pierre-De Saurel	-----	1	2	2

Ces tableaux indiquent le nombre de plaintes traitées en cours d'année. Par contre, chaque plainte a son ou ses objets d'insatisfaction. Une plainte peut avoir plus d'un objet d'insatisfaction, ce que représente le tableau suivant.

Évolution du nombre d'objets de plaintes

Plaintes générales	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	147	196	137	159

Les objets de plaintes

Les objets de plainte se répartissent comme suit : les pourcentages représentent la proportion des objets traités par rapport à l'ensemble des objets traités dans l'année. Une comparaison est faite par rapport aux deux dernières années, permettant ainsi de voir les variations dans le type de plaintes déposées.

Répartition des objets de plaintes

Objets de plaintes	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Accessibilité des services	7,5%	16,8%	24,09%	20,75%
Aspect financier	9,5%	3,6%	5,84%	10,06%
Exercice d'un droit	15,6%	5,6%	12,41%	9,43%
Organisation du milieu et ressources matérielles	29,9%	49,0%	14,60%	12,58%
Relations interpersonnelles	13,6%	9,7%	17,52%	10,06%
Soins et services dispensés	23,8%	15,8%	25,55%	37,11%

Les objets de plaintes se répartissent dans l'ensemble des sphères de l'offre de services du CSSS. Chacune des catégories peut, à son tour, être subdivisée. En ce qui concerne une description plus détaillée des différents objets de plaintes reçues par le commissaire, le lecteur est invité à consulter le rapport annuel généré par le logiciel SIGPAQS, joint sur demande au présent rapport.

De manière qualitative, voici une brève description des principaux éléments de plaintes pour chacun des grands thèmes abordés précédemment et qui ont plus spécifiquement retenu l'attention du commissaire au cours de la dernière année.

Accessibilité des services

Dans cette section se retrouve l'ensemble des plaintes relatives au temps d'attente, de quelque nature que ce soit. Plus spécifiquement, les deux thèmes de plaintes reliées à l'accessibilité sont les suivantes :

- Difficulté d'accès à un médecin de famille ou à un spécialiste;
- Difficulté d'accès à un service, à un programme.

Aspect financier

Différentes réclamations financières ou des demandes de remboursement font parfois l'objet de plaintes. Voici deux exemples de telles réclamations :

- la contestation de facture de frais de chambre;
- le processus de réclamation.

La gestion du stationnement qui était l'an dernier un élément d'insatisfaction s'est régularisé au cours de la dernière année.

Exercice d'un droit

Le volet relatif à l'exercice des droits comprend les plaintes de nature plus légale, notamment en vertu des droits des usagers décrits à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Les deux volets ayant retenu davantage notre attention cette année sont les suivants :

- Le droit à l'information quant à son état de santé ou celle d'un proche;
- Le droit à l'information sur l'état des services ou sur la façon de les obtenir.

Organisation du milieu et ressources matérielles

Dans cette section se retrouve l'ensemble des plaintes relatives aux lieux physiques, à l'équipement, à la sécurité et à l'alimentation. Les questions qui furent adressées plus fréquemment avaient trait à :

- Le processus de choix de chambre et l'utilisation des lits de corridor;
- Le manque de certains équipements (ex. : les fauteuils roulants);
- La qualité du service de transport adapté.

Relations interpersonnelles

Dans cette section se retrouve l'ensemble des plaintes relatives à l'attitude des membres de notre personnel ainsi qu'au respect des usagers :

- Le comportement des membres de notre personnel est remis en question (manque d'empathie, manque de politesse);
- La crainte de représailles suite au dépôt d'une plainte.

Soins et services dispensés

Il s'agit du secteur où sont comptabilisées les plaintes visant le travail de soins (volet clinique) du personnel. Il s'agit du secteur où le nombre de plaintes a le plus augmenté au cours de la dernière année. Les éléments suivants ont retenu davantage l'attention :

- La remise en question de différentes habiletés techniques et professionnelles des employés du CSSS;
- L'évaluation et/ou le jugement professionnel des intervenants;
- L'absence de suivi dans le traitement d'un usager.

Le deuxième palier d'examen des plaintes

Les décisions du commissaire local peuvent être soumises à un deuxième palier d'examen lorsque les gens sont insatisfaits des réponses reçues. Les décisions du commissaire peuvent être alors portées au Protecteur du citoyen. C'est ainsi qu'au cours de la dernière année :

Plaintes référées au Protecteur du citoyen	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	2	2	1	3

Le CSSS a reçu des recommandations du Protecteur du citoyen en cours d'année. Une suite y fut donnée et le dossier est clos vis-à-vis cette instance.

Les interventions, les consultations et les demandes d'assistance

Le commissaire aux plaintes a aussi le devoir d'intervenir de son propre chef, sur toute situation où il juge que les droits des usagers pourraient ne pas être respectés. Ces dossiers d'intervention permettent fréquemment de traiter ladite situation avant même l'apparition d'une plainte.

Il en est de même pour les dossiers de consultation.

Quant aux sujets des différentes demandes d'assistance, ils se répartissent selon un ordre de grandeur comparable à la répartition des objets de plainte à l'intérieur de l'offre de services du CSSS.

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Demandes d'assistance	81	137	120	148
Interventions	1	3	2	2
Consultations	14	7	12	11

Suivi des recommandations

Surtout par les travaux du comité de vigilance, un suivi est fait des différentes recommandations formulées par le commissaire.

Au cours de l'année, c'est plus de 25 recommandations qui furent faites dans l'ensemble des directions du CSSS. La grande majorité de celles-ci sont aujourd'hui réalisées ou en voie de l'être.

Autres fonctions du commissaire

Afin d'effectuer la promotion du régime de traitement des plaintes, plusieurs rencontres sont mises en place. C'est ainsi que furent rencontrés :

- Les membres du comité de direction;
- Les membres du comité des usagers et les membres des trois (3) comités de résidents;
- Les membres du personnel par le biais de visites ponctuelles dans les différentes installations du CSSS;
- Les nouveaux employés par le biais d'une présentation lors de leur journée d'accueil;
- Les résidents des ressources non institutionnelles.

Toujours dans l'objectif de mieux faire connaître le processus de plaintes, un suivi rigoureux est fait de tout le matériel promotionnel et de son accessibilité dans toutes les installations du CSSS.

De plus, la première semaine de promotion des droits des usagers et du code d'éthique s'est tenue au mois de février 2013.

Au cours de cette semaine, c'est près de 10% du personnel du CSSS qui fut rencontré par une équipe composée des quatre personnes suivantes :

- Madame Mélanie Aussant, chef intérimaire des services accueil-archives-centrale de rendez-vous;
- Madame Michèle Ouellet, conseillère spécialisée en activités cliniques;
- Me Céline Falardeau, avocate et adjointe à la Directrice générale;
- Monsieur Martin Roy, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Les activités de la semaine furent l'occasion de discuter avec le personnel de plusieurs sujets importants tel que :

- Le code d'éthique du CSSS;
- Les droits des usagers;
- La confidentialité;
- Les activités du comité de bioéthique du CSSS.

CONCLUSION ET REMERCIEMENTS

Le CSSS Pierre-De Saurel continue de vivre plusieurs changements. Ces changements sont parfois invisibles pour la plupart des gens et parfois importants et plus marquants pour d'autres.

La conclusion de ce rapport annuel redevient donc une belle occasion de souligner à nouveau l'importance de situer l'utilisateur au cœur de ces changements et dans nos préoccupations. L'utilisateur ne doit-il pas, d'ailleurs, être la raison d'être de tous les gestes que nous posons quotidiennement?

