



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

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

Québec 

Centre de santé et de services sociaux
de l'Énergie

ÊTRE... 
humain

Table des matières

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	1
MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE	2
1. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES	4
2. RAPPORT DE LA DIRECTION.....	5
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	6
3.1 <i>Mission</i>	6
3.2 <i>Offre de service clinique du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie.....</i>	6
3.3 <i>Organigramme</i>	8
3.4 <i>Équipe de direction</i>	9
4. BILAN DES ENGAGEMENTS ORGANISATIONNELS 2014-2015	10
4.1 <i>Données populationnelles.....</i>	10
4.2 <i>Bilan des objectifs organisationnels 2013-2014</i>	13
5. RÉSULTATS RELATIFS À L'AGRÈMENT.....	18
6. RÉSULTATS RELATIFS À LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES	19
6.1 <i>Déclaration des incidents/accidents.....</i>	19
6.2 <i>Application des mesures de contrôle des usagers</i>	19
6.2.1 <i>Programme-cadre de réduction des mesures de contrôle</i>	19
6.2.2 <i>Programme-cadre de réduction des chutes et d'interventions à la suite d'une chute</i>	22
6.2.3 <i>Programme-cadre de prévention et contrôle des infections.....</i>	25
6.2.4 <i>Gestion sécuritaire de médicaments</i>	28
6.3 <i>Rapports de coroner</i>	33
7. RÉSULTATS RELATIFS À L'EXAMEN DES PLAINTES ET À LA PROMOTION DES DROITS.....	34
8. INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION.....	36
9. CONSEILS ET COMITÉS.....	38
9.1 <i>Liste des conseils et comités</i>	38
9.2 <i>Conseil d'administration.....</i>	38
9.3 <i>Comité de vigilance et de la qualité des services.....</i>	39
9.4 <i>Comité de gestion des risques et de la qualité.....</i>	40
10. LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT	44
11. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS	45
12. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE	82
ANNEXE 1	
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS.....	84

ANNEXE 2	
SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2014-2015	108
 ANNEXE 3	
LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS	114
 ANNEXE 4	
RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	115
 ANNEXE 5	
LISTE DES ACRONYMES	118

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

À titre de président-directeur général du nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, je désire souligner l'excellent travail de gestion et de collaboration réalisé par les dirigeants des douze établissements de la région. Je tiens à remercier chaleureusement les membres bénévoles des conseils d'administration dont l'engagement soutenu au fil des ans a permis d'assurer une gouvernance de qualité nous permettant aujourd'hui de compter sur un réseau en santé.

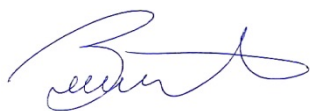


Vous trouverez, dans ce dernier rapport annuel de gestion du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie, un portrait très intéressant de leurs principales réalisations pour l'année 2014-2015 et je vous invite à en prendre connaissance avec attention.

Je profite de cette publication pour remercier également tous les directeurs généraux et leurs équipes de direction, les gestionnaires, les médecins, les bénévoles, les organismes communautaires et les partenaires du réseau pour les efforts consacrés au mieux-être des citoyens de la région. Je tiens à transmettre ma reconnaissance à tous les employés pour leur engagement et leur professionnalisme dans les services et les soins offerts à la population. Votre contribution à la vitalité du réseau de la santé et des services sociaux est méritoire.

Le 7 février dernier, l'adoption de la « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales » a profondément modifié l'organisation du réseau régional. Afin d'assurer le succès de la mise en place de notre nouvel établissement, nous avons retenu les valeurs qui faisaient consensus au sein des différentes organisations de la région comme fondement de notre action. C'est sur cette base que nous mettrons en œuvre notre vision, soit de *créer, par un leadership collectif, un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.*

Encore merci à tous et poursuivons notre collaboration active dans le nouveau CIUSSS!



Martin Beaumont
Président-directeur général

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

L'année 2014-2015 aura été porteuse de belles réalisations au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie. Notons d'abord le projet majeur de gestion des espaces qui a permis la relocalisation de plus de 62 places d'hébergement, auparavant situées au Centre d'hébergement Joseph-Garceau. Ce projet a également permis le déménagement des services du Centre local de services communautaires (CLSC) vers de nouveaux locaux et la mise en place d'un centre administratif. Ces travaux majeurs de transformation ont été rendus possibles grâce à la concertation et à la collaboration de tous les acteurs de l'organisation.

Le CSSS de l'Énergie a poursuivi ses efforts dans le déploiement du plan d'action du projet de partenariat de soins et de services. Rappelons que cette approche de soins favorise la coopération entre le patient, ses proches ainsi que les intervenants de la santé qui mettent en commun leurs savoirs, leurs expertises et leurs expériences afin de rencontrer un objectif principal, soit la réalisation du projet de vie du patient. De plus, des patients ressources se sont impliqués, au cours de la dernière année, dans des initiatives d'amélioration de la qualité. Fait à noter pour 2014-2015 : l'obtention d'une subvention octroyée par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé en septembre 2014, ce qui nous a permis d'embaucher une patiente ressource à raison de deux jours par semaine.

De plus, on ne saurait passer sous silence les travaux d'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée. Le personnel a effectué un virage remarquable en adaptant ses soins et services autour d'une culture de maintien des capacités physiques, psychiques et sociales des personnes âgées. L'approche en était à sa troisième année d'implantation en 2014-2015, année au cours de laquelle nos équipes ont assuré la pérennité du projet.

Le CSSS de l'Énergie a également poursuivi le déploiement de l'approche Lean Santé. Amorcée il y a quelques années notamment par la réalisation de certains projets (unité de retraitement des dispositifs médicaux, bloc opératoire, psychiatrie courte durée, unités d'hébergement, etc.), des travaux ont été réalisés et davantage orientés sur une perspective d'amélioration continue **au quotidien**. Portant sur les dimensions de qualité, d'accessibilité, de climat organisationnel et de productivité et intégrant les approches liées au partenariat de soins et de services, à la qualité et au Lean Santé, l'accent a ainsi été mis sur les actions d'amélioration réalisées quotidiennement par les membres de certains centres d'activités.

La dernière année fut aussi marquée par la création du Conseil des partenaires locaux de niveau stratégique pour l'orientation et la mobilisation en développement des communautés (COMPLICE). L'établissement y assume une bonne part du leadership, puisque la trame d'intervention s'appuie sur l'implication intersectorielle dans l'amélioration des conditions de vie liées aux déterminants de la santé. Par ailleurs, à la stratégie de développement des communautés en santé publique et en lien avec la démarche d'appréciation des potentiels, un cadre de référence ainsi qu'un modèle de stratégie de soutien au développement des communautés ont été adoptés. Cette préoccupation s'est également traduite par son intégration à l'intérieur de la programmation de la recherche de l'établissement et par la contribution de celui-ci à la recherche pilotée par l'Institut national de santé publique du Québec sur les indicateurs en développement des communautés.

Enfin, mentionnons que l'établissement a obtenu la certification *Entreprise en santé* décernée par le Bureau de normalisation du Québec. Cette certification vient reconnaître les efforts de l'organisation pour témoigner de l'importance accordée à la santé et au mieux-être du personnel.

En conclusion, nous tenons à souligner notre appréciation aux membres du personnel, aux gestionnaires et aux médecins qui, par leur engagement et leur contribution, auront permis l'amélioration constante des soins et des services à la population. Nous adressons également nos plus sincères remerciements aux membres du conseil d'administration pour leur collaboration innovante et inspirante. Ceux-ci ont fait preuve d'une grande maturité et d'un engagement exceptionnel envers la qualité et la sécurité des soins et des services.

Ce rapport annuel d'activité constituait le dernier du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie. C'est avec enthousiasme que nous le présentons et avec la conviction que tous les membres du personnel, les médecins et les membres de la direction apporteront leur contribution à la mise en place du nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.



Monique Savignac
Présidente du conseil d'administration



Martine Rioux
Directrice générale

1. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

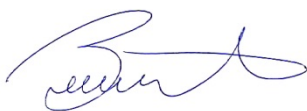
Rapport de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion

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

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

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

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



Martin Beaumont
Président-directeur général

2. RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

La direction du CSSS de l'Énergie 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 S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour se 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 S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Martin Beaumont
Président-directeur général

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 *Mission*

S'inspirant des grands principes de base de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, et en étroite collaboration avec ses partenaires territoriaux, la mission du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie se définit selon les énoncés suivants :

- Offrir en première ligne à la population du Centre-de-la-Mauricie (65 654 personnes) des services de santé et de services sociaux de nature préventive et curative, des services de réadaptation, de réinsertion et, de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des soins infirmiers, des services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux;
- Offrir à la population du Centre-de-la-Mauricie des services de première et deuxième lignes en santé mentale;
- Offrir à la population du Centre-de-la-Mauricie et du secteur Mékinac (12 660 personnes) des soins infirmiers, des soins médicaux généraux et spécialisés ainsi que des services diagnostiques;
- Assurer à la population du secteur Mékinac et du Haut-Saint-Maurice (15 686 personnes) l'accès à des services spécialisés en santé physique et en santé mentale;
- Offrir à la population Mauricie - Centre-du-Québec (500 000 personnes) des services en santé mentale pour les personnes adultes atteintes de troubles mentaux graves, pour les personnes contrevenantes et pour les personnes présentant une comorbidité;
- Stimuler et soutenir le développement de l'expertise organisationnelle par l'enseignement, la formation et la recherche.