Je me permets aussi de souligner l'importance que revêt le respect dans les gestes qui sont posés chaque jour à l'intérieur du CSSS. Le respect fut choisi comme une valeur de notre organisation. J'émets le souhait que cette valeur demeure à la base de nos actions tant à l'égard des usagers eux-mêmes, qu'entre collègues et aussi avec nos divers partenaires.

Je terminerai finalement en remerciant le conseil d'administration pour son soutien depuis mon entrée en fonction et pour la confiance qu'il me témoigne dans l'exercice du rôle de commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Comité de prévention et contrôle des infections (CPCI)

Président : Docteur Gérald Désaulniers

Conseiller en prévention des infections : Monsieur Mario Pagé

Réunion du CPCI

Le comité de PCI a tenu 7 séances durant l'année 2012-2013.

Programme 2012-2015

Le programme est adopté en avril 2012.

Surveillance et indicateurs 2012-2013

DACD

Incidence moyenne 13 périodes	
2010-2011	6,22
2011-2012	4,11
2012-2013	2,94

Les indicateurs concernant la DACD se sont améliorés passant de 4,11 à 2,94 cas/10000 jours de présence soit 28% de moins qu'en 2011-12. Ce résultat est de 63% inférieur à la cible (6,22) fixée par le MSSS. Depuis 3 ans, nous avons réduit le taux de DACD et atteint la cible du MSSS.

Aucune éclosion en 2012-13.

Plusieurs facteurs ont permis d'atteindre ces résultats, notamment la collaboration du personnel et des médecins afin d'isoler rapidement et systématiquement les patients présentant de la diarrhée autant sur les unités de soins qu'à partir de l'urgence. Les mesures sanitaires, la prise de Bio K+, le regroupement de tous les DACD au 4D sont d'autres mesures contribuant à ce résultat.

SARM

Année	Noso	Autres	Total
2012	31	19	50
2013	46	34	80
S-Total	15	15	30
Écart	48%	79%	60%

Les indicateurs concernant le SARM acquis lors d'une hospitalisation ont connu une forte augmentation une 2^e année de suite, passant 6,12 à 9,13 cas/10000 jours de présence soit une augmentation de 49%.

L'ensemble des nouveaux cas, reliés à une l'hospitalisation et non reliés à une hospitalisation atteint un total de 80 nouveaux cas en 2013 comparé à 50 cas en 2012 et 31 cas en 2011.

En 2012-2013, nous avons constaté une augmentation de cas à partir de la période 5 (Fin août).

Les unités 2A, 3D et 4D ont toutes connues une hausse de leurs cas d'infections nosocomiales. Le 2D a connu une éclosion en période 10 mais une baisse annuelle.

Parmi les unités qui ont augmenté leur taux, le 4D est celui qui ressort du lot. Nous y observons une transmission continue depuis le période 5.

Nous constatons une augmentation de 300% dans cette unité soit 23 nouveaux cas nosocomiaux en 2012-2013 comparativement à 7 cas en 2011-2012.

Encore un fois plusieurs facteurs sont probablement en cause dans cette augmentation de cas. D'abord l'encadrement du dépistage à l'aide d'un questionnaire implanté en septembre 2013 a probablement permis de limiter les oublis et d'ainsi dépister davantage de cas.

Cependant pour les cas d'infections nosocomiales on doit en revenir à l'application des mesures et particulièrement de l'hygiène des mains. Notons aussi les facteurs qui augmentent le risque de transmission dans une unité : personnel réduit et de nombreux cas isolement, l'absence de cohorte pour regrouper tous les cas SARM, la présence de plusieurs cas de SARM disséminés dans une unité, non ajustement du personnel en fonction de la charge représenté par la présence de patients isolées (SARM et autres) et une certaine banalisation et une lassitude face à ce problème chronique.

En générale plus une unité héberge de patients SARM plus leur taux d'acquisition augmente. Pour le 4D, en plus des facteurs de risque, il faudra envisager le dépistage de la pédiatrie qui héberge peut-être des cas SARM positif à notre insu puisqu'il n'y a pas de dépistage à l'admission.

ERV

Nous avons connu notre 1^{er} cas de transmission nosocomiale de ERV en novembre 2012 et 2 éclosions de cette même bactérie multi-résistante. Le questionnaire de dépistage à l'admission prévoit le dépistage des patients s'ils ont été hospitalisés dans les 12 derniers mois sans les isoler. Ce questionnaire est appliqué depuis septembre 2012. Cependant nous n'avons pas de système informatisé permettant de signaler un patient qui devrait être isolé et dépisté.

- Éclosion au 4D en février 2013 : 7 cas ont été dépisté.
- Éclosion au 3D en mars 2013 : 1 cas dépisté.

Bactériémies

Nous avons déclaré 31 bactériémies en 2012-2013 (22 liées à l'hospitalisation, 5 à l'hémodialyse et 4 aux services externes comparativement à 28 en 2011-2012. (19 liées à l'hospitalisation, 3 à l'hémodialyse et 6 aux services externes.

Cette année nous avons une (1) bactériémie sur cathéter périphérique comparativement à 0 en 2011-12. Rappelons qu'en 2010-2011 nous avons rapporté 10 infections de ce type.

Hygiène des mains

Nous avons fait une campagne de promotion de l'hygiène des mains en octobre 2012. Le thème était « AVANT ET APRÈS VOS SOINS JE ME LAVE LES MAINS. Toutes les installations ont été visitées.

Nos objectifs :

- Augmenter le taux d'observance par le personnel de 10%.
- Faire participer le patient en l'informant sur l'hygiène des mains lors de son admission.

Nous n'avons pas fait d'audit en 2013, il est donc difficile d'évaluer l'atteinte du 10% souhaité.

Formation

Nous avons constaté récemment que la formation des nouveaux employés de soins (Préposés, infirmières aux. et infirmières) reçoivent une formation de leur maison d'enseignement qui fait la promotion de l'hygiène des mains à l'eau et au savons. Or depuis plusieurs années, l'utilisation des SHA doit être préférée en l'absence de contre indications. Une démarche pour comprendre la situation nous semble prioritaire.

Éclosions saisonnières

Nous avons connu 9 éclosions : 7 en CHLD, 1 en RI, 1 en CH.

Éclosions	Date	Installations	Unités	Nb de Cas	Nb de personnel
Pneumonies	mars 2013	CHJAP	Plusieurs	15	--
Influenza	janv 2013	CHEL	4 ^e	9	2
Influenza	déc 2012	CHJAP	2 ^e	6	1
Influenza	janv 2013	CHEL	3 ^e	15	1
Gastro	sept 2012	CHJAP	Plusieurs	9	18
Gastro	janv 2013	HDS	2a	23	26
Gastro	déc 2012	CHEL	2 ^e	0	4
Gastro	juin 2012	Rés. Ramsey	1 ^{er}	8	8
Gastro	fév 2013	CHEL	3 ^{er}	6	0

Programme 2012-2015

Objectifs 2013-2014

- Maintenir les cibles ministérielles pour DACD;
- Améliorer notre taux SARM;
- Implanter des répondants pour hygiène des mains (HDM) par unités de soins;
- Déposé un plan pour la formation et la mise à jour HDM des employés à l'emploi du CSSS;
- Adopté une procédure en cas d'exposition accidentelle au sang ou autres liquides biologiques dans le contexte du travail;
- Adopter une politique pour l'immunisation contre influenza, pneumovax, etc.;
- Améliorer nos système d'information afin d'assurer le suivi des données reliées à la prévention des infections.

Comité de gestion des risques (CGR)

Président : Dr Michel Bernatchez (CMDP)

Cadres et représentants :

Mesdames Rosa Pascual, coordonnatrice à la gestion des risques/agrément
Martine Vallée, bureau de santé (DRH)
Loraine Aussant (CA)
Danielle Villard (CU)
Messieurs André Lussier (CA)
Normand Brouillard (CU)

Professionnels :

Mesdames Michèle Fontaine (Pharmacie)
Céline Gauthier (CII)
Messieurs Daniel Verrette (CM)

Direction :

Mesdames Martine Bouchard (DG) (début 7 janvier 2013)
Lise Chagnon (DGA) (fin 6 janvier 2013)
Sylvie Cusson (DSI)
Annie Lemoine (DSMDSI)
Sophie Boulva (DPHSSA)
Messieurs Jean-Pierre Tremblay (DRFII)
Gérald Désaulniers, MD (DSPH)

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-De Saurel



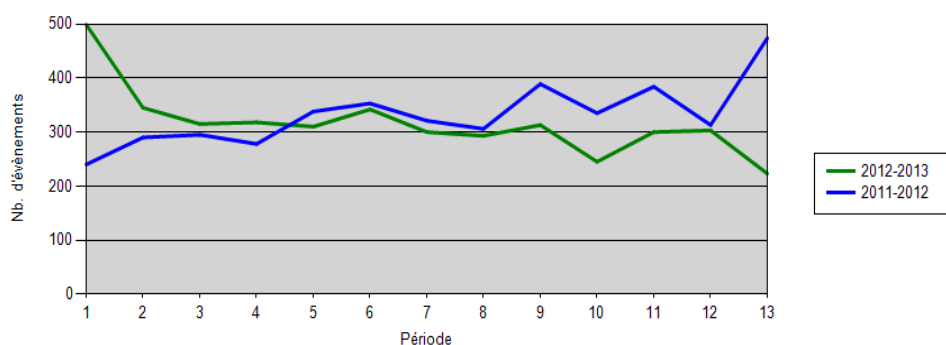
Rapport annuel 2012-2013

Statistiques incidents-accidents



Rapport annuel incidents - accidents

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Année	Moy.	Total
2012-2013	499	345	315	318	310	342	300	293	313	245	300	303	223	4106	2012-2013	315	4106
2011-2012	240	290	295	278	338	353	321	306	389	335	384	313	474	4316	2011-2012	332	4316



Nombre d'événements par type et par période - 2012-2013

Type													
Autre	Bâtiment	Chute	Diète	Effets personnels	Équipement	Lié à l'utilisateur	Matériel	Médicament	Possibilité d'abus	Sécurité de l'information	Test diagnostique	Traitement	Total
127	4	125	1	1	6	5	12	174	6	1	17	20	499
83	1	109			3	1	10	111	5	3	13	6	345
66	1	99		2	4	5	4	115	2	1	5	11	315
62	1	128	1	1	7	4	7	83	4		14	6	318
79		108	1	5		3	9	74	5	2	12	12	310
84		107	1	4	6	4	4	97	3		17	15	342
81		92	3	2	6	1	5	92	5	1	6	6	300
65	1	99	2	4	6	5	8	86			10	7	293
57	1	98	2	2	8	4	6	113	2		9	11	313
55		78	2	3	3	1	2	84	1		11	5	245
62	2	81		3	5		6	101	9	3	17	11	300
97		57	1	2		3	4	101	11	1	19	7	303
41		72		4	2	2	2	50	1		35	14	223
959	11	1253	14	33	56	38	79	1281	54	12	185	131	4106



Nombre d'événements par gravité et regroupement

Regroupement	Niveau de gravité								Total
	A	B	C	D	E1	E2	F	ND	
Aucun			2					2	4
CENTRE D'HEBERGEMENT ELISABETH-LAFRANCE	8	82	122	130	99	4		152	597
CENTRE D'HEBERGEMENT J-ARSENE PARENTEAU	4	11	9	73	23	1	1	53	175
CLSC GASTON-BELANGER	17	28	169	78	74	18	2	5	391
HOTEL-DIEU DE SOREL	162	792	887	576	253	23	5	63	2761
LE CENTRE D'HEBERGEMENT DE TRACY		3	34	45	41		1	54	178
Total	191	916	1223	902	490	46	9	329	4106

Comité de gouvernance et d'éthique

Présidente : Madame Julie Salvail

Membres :

Mesdames Lise Chagnon, directrice générale adjointe (fin 6 janvier 2013)
Martine Bouchard, directrice générale (depuis 7 janvier 2013)

Messieurs André Lussier, président du conseil d'administration
Daniel Côté, administrateur
Jacques Bordeleau, vice-président du conseil d'administration

Rapport d'activités 2012-2013 :

Au cours de cette année, le comité de gouvernance et d'éthique a :

- revu ses règles de fonctionnement,
- planifié une formation sur le rôle et les fonctions des administrateurs.

Dans le cadre du processus d'agrément en cours, le comité de gouvernance et d'éthique a :

- été saisi de la norme gouvernance et des actions qui en résultaient,
- été saisi du plan d'action qui en découle et a validé les informations inscrites pour chacun des critères le composant,
- mobilisé les administrateurs à compléter le sondage d'auto-évaluation.

À la démission d'un administrateur, le comité de gouvernance et d'éthique a :

- établi le profil du (de/la) candidat(e) recherché(e),
- procédé à la recherche dudit candidat.

Le comité a également convenu de produire, au cours des prochains mois, des questionnaires sur :

- les compétences des administrateurs,
- le fonctionnement du conseil d'administration.

Comité de bioéthique

Président : Dr Pierre Larin

Membres :

- Mesdames Martine Bouchard, directrice générale
 Céline Falardeau, représentante des juristes
 Rachel Monast, représentante du CII
 Mariette Lafond-Lange, représentante des citoyens
 France Lessard, représentante du CM
 Michèle Ouellet, représentante des spécialistes en éthique
 Maria Libert, représentante des administrateurs publics
- Messieurs Dan Brayer, représentant du conseil d'administration
 Jean Morvan, représentant du comité des usagers
 Dr Claude Morin, représentant du CMDP et vice-président du comité
 Olivier St-Amand, représentant des citoyens

Rapport d'activités 2012-2013 :

Réunions régulières

1^{er} mai 2012

Avis sur la sexualité chez les personnes âgées vivant dans une ressource du CSSS, transmise aux travailleurs sociaux.*

- Demande de consultation – syndrome de Diogène.*
- Départ de Mme Lesley Hill – nomination de Mme Michèle Ouellet.
- Réponse aux questions éthiques et médicales touchant les soins aux patients sans transfusion de sang du comité de liaison hospitalier des témoins de Jéhovah.

11 septembre 2012

- Nomination Me Céline Falardeau.
- Désignation d'un vice-président et d'une secrétaire, Dr Claude Morin et Mme France Lessard respectivement.
- Présentation des types de curatelles (public et privé) dans un contexte d'éthique.

11 décembre 2012

- Introspection de la grille d'analyse de cas en éthique clinique de M. Guy Durand.

12 mars 2013

- Stratégies de communication en développement.
- Désignation de M. Dan Brayer, représentant du conseil d'administration.
- Représentation du comité à la conférence *Dilemme éthique dans ma profession... vers une meilleure compréhension* le 25 avril 2013.

Réunions spéciales

4 décembre 2012

- Demande de consultation – Intervention en cas de suicide.*

5 février 2013

- Demande de consultation – Cas d'une personne apte refusant des soins.*

19 mars 2013

Demande de consultation – Intervention d'une chirurgie ophtalmique

Comité de révision des plaintes médicales

Président : Monsieur Denis Boucher, administrateur

Membres : Docteur André Comtois
Docteur Claude Morin

Rapport d'activités 2012-2013

Le comité de révision a pour mandat de réviser le traitement accordé par le médecin examinateur à l'examen de la plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien.