3.2 *Offre de service clinique du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie*

Concrètement, le CSSS est devenu la porte d'entrée aux services de santé et aux services sociaux pour tout le territoire. Le CSSS de l'Énergie regroupe trois missions majeures qui s'expriment conjointement de manière à former un réseau de services intégrés, c'est-à-dire un ensemble de services de santé et de services sociaux à court, à moyen et à long terme, interdépendant, organisé et coordonné dans le but d'assurer une continuité de services, tant de nature communautaire qu'hospitalière, sur le territoire desservi par notre organisation.

Nos installations

Pour réaliser ses objectifs, le CSSS de l'Énergie gère 17 installations :

- Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
- Centre de formation et de services
- Centre administratif du CSSS de l'Énergie
- Centre d'hébergement Laflèche
- Centre d'hébergement Saint-Maurice

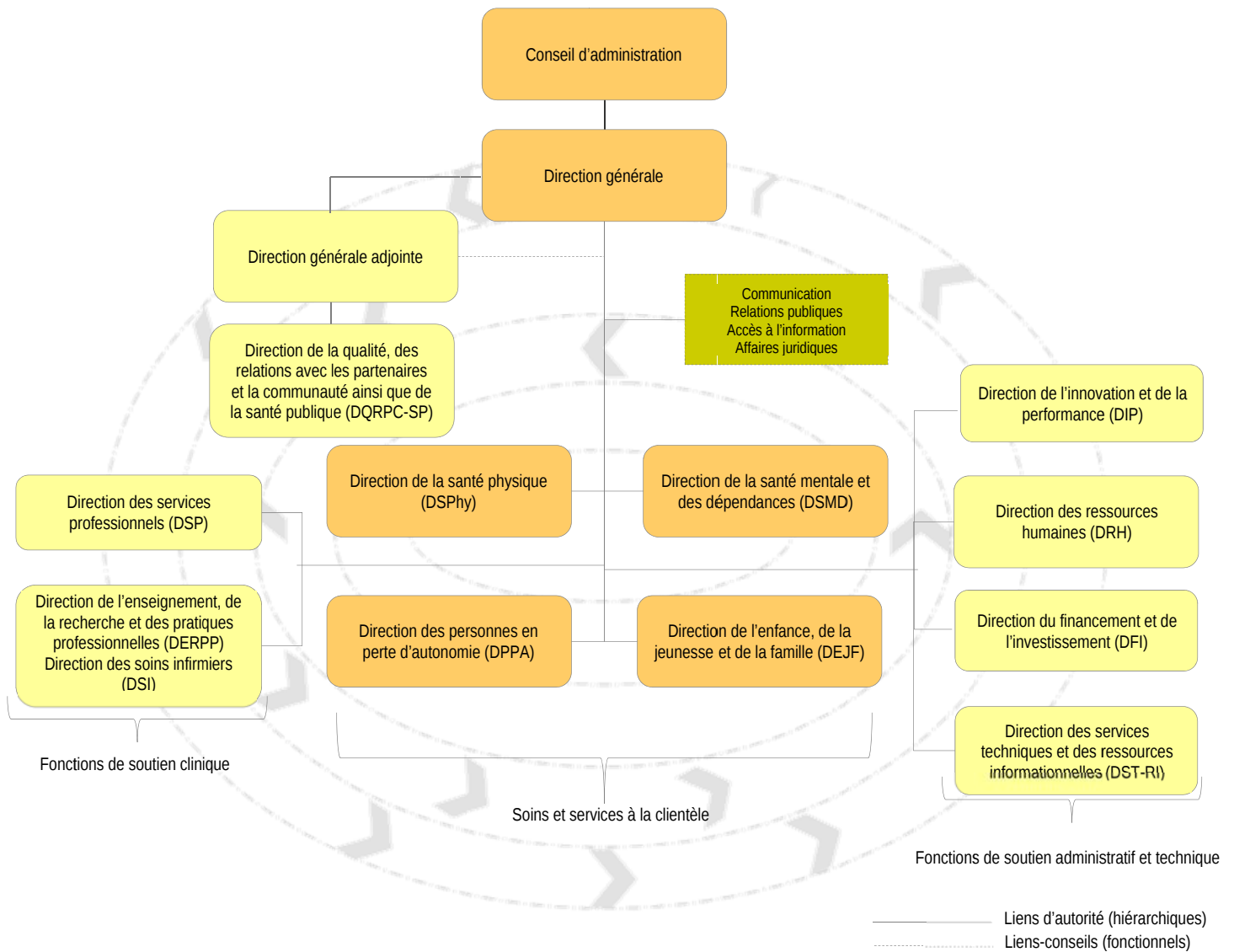
- Centre local de services communautaires (CLSC) du Centre-de-la-Mauricie
- Centre régional de santé mentale
- Centre de services de la santé au travail - Haut-Saint-Maurice
- Centre de services de la santé au travail - Trois-Rivières
- Centre de services de Saint-Élie-de-Caxton
- Centre d'intégration communautaire (CIC) de Drummondville
- CIC de Shawinigan
- CIC de La Tuque
- CIC de Trois-Rivières
- CIC de Victoriaville
- Équipe de quartier du secteur Grand-Mère
- Équipe de quartier du secteur Shawinigan

Il s'agit donc d'une organisation d'envergure où œuvrent 2 475 employés, ce qui en fait l'un des plus gros employeurs en Mauricie - Centre-du-Québec. L'organisation gère un budget de 183 000 000 \$ annuellement.