Pour l'année 2012-2013, 4 plaintes médicales ont fait l'objet d'une demande de révision provenant d'un usager ou son représentant, aucune ne provenait d'un professionnel.

De ces 4 demandes de révision :

- 2 décisions ont été transmises aux plaignants et aux professionnels visés;
- 2 demandes d'examen ont été acheminées au médecin examinateur qui a rendu ses conclusions dans un dossier, l'autre étant toujours en cause au 31 mars 2013.

Comité de vigilance et de la qualité

Président : Monsieur André Lussier

Membres :

- | | |
|-----------|---|
| Mesdames | Josée Guay, membre du conseil d'administration
Jacqueline Lacoste, membre du conseil d'administration et présidente du comité
Lise Chagnon, directrice générale adjointe (fin 6 janvier 2013)
Martine Bouchard, directrice générale (début 7 janvier 2013) |
| Messieurs | Dan Brayer, représentant du comité des usagers et membre du conseil d'administration
Martin Roy, commissaire aux plaintes et à la qualité |

Rapport d'activités 2012-2013 :

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre (4) reprises :

- 11 juin 2012
- 11 octobre 2012
- 20 décembre 2012 (Lis)
- 14 mars 2013

Ces rencontres ont porté sur les différents éléments suivants :

- Rapport de la visite du Collège des médecins du Québec
- Semaine de promotion sur les droits des usagers, organisée par le commissaire aux plaintes
- Révision et adoption des règles de fonctionnement du comité
- Visite de l'Ordre des pharmaciens du Québec
- Réception des avis du comité de bioéthique
 - ✓ Intervention en cas de suicide
 - ✓ Refus de soins d'un usager apte
- Présentation des résultats du sondage en soins à domicile
- Achats de places et formation du personnel en résidences
- Comité contre le tabac et formation d'inspecteurs
- Bains donnés en hébergement
- Suivis réguliers
 - ✓ Événements indésirables et événements sentinelle
 - ✓ Recommandations du commissaire aux plaintes
 - ✓ Campagne de vaccination sur le territoire du CSSS

Comité des ressources humaines et de la gestion des talents

Président : Monsieur Daniel Côté

Membres :

Mesdames Andrée Adam, membre du CA
 Josée Guay, membre du CA
 Lise Chagnon, directrice générale adjointe (fin 6 janvier 2013)
 Martine Bouchard, directrice générale (début 7 janvier 2013)

Messieurs Denis Boucher, membre du CA
 André Lussier, président du CA – membre d’office
 Daniel Cormier, directeur des RH (début octobre 2012)

Le comité des ressources humaines et de la gestion des talents a tenu quatre (4) rencontres en 2012-2013 :

- 31 mai 2012
- 20 septembre 2012
- 13 décembre 2012
- 13 mars 2013

Les principaux enjeux discutés furent :

- Assurance salaire;
- Relations de travail;
- Tableau de bord DRH;
- Démarche de climat de travail;
- Structure / organigramme du CSSS Pierre-De Saurel;
- Règles de fonctionnement du comité des ressources humaines et de la gestion des talents du CSSS Pierre-De Saurel.

Comité des usagers

Présidente : Danielle Villiard (usagers)

Membres :

Mesdames	Claudette Larouche (usagers) Sylvie Lebrun (usagers) Lyse Lemyre (usagers) Raymonde Verville (comité des résidents (CHJAP)
Messieurs	Dan Brayer (comité des résidents CHÉL) Normand Brouillard (usagers) Michel Létourneau (usagers) Jean Morvan, vice-président (comité des résidents CHT)

Les dossiers sur lesquels nous avons travaillé confirment que nous nous sommes acquittés des responsabilités qui nous incombent :

- Informer les usagers de leurs droits et obligations;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- Assurer la défense des intérêts collectifs et individuels des usagers auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;
- Au besoin, accompagner et assister un usager dans toute démarche qu'il entreprend auprès de l'établissement et, le cas échéant, dans la formulation d'une plainte;
- Assurer le bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à fournir les ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Revue des activités 2012-2013

- Assemblée générale du 29 mai 2012;
- Tenue de neuf (9) réunions régulières, de juin 2012 à mars 2013;
- Participation du comité au colloque annuel du CPM (Conseil pour la protection des malades);
- Participation aux assemblées générales des comités de résidents;
- Présentation aux Jardins de Ramesay en compagnie du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Organisation d'une séance de formation donnée par le CPM aux membres du comité des usagers et des comités de résidents;
- Campagne de vaccination.

PRIORITÉS 2012-2013

À court terme

- Se faire connaître.

À moyen terme

- Visite à l'urgence et délai d'attente de prise en charge par un médecin;
- Délai d'attente pour une place en hébergement.

À long terme

- Bilan des actions;
- Personnel dédié;
- Ressources financières allouées.

Dossiers particuliers

- Délai d'attente à l'urgence;
- Délai d'attente pour une place en hébergement;
- Hygiène, salubrité des installations;
- Nouveau fonctionnement du transport et accompagnement des résidents en RI;
- Relève au comité des résidents du CHJAP;
- Irrégularités des bornes de stationnement de l'hôpital;
- Accessibilité des usagers à mobilité réduite à l'horodateur du stationnement de l'hôpital;
- Critères d'appartenance des usagers du CSSS;
- Accompagnement des comités de résidents dans l'acceptation de l'application de la Loi sur le tabac;
- Trajectoire des usagers pour le désengorgement du CSSS;
- Recrutement de nouveaux médecins dans la région;
- Prévention des infections et mesures à prendre pour protéger les usagers;
- Semaine sur l'éthique hospitalière et les droits des usagers;
- Cueillette des boîtes de sondage;
- Présentation et distribution de notre dépliant;
- Statistiques des incidents-accidents;
- Commandite d'affiches à l'urgence;
- Commandite de messages du CSSS dans les journaux locaux.

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)

Présidente : Madame Sophie Dubois

Membres :

Mesdames Christine Fleury Dumas, vice-présidente
Caroline Tremblay, secrétaire
Chantal Samson
Josée Mainville
Lyne Falardeau
Linda Lemoine, présidente du CIIA
Annie Ménard, vice-présidente du CIIA
Annie Lemoine, directrice direction services multidisciplinaires et direction des soins infirmiers (début janvier 2013)
Lise Chagnon, directrice générale adjointe (fin 6 janvier 2013)
Martine Bouchard, directrice générale (début 7 janvier 2013)

Participation du CII 2012-2013

- 5 Rencontres officielles en avant-midi, CECII en après-midi;
- 4 Rencontres non officielles;
- Accueil des nouveaux employés (sur l'heure du dîner);
- Congrès CII-CIR les 1 et 2 et mai 2013 (2 participantes) sous le thème « Culture de qualité et gestion des risques »;
- Participation de membre du CII sur le comité d'agrément;
- Un membre sur le comité de l'appréciation et de la contribution individuelle du personnel;
- Participation du CII avec le Conseil Multidisciplinaire ainsi que le Conseil des Médecins du CSSS Pierre-de-Saurel pour bâtir le projet commun : « L'éthique dans ma profession »;
- Prix reconnaissance par les pairs « Prix Coup de cœur ».

Avis

- Émis au Conseil d'administration sur les changements proposés à l'organigramme du CSSS Pierre-de-Saurel;
- Émis sur les ordonnances collectives, protocole et règles de soins à déployer;
- Émis au Conseil Multi pour la tenue d'un projet commun.

Comités des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Les membres du comité exécutif ont déposé leur bilan annuel 2012-2013.

Recommandations 2013-2014

- Implication au plan d'action de la DSI;
- Processus d'audit à mettre en place;
- Protocoles infirmiers, ainsi que les ordonnances collectives;
- Présence du CII au Conseil d'administration;
- Surveillance des maladies nosocomiales.

Suivi des comités

- Prévention des infections;
- Gestion des risques;
- Comité Bioéthique.

En conclusion

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers du CSSS Pierre-De-Saurel demeure engagé dans la démarche continue de qualité et d'amélioration des soins.

Nous sommes fières du travail accompli dans la dernière année. Nous sommes convaincues qu'un CECII représenté par les diverses missions nous assure une meilleure connaissance des pratiques et des enjeux de la profession infirmière.

Nous considérons que plusieurs défis demeurent à relever et nous souhaitons poursuivre et consolider notre visibilité au sein de l'établissement.

Nous croyons que l'année qui viendra sera empreinte d'une évolution souhaitable des pratiques et d'amélioration de la qualité des soins.

Liste des ordonnances collectives, règles de soins et politiques présentées au CECII

- OC 049 : Dépistage de l'ictère chez le nouveau-né;
- OC 055 : Initier un ECG à 12 dérivations chez un usager adulte;
- OC 056 : Initier une analyse et culture d'urine chez un usager adulte ou enfant;
- OC 057 : Initier une radiographie de la cheville et du pied chez un usager âgé de 5 ans ou plus;
- OC 058 : Initier un RX du genou chez un usager âgé de 5 ans et plus;
- OC 043 : Initier les tests diagnostiques pour une suspicion de thrombophlébite profonde d'un membre inférieur chez une clientèle adulte ambulatoire;
- OC 046 : Initier les tests diagnostiques pour une suspicion d'ischémie cérébrale transitoire chez une clientèle adulte ambulatoire de 40 ans et plus;
- OC 030 : Initier les tests diagnostiques pour une suspicion de lésion ou masse pulmonaire chez une clientèle adulte ambulatoire;
- OC 050 : Déterminer le type de transport et d'accompagnement lors du déplacement inter-établissement de l'usager;
- POL-DSI-302 : Politique sur l'identification d'un usager au CSSS Pierre de Saurel;
- POL-DSI-303 : Double identification indépendante des médicaments à haut risque lors de l'administration: anesthésique général, anticoagulant oral, anticoagulants par voie SC ou IV, Électrolytes concentrés IV, Insuline par voie SC ou IV;
- RSI 007 : Évaluation du risque de chute auprès de l'usager adulte.

Autres ordonnances collectives adoptées récemment

Non vues par CECII

- OC 015 : Ajuster de l'insulinothérapie;
- OC 016 : Initier des mesures diagnostiques dans le cadre de la clientèle adulte diabétique;
- OC 042 : Enlever des points de suture, des agrafes ou des points de rapprochement.

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP)

Présidente : Docteure Mylène Côté

Membres :

Docteurs	Mylène Côté Aline Jacques, secrétaire Antoine Hejeily, vice-président Hesham Guirguis, 2 ^e vice-président Adel Habib, trésorier Gérald Désaulniers, directeur des services professionnels et hospitaliers
Mesdames	Lise Chagnon, directrice générale adjointe (fin 6 janvier 2013) Martine Bouchard, directrice générale (début 7 janvier 2013)

Rapport d'activités 2012-2013

Le présent rapport se veut un état des lieux des activités, prises de positions et préoccupations du CECMDP au cours de l'exercice 2012-2013. La mission principale du CECMDP est de veiller à la qualité des soins offerts aux patients et, par la même occasion, d'offrir un soutien à ses membres.

Le CMDP regroupe 105 membres dont 8 nouveaux membres en 2012-2013.

On retrouve des membres sur les comités suivants :

- Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique;
- Comité des titres (3 réunions);
- Comité de pharmacologie (8 réunions);
- Comité de formation médicale continue;
- Comité de dons d'organes;
- Comité de prévention des infections (6 réunions);
- Comité local de traumatologie;
- Comité de discipline ad hoc;
- Groupe de travail pour l'optimisation des examens de laboratoire;
- Groupe de travail sur l'élaboration des protocoles (7 réunions);
- Représentant au comité de révision des plaintes;
- Représentant au comité bioéthique;
- Représentant au comité des formulaires;
- Représentant au conseil d'administration;
- Représentant à la fondation;
- Représentant à l'agrément;

Dans un souci constant d'amélioration, le CECMDP a tenu :

- 11 assemblées régulières;
- 4 assemblées spéciales;
- 2 assemblées générales ordinaires;
- 1 assemblée générale extraordinaire;
- 1 assemblée générale annuelle.

De ces 19 réunions ont découlées 161 résolutions accompagnées de suivis.

Les principaux dossiers traités 2012-2013 :

Le recrutement médical et la préparation à l'arrivée de ces nouveaux membres. Les enjeux majeurs concernent la radiologie et l'arrivée du Docteur Do où les négociations afin d'avoir accès pour celui-ci à une journée par semaine de lecture de résonnance magnétique sont en cours ainsi

que le suivi serré du dossier d'acquisition d'un appareil de résonnance magnétique pour notre centre.

Par ailleurs, l'arrivée du Docteur Panagua, cardiologue, soulève le besoin de consolider les équipes de personnel dans les cliniques externes afin de pouvoir diminuer les listes d'attente dans des spécialités essentielles.

La gestion et la diminution des listes d'attente surtout en cardiologie (échographie cardiaque, épreuve d'effort, holter et cardio-mémo), en endoscopie digestive haute et basse et en radiologie diagnostique (tomodensitométrie, échographie, doppler) est une des priorité du comité et passe inévitablement par l'ajout de ressources humaines et de plages horaires.

L'utilisation rationnelle des médicaments est suivie de près par le comité de pharmacologie et des avis et mises à jour sont transmis aux membres du CMDP régulièrement. Également, la prescription de certains tests para-cliniques fait l'objet de suivi afin d'assurer que ceux-ci le soient dans des conditions précises.

Le CECMDP a établi une procédure simplifiée afin d'accélérer la mise en place de procédures, protocoles, ordonnances collectives et préétablies. En effet, ce qui concerne :

- Les soins aigus en termes de médication et de soins sont traités par le groupe d'élaboration des protocoles (Docteur France Hébert).
- Les soins de longue durée et les soins aigus en termes de gestes thérapeutiques et diagnostiques sont traités par le groupe d'élaboration des protocoles (Docteur Anne Soumis).
- L'accueil clinique est traité par le Docteur Pierre Royal et Docteur Éric Sauvageau (respectivement médecin responsable de l'accueil clinique et la médecine de jour et le représentant local du DRMG).
- Les ordonnances préétablies, celles-ci sont traitées directement par le CECMDP avec la présence lors de la réunion de l'auteur/responsable de cette ordonnance.

Évidemment, tout est ultimement acheminé au CECMDP pour adoption et diffusion aux instances concernées. Le tableau des sujets adoptés et en traitement est disponible au secrétariat du CECMDP.

Les délais indus dans la transcription et l'impression des protocoles opératoires, rapports de radiologie, rapport de consultation ainsi que les délais de classement au dossier de l'utilisateur font l'objet depuis plusieurs années de façon périodique d'une attention particulière du CECMDP surtout en terme de qualité de l'acte, les délais pouvant retarder des prises en charge impératives pour la santé des usagers.

Le manque chronique de personnel, infirmier, technologue et para clinique, est fréquemment mentionné ainsi que les impacts sur les soins, durées de séjours et humanisation des actes posés.

Le traitement des employés du centre figure aussi dans les préoccupations du CECMDP, autant ceux qui travaillent que ceux qui sont en assurance-salaire. Le respect, la compréhension et la valorisation du travail doivent être des valeurs primordiales des responsables des ressources humaines. Dans la même veine, le CECMDP rappelle régulièrement à ses membres ces principes de base afin de travailler dans des conditions favorables.