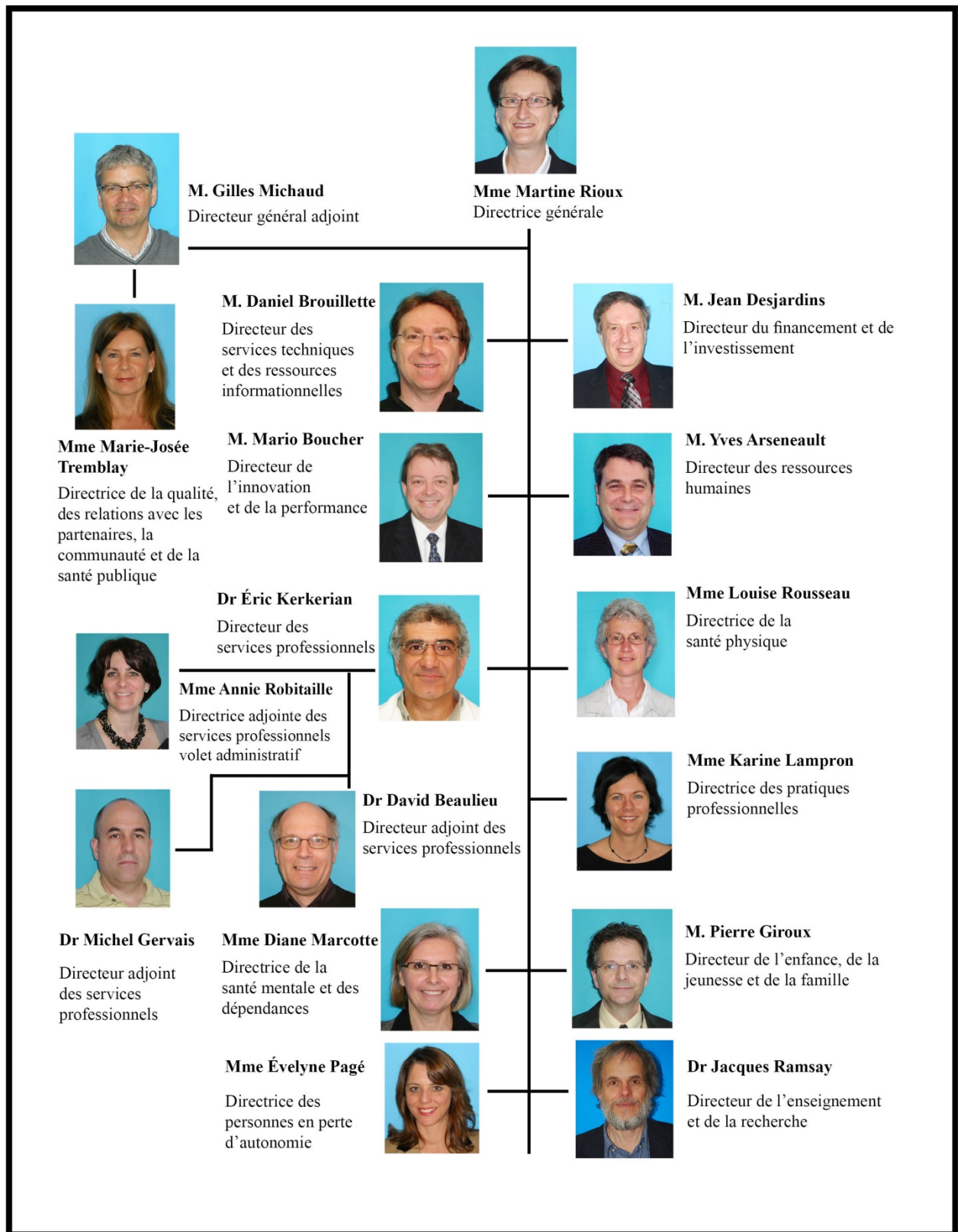
Capacités et nombre de lits dressés

- **Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)**
 - o Hébergement longue durée : 319
 - o Unité de courte durée gériatrique : 29
 - o Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle : 15
- **Santé mentale**
 - o Longue durée : 45
 - o Courte durée : 24
 - o Médico-légal : 15
- **Santé physique**
 - o Soins intensifs : 8
 - o Courte durée : 129
- **Ressources intermédiaires**
 - o PALV : 171
 - o Santé mentale : 233 (44 pour le Centre-de-la-Mauricie)
 - o Hébergement temporaire : 5
 - o Unité de réadaptation fonctionnelle : 15
- **Ressources de type familial**
 - o PALV : 18
 - o Santé mentale : 410 (119 pour le Centre-de-la-Mauricie)

3.3 Organigramme



3.4 Équipe de direction



4. BILAN DES ENGAGEMENTS ORGANISATIONNELS 2014-2015

Bien que le développement de la première ligne demeure toujours une préoccupation constante pour l'actualisation de sa mission, la nouvelle vision de l'organisation est davantage centrée vers la performance, la qualité, la recherche des meilleures pratiques, le leadership ainsi que la recherche de l'excellence.