Le suivi régulier de la prestation de l'acte médical et pharmaceutique des membres du CMDP est assuré et des mises à jour sont faites ponctuellement à la demande, entre autre du Collège des médecins (par exemple pour les médecins de plus de 70 ans).

Le CECMDP s'est doté d'une politique interne afin de traiter les dossiers « dont tout le monde parle ». Ainsi, des cas ayant entraîné des discussions et des interrogations sur la prestation des soins sont présentés en réunion ordinaire du CECMDP. Une demande d'analyse du dossier et une formulation de recommandations sont demandées aux chefs des départements impliqués.

Par ailleurs, le CECMDP s'implique dans la mise en place de structures afin d'améliorer l'accès aux soins et tests para-cliniques pour la clientèle externe autant en amont qu'en aval d'un épisode de soins hospitaliers.

Enfin, le CECMDP souligne l'importance de la transparence du point de vue de la gestion de notre centre afin que ces membres puissent, de façon confiante, collaborer à améliorer la prestation de soins de qualité.

Le CECMDP confirme sa disponibilité pour toute discussion supplémentaire concernant la qualité de l'acte médical et pharmaceutique.

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)

Présidente : Madame Nathalie Gélinas

Membres :

Mesdames Line Côté
France Lessard
Julie Mathieu
Michèle Ouellet
Annie Lemoine, directrice direction services multidisciplinaires et direction des soins infirmiers (début janvier 2013)
Nathalie Lambert
Lise Chagnon, directrice générale adjointe (fin 6 janvier 2013)
Martine Bouchard, directrice générale (début 7 janvier 2013)

Mission

Le conseil est une instance consultative et non décisionnelle. Son pouvoir découle sur la façon dont il exerce son mandat et de la valeur de ses prises de position.

Le conseil est responsable de :

- Donner son avis;
- Intervenir de sa propre initiative;
- Formuler ses commentaires et ses recommandations auprès du conseil d'administration.

Rapport d'activités 2012-2013

Vie associative

- 9 assemblées du Conseil exécutif.
- 1 assemblée générale le 18 avril 2012.

Avis sollicités

- Politique sur la gestion des présences au travail;
- Réflexion du CM sur le nouvel organigramme;
- Politique sur l'identification d'un usager/résident au CSSS Pierre-De Saurel;
- Politique sur la double vérification indépendante des médicaments à haut risque lors de l'administration;
- Politique d'appartenance aux ordres professionnels au CSSS Pierre-De Saurel.

Réalisation

- Mise en place du deuxième projet commun des conseils consultatifs sous le thème du *Dilemme éthique dans nos professions... vers une meilleure compréhension* le 17 avril 2013.

Suites données aux demandes des membres

- Recommandations sur l'utilisation des rémunérations compensatoires pour les stagiaires. (Politique des stages à venir, demande faite le 14 octobre 2008);
- Avancés légaux au MSSS (collège électoral CM au conseil d'administration du CSSS).

Délégations

- Délégation de Daniel Verrette au comité de gestion des risques;
- Délégation de France Lessard et Julie Mathieu au 10^e Colloque annuel de l'ACMQ du Québec de l'Hôtel-Dieu de Lévis «Partenariat et le projet de la loi 21 au cœur de nos actions»;
- Délégation de France Lessard au comité bioéthique;
- Délégation de France Lessard au C.A.;
- Délégation de Nathalie Gélinas au comité consultatif de la direction générale(CCDG);
- Délégation de France Lessard au comité sur l'appréciation de la contribution du personnel et de la reconnaissance;
- Délégation de Julie Mathieu au comité d'hygiène des mains;
- Délégation de Nathalie Gélinas au comité agrément.

Dossiers en cours

- Infections nosocomiales – Suivi de la situation;
- Projet de trois comités de pairs :
 - ✓ Ergothérapie : aide-ergo;
 - ✓ Physiothérapie : formulaire d'évaluation commun;
 - ✓ Service social : oser le travail social.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS Pierre-De Saurel

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du Conseil d'administration du CSSS Pierre-De Saurel dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En 2012-2013, aucun cas ni manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été porté à la connaissance des instances disciplinaires.

Devoirs et obligations

L'administrateur doit agir avec honnêteté, loyauté, prudence et diligence dans le meilleur intérêt de la population et de l'établissement qu'il administre en demeurant bien informé, en étant présent aux réunions, en exprimant son opinion et en s'impliquant personnellement.

Dans l'exercice de ses fonctions, l'administrateur doit privilégier des valeurs et des attitudes conformes aux orientations du CSSS Pierre-De Saurel et plus particulièrement, il doit :

- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux soins et services de santé et services sociaux;
- Participer activement et dans un esprit de collégialité à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations du CSSS Pierre-De Saurel;
- Assister aux réunions du conseil d'administration et voter, lorsque requis;
- Faire preuve de rigueur, de prudence, d'intégrité et d'indépendance;
- Avoir une conduite empreinte d'objectivité et de modération;
- Privilégier et mettre en application les principes reconnus en matière de gestion tant au niveau financier qu'au plan de la mobilisation du personnel;
- Collaborer à la définition, à la mise à jour et à l'évaluation régulière de la philosophie des valeurs et des objectifs / résultats de l'établissement;
- Démontrer une attitude respectueuse et objective du droit, des personnes, des instances, de la liberté d'expression et d'argumentation, sans aucun préjugé, sans discrimination et sans préférence;
- Exercer ses fonctions avec diligence, efficacité, assiduité de manière à ne pas retarder indûment ou nuire aux travaux du conseil d'administration;
- Éviter toute situation de corruption et de fraude et n'accepter aucune faveur ou avantage autant pour lui-même que pour une autre personne;
- Ne pas confondre les biens du CSSS Pierre-De Saurel avec les siens et ne pas les utiliser à son profit ou à celui d'autres personnes;
- Prendre des décisions indépendantes de toute considération politique partisane;
- Ne pas se laisser influencer, dans ses prises de décisions, par des offres d'emploi réelles ou potentielles.

Confidentialité et discrétion

- L'administrateur s'engage à préserver en toutes circonstances, la confidentialité des renseignements obtenus lors des débats, échanges et discussions du conseil d'administration ou de ses comités et qui ne sont pas d'ordre public;
- Il s'assure que les commentaires à caractère personnel, nominatif et confidentiel se fassent uniquement entre les personnes concernées;
- Il ne peut utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, l'information obtenue dans l'exercice de ses fonctions comme membre du conseil d'administration;
- Il doit faire preuve de discrétion au sujet des informations privilégiées qui lui sont transmises;
- Il doit éviter toute déclaration ou prise de soutien incompatible avec les orientations de l'établissement ou avec les décisions du conseil d'administration;
- Il doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'établissement.

Relations publiques

- L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi;
- Il s'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir : s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.

Règles de conduite

De façon à favoriser les discussions, les échanges et les décisions les plus éclairées possibles dans un climat de travail agréable, l'administrateur s'engage, entre autres :

- À maintenir un climat de respect des opinions et des expertises de chacun des membres du conseil d'administration;
- À développer un climat de travail qui favorise la mobilisation, l'entraide, la collaboration et la cohérence;
- À maintenir des relations interpersonnelles saines, constructives, authentiques et à être solidaire des décisions adoptées;
- À agir de façon loyale et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et en aucun temps, surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
- À être prudent dans ses confidences, ses déclarations et ses comportements afin d'éviter de discréditer l'établissement ou le conseil d'administration ou de nuire à leur bon fonctionnement;
- À lutter contre toute forme d'abus de pouvoir, tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population;
- À ne pas user indûment de son influence ou de son pouvoir, de par sa situation au sein du conseil d'administration;
- À ne pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;
- À s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;
- À s'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf pour l'embauche du directeur général ou d'un cadre supérieur;
- À s'abstenir d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

Avantages ou bénéfices indus

- L'administrateur ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'établissement ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens;
- Est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives;
- L'administrateur qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu;
- L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

Conflits d'intérêts

- L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;
- Il doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
- Il doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne puisse remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;
- Il doit dénoncer à l'établissement tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans une entreprise susceptible de le mettre en conflit entre ses intérêts personnels et celui du conseil d'administration ou du CSSS (voir annexe 1);
- Il doit s'abstenir de siéger ou de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle il a des intérêts directs ou indirects;
- Cependant, le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans l'article précédent ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale.

Régime de sanction

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration
- Un comité formé d'au moins 3 membres, dont le président ou le vice-président, peut faire enquête relativement à la situation ou aux obligations de comportements susceptible d'être dérogatoires aux dispositions du présent code. Ce comité peut s'adjoindre une personne ou des personnes de l'extérieur du conseil d'administration lorsque cela est nécessaire pour un fonctionnement optimal. L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec les membres du comité à ce sujet pour la durée de la démarche;
- Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité lors de la première réunion qui suit; Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation;
- Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation;
- Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du code de déontologie; La notification doit informer l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit, ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;
- Suite à la conclusion que l'administrateur a contrevenu au présent code le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'envoyer ou non une sanction à l'administrateur concerné;
- La sanction peut constituer en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée selon la gravité et la nature de la dérogation;
- Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

Enquête et immunité

- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.
- Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter serment ou faire l'affirmation solennelle.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

- Les administrateurs qui ont cessé d'exercer leurs fonctions doivent se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de leurs fonctions antérieures au sein du conseil d'administration;
- Les administrateurs qui ont cessé d'exercer leurs fonctions au sein du conseil d'administration doivent respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, discussion auxquels ils ont participé et qui avaient un caractère confidentiel;
- Les administrateurs doivent témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.



ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE

DES RÉSULTATS
DES OPÉRATIONS

États financiers et analyse des résultats des opérations

Nom de l'établissement
CESS PIERRE-DE SAUREL

Code
1104-4567

Pa
121

Annexe au rapport de l'auditeur - É/F et autres informations financières

exercice terminé le 31 mars :

Aux membres du conseil d'administration du
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PIERRE-DE SAUREL

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PIERRE-DE SAUREL inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, déficits, de la variation de la dette nette cumulés et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660 puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction relative aux états financiers

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

Responsabilité de l'auditeur

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

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

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

Fondement de l'opinion avec réserve

Ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de

location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «Immobilisations corporelles louées» du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe de fondement de l'opinion avec réserve, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de service sociaux Pierre-De Saurel au 31 mars 2013, ainsi que les 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.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

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

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

Raymond Chabot Grant Thornton, S.E.N.C.R.L.

Raymond Chabot Grant Thornton s.e.n.c.r.l.
26 Place Charles-De-Montmagny
Sorel-Tracy
J3P 7E3

Sorel-Tracy
Le 12 juin 2013

(1) CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique no A122543

exercice terminé le 31 mars 2013

Rapport de l'auditeur indépendant - Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant.

Rapport dérivé établi par l'auditeur

Aux membres du conseil d'administration de CSSS Pierre-de Saurel

Nous avons audité les états financiers de CSSS Pierre-de Saurel au 31 mars 2013 et pour l'exercice terminé à cette date, et nous avons produit notre rapport sur ces états financiers en date du 12 juin 2013.

Conformément aux exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, nous sommes tenus de remplir le Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (ci-après le « questionnaire »).

Dans le cadre de l'audit susmentionné, nous avons rempli le questionnaire. Nous n'avons cependant mis en œuvre aucune procédure en sus de celles qui étaient nécessaires pour nous faire une opinion sur les états financiers.

Le présent rapport et le questionnaire rempli sont destinés uniquement à répondre aux exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et ne doivent pas être mentionnés ou utilisés à d'autres fins.

Raymond Chabot Grant Thornton, S.E.N.C.R.L.

Raymond Chabot Grant Thornton, SENCRL.

Sorel-Tracy
Le 12 juin 2013

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUD

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Exploitation	Immobilisations	Total	
	Ex. courant (r.de p358,C3)	Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précéd.
	1	2	3	4
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS (FI:P408).....01	108,288,324	4,879,084	113,167,408	110,228,4
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294).....02				
Contributions des usagers.....03	6,905,363	XXXX	6,905,363	6,393,1
Ventes de services et recouvrements.....04	1,342,023	XXXX	1,342,023	1,697,4
Donations (FI:P294).....05		222,206	222,206	206,1
Revenus de placement (FI:P302).....06	51,396		51,396	56,2
Revenus de type commercial.....07	5,452	XXXX	5,452	6,6
Gain sur disposition (FI:P302).....08				
.....09	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302).....11	671,523		671,523	1,008,6
TOTAL (L.01 à L.11).....12	117,264,081	5,101,290	122,365,371	119,597,3
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales.....13	83,306,875	XXXX	83,306,875	81,983,4
Médicaments.....14	4,216,842	XXXX	4,216,842	4,016,0
Produits sanguins.....15	2,370,358	XXXX	2,370,358	2,677,2
Fournitures médicales et chirurgicales.....16	5,699,714	XXXX	5,699,714	5,877,2
Denrées alimentaires.....17	1,273,149	XXXX	1,273,149	1,346,2
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles.....18	5,403,644	XXXX	5,403,644	5,261,8
Frais financiers (FI:P325).....19	212,782	1,846,382	2,059,164	1,963,9
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations.....20	1,154,511	82,938	1,237,449	1,088,3
Créances douteuses.....21	17,531	XXXX	17,531	32,1
.....22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Amortissement des immobilisations (FI:P422).....23	XXXX	3,204,906	3,204,906	3,056,6
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P470, 421).....24	XXXX			
.....25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325).....27	12,604,953		12,604,953	12,702,3
TOTAL (L.13 à L.27).....28	116,160,359	5,134,226	121,294,585	120,006,2
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28).....29	1,103,722	(32,936)	1,070,786	(408,9

Colonne 2: établissements publics seulement

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation	Immobili.	Ex. courant	Ex. précédent
	Ex. courant	Ex. courant	(C1 + C2)	
	1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS.....01	(3,839,498)	95,017	(3,744,481)	(3,335,522)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser).....02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser).....03				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT READRESSÉS (L.01 à L.03).....04	(3,839,498)	95,017	(3,744,481)	(3,335,522)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE.....05	1,103,722	(32,936)	1,070,786	(408,859)
Autres variations:				
Transferts interétablissements (préciser).....06				
Transferts interfonds (préciser)Projet autofinancé - Bue07	(248,337)	248,337	0	
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser).....08		XXXX		
.....09	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Total des autres variations (L.06 à L.09).....10	(248,337)	248,337	0	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10).....11	(2,984,113)	310,418	(2,673,695)	(3,744,481)
Constitués des éléments suivants:				
Affectations d'origine externe.....12	XXXX	XXXX		
Affectations d'origine interne.....13	XXXX	XXXX	172,364	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13).....14	XXXX	XXXX	(2,846,059)	(3,744,481)
Total (L.12 à L.14).....15	XXXX	XXXX	(2,673,695)	(3,744,481)

Fonds d'exploitation - activités principales exercice terminé le 31 mars 2013 - NON AUDI
RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