Cette vision de même que les données issues de notre portrait sociosanitaire sont venues guider nos dirigeants dans l'élaboration d'un plan d'organisation et d'une planification stratégique.

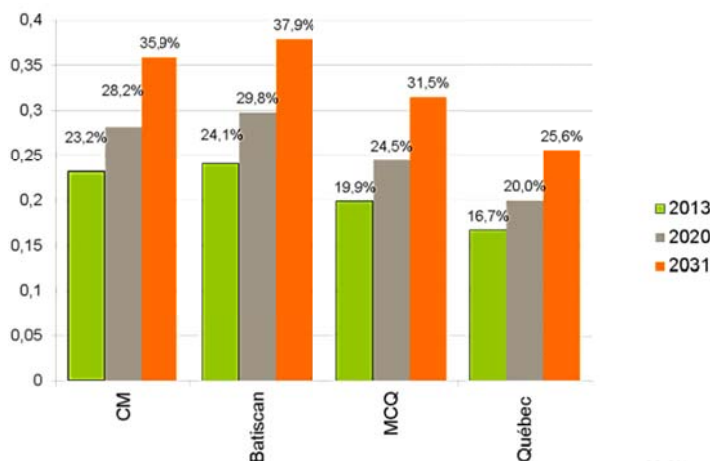
4.1 Données populationnelles

Une population en faible croissance

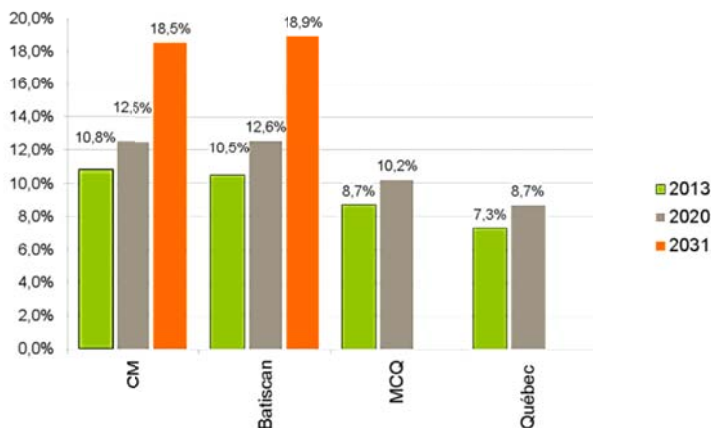
Le vieillissement de la population de notre territoire est marqué et inéluctable. Notre communauté est actuellement une des plus âgées au Québec et cette situation ne fera qu'augmenter au cours des prochaines années. D'ici 10 ans, près de la moitié de la population sera âgée de plus de 65 ans sur le territoire desservi par le CSSS de l'Énergie.

De plus, le territoire du Centre-de-la-Mauricie n'a pas présenté d'accroissement significatif de sa population au cours des dernières années. Ainsi, d'ici 2020, la population du territoire aura augmenté de 1 %, tandis que celle de la région croîtra de 2,7 % et celle du Québec de 4,4%.