	Exercice courant	Exercice précédent	Variation c.1 - c.2
	1	2	3
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES			
Personnel cadre (en date du 31 mars):			
Temps complet, nombre de personnes (note 1).....01	50	56	
Temps partiel (note 1):			
Nombre de personnes.....02	12	11	
Équivalents temps complet.....03	7	6	
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi.....04			
Personnel régulier (en date du 31 mars):			
Temps complet, nombre de personnes (note 2).....05	637	639	
Temps partiel (note 2):			
Nombre de personnes.....06	603	578	2
Équivalents temps complet.....07	339	315	2
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi.....08			
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice.....09	751,632	757,387	(5,75)
Équivalents temps complet (note 3).....10	405	407	(2)

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

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

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

Précisions aux états financiers - Partie 2

exercice terminé le 31 mars 2013 - NON AUDITÉ

Précision No 6: Fonds d'immobilisations - Suivi de l'utilisation des produits de disposition des immeubles
(article 242 de la Loi)

	Montant
	1
Solde au début.....01	
Immeubles aliénés dans le courant de l'exercice - produit net de disposition.....02	
Revenus de placement gagnés durant l'exercice.....03	
Sous-total (L.01 à L.03).....04	
Utilisation du montant inscrit à la ligne 04 (préciser).....05	
.....06	
.....07	
.....08	
Solde à la fin (L.04 - L.05 à L.08).....09	

Précision No 7: Fonds d'immobilisations - Suivi de l'utilisation des transferts en provenance des activités principales

	Montant
	1
Solde au début.....10	
Transfert de l'exercice:	
- projets autofinancés.....11	32,937
- autres.....12	
Total des transferts de l'exercice (L.11 + L.12).....13	32,937
Total du solde au début et des transferts de l'exercice (L.10 + L.13).....14	32,937
Utilisation du montant indiqué à la ligne 14:	
- projets autofinancés.....15	32,937
- autres (préciser).....16	
.....17	
.....18	
Solde à la fin (L.14 - L.15 à L.18) (préciser).....19	0

Fonds d'exploitation-Activités principales

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUD

DONNÉES SUR LES CENTRES D'ACTIVITÉS

EXERCICE PRÉCÉDENT			EXERCICE COURANT		
Heures à l'unité près	Montant au \$ près		Heures à l'unité près	Montant au \$ près	
1	2		3	4	
SALAIRES					
90,148	4,234,261	01.....Personnel cadre.....01	84,077	4,057,41	
1,786,886	44,386,696	02.....Personnel-temps régulier.....02	1,770,133	44,763,48	
61,856	3,108,484	03.....Temps supplémentaire.....03	77,418	2,971,48	
XXXX	2,606,833	04.....Primes.....04	XXXX	2,853,27	
49,753	3,046,653	05.....Main-d'œuvre indépendante.....05	41,279	2,571,73	
XXXX	XXXX	06.....XXXX.....06	XXXX	XXXX	
2,008,643	57,182,927	07.....Total (L.01 à L.06).....07	1,972,907	57,217,40	
AVANTAGES SOCIAUX					
431,714	11,360,157	08.....Généraux (détail page 330).....08	428,504	11,525,95	
222,157	4,194,493	09.....Particuliers (détail page 330).....09	260,030	5,038,13	
653,871	15,554,650	10.....Total (L.08 + L.09).....10	688,534	16,564,08	
CHARGES SOCIALES (détail page 331)					
	7,755,120	11.....CHARGES SOCIALES (détail page 331).....11		8,832,87	
2,662,514	80,496,697	12.....Total (L.07 + L.10 + L.11).....12	2,661,441	82,605,56	
AUTRES CHARGES DIRECTES					
	6,135,391	13.....Services achetées.....13		6,010,00	
	24,476,992	14.....Fournitures et autres charges.....14		24,290,11	
	761,937	15.....Allocations directes.....15		830,540	
	31,374,320	16.....Total (L.13 à L.15).....16		31,131,059	
2,662,514	111,871,017	17.....COUTS DIRECTS BRUTS (L.12 + L.16).....17	2,661,441	113,736,627	
DÉDUCTIONS					
	922,752	18.....Ventes de services.....18		858,185	
528	775,125	19.....Recouvrements.....19		483,916	
		20.....Transferts de frais généraux.....20			
528	1,697,877	21.....Total (L.18 à L.20).....21		1,342,021	
2,661,986	110,173,140	22.....COUTS DIRECTS NETS (L.17 - L.21).....22	2,661,441	112,394,604	
15,327	519,231	23.....Ajustements.....23	14,528	564,951	
2,646,659	109,653,909	24.....COUTS DIRECTS NETS AJUSTÉS (L.22-L.23).....24	2,646,913	111,829,653	
70		25.....Nombre de centres d'activités.....25	73		

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDIT

CHARGES NON RÉPARTIES

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS PRINCIPALES:		
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneurs de certaines régions.....01	189,348	182,678
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes.....02	50,384	68,106
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (établissements privés conventionnés seulement).....03		
Transfert à l'Agence (préciser).....04		
Achat de services post hospitaliers en chald publics et privés conventionnés appelé "achat de places".....05		
Achat de services post hospitaliers en chald privés non conventionnés appelé "achat de places".....06		
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chald publics et privés conventionnés appelé "achat de places".....07	555,863	407,848
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chald privés non conventionnés appelé "achat de places".....08		
Comité des usagers.....09	43,144	41,518
.....10	XXXX	XXXX
Intérêts sur emprunts autorisés:		
.....11	XXXX	XXXX
Financement Québec.....12		
.....13	XXXX	XXXX
Autres Intérêts sur emprunts.....14	212,782	186,497
Variation provision pour droits parentaux.....15	(34,208)	26,225
Montant attribué à une clinique-réseau.....16		
Variation pour assurance-salaire.....17	157,465	87,869
Rétro-rétributions des services RI-RTF.....18	891	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SPL.....19		
.....20	XXXX	XXXX
Créances douteuses.....21	17,531	32,122
Variation provision pour vacances et congés maladie - étab. privés seulement.....22	XXXX	
Effets d'entraînement reliés aux conventions collectives (P671-01).....23	XXXX	
Équité salariale - rétro - cadres, pharmaciens, sages-femmes (P671-00).....24	XXXX	1,266,306
Rétro salariale - Maintien de l'équité salariale (P671-00).....25	XXXX	182,206
Ajustement contribution gouvernementale FTQ.....26		
Rétroactivité salariale médecins médicaux cliniques.....27		
Maintien de l'équité salariale des cadres et de certains salariés (P.671-00).....28	654,208	
Autres (préciser) p.391.....29	507,597	87,221
Allocations à des médecins en régions éloignées.....30		
Allocations à des GMP.....31		
Services préhospitaliers d'urgence.....32		
TOTAL (L.01 à L.32).....33	2,365,705	2,580,614
ACTIVITÉS ACCESSOIRES:		
Variation provision pour vacances et congés maladie - établissements privés seulement.....34	XXXX	
Charges extraordinaires.....35		
Autres (préciser).....36		
Total (L.34 à L.36).....37		



Centre de santé et de services sociaux Pierre-De Saurel

Hôtel-Dieu de Sorel
Téléphone : 450 746-8000

CLSC Gaston-Bélanger
Téléphone : 450 746-4545

Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance
Téléphone : 450 746-5555

Centre d'hébergement de Tracy
Téléphone : 450 743-4724

Centre d'hébergement J.-Arsène-Parenteau
Téléphone : 450 742-5936

Comité des usagers
Centre de santé et de services sociaux Pierre-De Saurel
Téléphone : 450 746-8000
Courriel : comiteusagers.14csss16.gpsk.qc.ca