Pour les 65 ans et plus

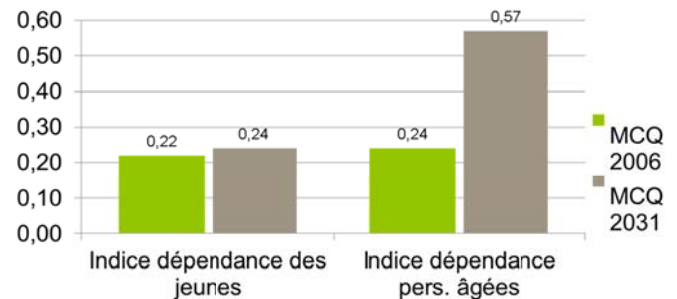
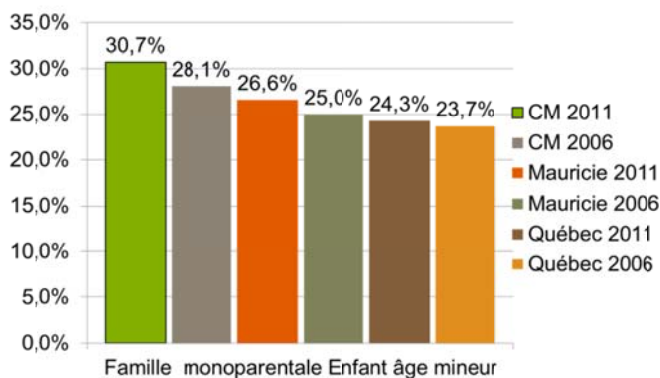
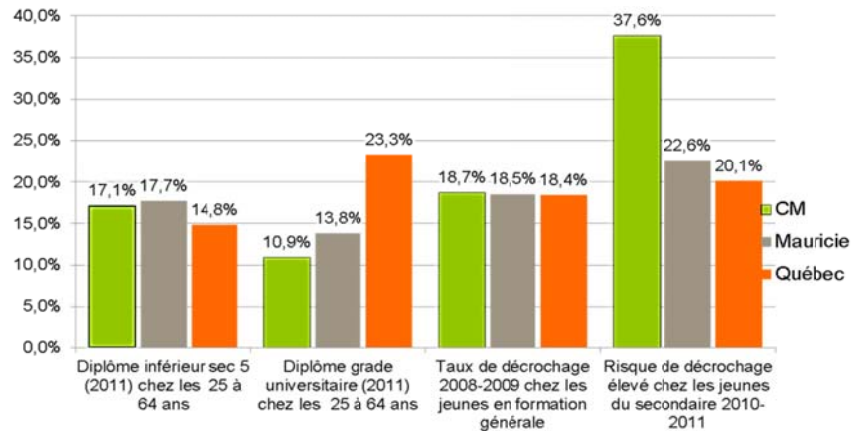


Pour les 75 ans et plus



Un tissu social affaibli

Quelques données socioéconomiques supplémentaires qui nous permettent de constater la difficulté d'une partie de la population active (15-65 ans) à prendre en charge ou à accompagner la population vulnérable.



De plus, le territoire présente un taux de signalement à la Direction de la protection de la jeunesse important par rapport à la région.

Mortalité

Les principales causes de mortalité sont :

- l'ensemble des tumeurs malignes (taux : 242,1),
- les maladies de l'appareil circulatoire (taux : 175,6),
- les maladies de l'appareil respiratoire (taux : 70,6).

Taux mortalité/cancer : Centre-de-la-Mauricie = 549,4
Mauricie = 525,8
Québec = 531,4

Hospitalisation

Dans des proportions similaires pour le territoire, la région et la province, les principales causes d'hospitalisation de 2003 à 2006 sont :

- maladies de l'appareil circulatoire : 22,1 %,
- maladies de l'appareil respiratoire : 12,1 %,

- maladies de l'appareil digestif : 11,8 %,
- symptômes mal définis : 9,2 % (supérieur à la moyenne régionale et provinciale),
- problèmes de santé mentale : 9 %.

Santé mentale chez les jeunes et chez les adultes

Bien qu'actuellement aucune étude ne permette de le documenter, tout indique, selon les données et observations de nos intervenants (médecins et autres professionnels), celles des organismes communautaires et de plusieurs autres partenaires du territoire (Sûreté du Québec, Ville de Shawinigan, Commission scolaire...) que les problématiques de santé mentale sont de plus en plus présentes sur notre territoire. Cette situation demande des interventions adaptées et concertées requérant l'expertise ou encore les ressources de chacun.

La santé mentale chez les jeunes

- La détresse psychologique est en hausse chez les jeunes.
- Les idées suicidaires chez les jeunes sont élevées.
- Les troubles les plus fréquents des étudiants sont les troubles anxieux et de l'humeur.
- En 2007, dans notre territoire, 5 % des jeunes étaient des consommateurs problématiques et 8 % étaient des consommateurs problématiques en émergence.

La santé mentale chez les jeunes et chez les adultes

- Les troubles mentaux représenteront 15 % des maladies conduisant à une invalidité d'ici 2020.
- La dépression est la maladie mentale la plus fréquente et le principal facteur dans les comportements suicidaires.
- La Mauricie - Centre-du-Québec (MCQ) est la 5^e région où le taux de suicide est le plus élevé.

Infections transmises sexuellement et par le sang

La chlamydie génitale est à surveiller en MCQ :

- plus de 399 cas en 1999 et 974 en 2007,
- augmentation de 25 % annuellement entre 2005 et 2009,
- les femmes de 15 à 24 ans sont les plus touchées,
- croissance la plus marquée chez les 15 à 19 ans.

Un accroissement des maladies chroniques

Au Québec, on observe un accroissement de la prévalence des maladies chroniques, entre autres :

- une augmentation de la prévalence de **l'hypertension artérielle**. La proportion de personnes touchées passe de 22 % chez les 45 à 64 ans à 46 % chez les 65 ans et plus.
- selon l'Organisation mondiale de la santé, sans prévention, la prévalence du **diabète** aura doublé d'ici 2025.
- on estime que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (**MPOC**) seront la troisième cause de mortalité d'ici 2020.
- les maladies cardiovasculaires représentent la principale cause d'hospitalisation et nécessitent plus que les autres maladies l'intervention en spécialité.

Cette tendance, observée pour l'ensemble du Québec, est amplifiée pour notre territoire en fonction de la forte proportion de personnes âgées puisque le risque de développer des maladies chroniques augmente avec l'âge.

4.2 Bilan des objectifs organisationnels 2013-2014

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie a complété le bilan de l'actualisation de sa planification stratégique 2012-2015. C'est à partir des enjeux auxquels il est confronté sur son territoire que des orientations ont été définies. Toutes les équipes de l'organisation ont été mises à contribution afin d'actualiser les actions qui avaient été identifiées. De plus, plusieurs partenaires ont collaboré avec nous pour assumer ensemble notre responsabilité populationnelle. Plusieurs histoires à succès se dégagent des résultats obtenus, au bénéfice de notre clientèle et de notre population. Le CSSS de l'Énergie est fier des résultats obtenus.

ENJEU 1 : L'INCAPACITÉ ET LA PERTE D'AUTONOMIE D'UN NOMBRE CROISSANT DE PERSONNES ÂGÉES								
No indicateur	Description indicateur	Cible 2015	Point de départ	Résultat 12-13	Résultat 13-14	Résultat 14-15	Clignotant	Tendance
AXE 1 L'intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans les actions du continuum de services.								
Ind. - OB - 1	Le nombre d'activités de promotion d'un mode de vie physiquement actif.	Augmenter	À déterminer	8	10	13	😊	↗
Ind. - OB - 2	Taux d'usagers ayant un ISO-SMAF de 5 et plus bénéficiant d'un gestionnaire de cas.	100 %	17 %	33 %	93 %	100 %	😊	↗
Ind. - OB - 3	Taux des gestionnaires de cas qui réalisent des interventions préventives.	100 %	0 %	10 %	56 %	100 %	😊	↗
Ind. - OB - 4	Taux de la clientèle de 60 ans et plus dépistée à partir de l'outil PRISMA-7.	80 %	0 %	100 %	100 %	100 %	😊	→
AXE 2 L'harmonisation, la hiérarchisation, l'intégration et l'adaptation des services en fonction des besoins des personnes âgées.								
Ind. - OB - 1	Taux du RSIPA implanté.	70 %	68,5 %	71,36 %	73,36 %	76,14 %	😊	↗
Ind. - OB - 2	Taux de clientèle ciblée ayant fait l'objet d'une évaluation de soins.	100 %	À déterminer	-	99,1 %	99,1 %	😊	→
Ind. - OB - 3	Taux de déclaration de l'hébergement à l'hospitalisation.	< 5 %	8,20 %	8,11 %	7,48 %	5,45 %	😊	↘
Ind. - OB - 4	Taux de réalisation du plan d'action "Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier".	100 %	0 %	35 %	70 %	100 %	😊	↗
AXE 3 La diversification, l'habilitation des milieux de vie pour les personnes âgées à risque ou en perte d'autonomie.								
Ind. - OB - 1	Le taux d'augmentation des heures de services aux soins à domicile.	10 %	58 124 hrs	25,6 % 72 220 hrs	30,1 % 85 014 hrs	40,5 % 114 360 hrs	😊	↗
Ind. - OB - 2A	Le ratio des personnes âgées en hébergement.	2,5 %	2,7 %	2,7 %	2,7 %	2,5 %	😊	↘
Ind. - OB - 2B	Le ratio des personnes âgées en RNI.	0,9 %	1,0 %	0,9 %	1,1 %	1,2 %	😊	↗
Ind. - OB - 3 A	Taux des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée qui sont conformes aux normes.	100 %	93 %	100 %	100 %	100 %	😊	→
Ind. - OB - 3B	Taux des milieux de vie en RNI qui sont conformes aux normes.	100 %	95 %	95 %	95 %	100 %	😊	↗

Bilan 2014-2015

Légende :				
Vert	Cible atteinte	41	78,85%	
Jaune	Cible presque atteinte	5	9,62%	
Rouge	Cible non atteinte	2	7,69%	
Bleu	Cible à documenter	4	7,69%	
		52	104%	

ENJEU 2 : LE NOMBRE CROISSANT DE PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES								
No indicateur	Description indicateur	Cible 2015	Point de départ	Résultat 12-13	Résultat 13-14	Résultat 14-15	Clignotant	Tendance
AXE 1 La promotion des saines habitudes de vie.								
Ind. - OB- 1	Taux des directions qui réalisent des interventions brèves en saines habitudes de vie.	100 %	0 %	25 %	75 %	100 %	😊	↗
Ind. - OB 2	Taux de réalisation des saines habitudes de vie prévues au plan d'action.	100 %	70 %	85 %	90 %	100 %	😊	↗
Ind. - OB - 3	Le nombre d'entreprises ayant amorcé leur plan d'action en saines habitudes de vie.	4	2	4	5	100 % (5)	😊	↗
AXE 2 Le développement et la consolidation des pratiques cliniques préventives (PCP) soit l'alimentation, le tabac, l'activité physique et l'alcool.								
Ind. - OB - 1	Taux d'intervenants ciblés qui réalisent les quatre PCP.	100 %	0 %	81 %	90 %	90 %	😊	↗
Ind. - OB - 2	Taux d'intervenants qui réalisent les PCP conformément aux normes reconnues.	100 %	0 %	-	86 %	83 %	😊	↗
AXE 3 La gestion intégrée et hiérarchisée des maladies chroniques.								
Ind. - OB - 1	Taux des composantes de continuum de services en maladie chronique qui sont implantés.	100 %	0 %	-	25 %	100 %	😊	↗
Ind. - OB - 2	Taux de services professionnels qui sont requis dans le continuum des maladies chroniques.	100 %	0 %	-	25 %	100 %	😊	↗

ENJEU 3 : LE MANQUE D'ACCESSIBILITÉ								
No indicateur	Description indicateur	Cible 2015	Point de départ	Résultat 12-13	Résultat 13-14	Résultat 14-15	Clignotant	Tendance
AXE 1 L'accès aux services médicaux généraux.								
Ind. - OB - 1	Taux de la population ayant un médecin de famille.	75 - 80 %	75 - 80 %	81 %	82 %	82 %	😊	↗
Ind. - OB - 2	Taux d'augmentation des services médicaux sans rendez-vous.	50 % 26,25 hrs	17,5 hrs	42,8 % 25 hrs	42,8 % 25 hrs	63,4 % 37 hrs	😊	↗
AXE 2 L'accès aux services de santé mentale.								
Ind. - OB- 1	Taux des usagers ayant reçu un premier service dans un délai de 30 jours ou moins.	100 %	À déterminer	46,4 %	56 %	43 %	😞	↘
Ind. - OB - 2	Le pourcentage de réduction du délai d'attente pour l'accès aux services psychosociaux dédiés aux adultes.	50 %	13 mois	14 mois 0 %	14 mois 0 %	4,2 mois 51 %	😊	↘
Ind. - OB - 3	Taux de médecins de famille ayant accès à un psychiatre répondant.	100 %	0 %	100 %	100 %	100 %	😊	→
Ind. - OB - 4	Taux des usagers référés formellement vers le guichet d'accès pour la clientèle orpheline.	100 %	0 %	100 %	100 %	100 %	😊	→

ENJEU 4 : LA PRÉCARITÉ DES CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET L'EFFRITEMENT DU TISSU SOCIAL								
No indicateur	Description indicateur	Cible 2015	Point de départ	Résultat 12-13	Résultat 13-14	Résultat 14-15	Clignotant	Tendance
AXE 1 La contribution du CSSS de l'Énergie à l'amélioration des conditions de vie, en collaboration avec les partenaires intersectoriels.								
Ind. - OB- 1	Le nombre d'actions stratégiques réalisées au regard des déterminants sociaux de la santé.	0	À déterminer	-	0	100 % (1)	😊	↗
Ind. - OB - 2	Taux des intervenants qui appliquent les meilleures pratiques en action intersectorielle.	80 %	0 %	0 %	0 %	100 %	😊	↗
AXE 2 Le développement de communautés en santé.								
Ind. - OB - 1	Nombre de communautés locales accompagnées.	2	0	1	2	100 % (2)	😊	↗
Ind. - OB - 2	Taux des intervenants qui appliquent les meilleures pratiques en développement des communautés.	80 %	0 %	0 %	0 %	100 %	😊	↗
AXE 3 Le développement d'activités préventives dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance.								
Ind. - OB - 1	Le nombre de nouvelles activités de promotion de l'allaitement développées.	2	0	2	3	100 % (3)	😊	→
Ind. - OB - 2	Taux des intervenants qui adoptent les meilleures pratiques pour l'allaitement.	100 %	60 %	33 %	71 %	66 %	😊	↗
Ind. - OB - 3	Taux des intervenants qui adoptent les meilleures pratiques pour l'attachement.	100 %	0 %	75 %	100 %	100 %	😊	↗
Ind. - OB - 4	Le nombre d'activités de stimulation.	Augmenter	11	37	42	31	😊	↗

ENJEU 5 : LA DISPONIBILITÉ, LA RÉTENTION, LA COMPÉTENCE ET LA SATISFACTION AU TRAVAIL DES RESSOURCES HUMAINES								
No indicateur	Description indicateur	Cible 2015	Point de départ	Résultat 12-13	Résultat 13-14	Résultat 14-15	Clignotant	Tendance
AXE 1 Les conditions de travail.								
Ind. - OB - 1	Taux de structures de postes des activités cliniques correspondant aux normes.	100 %	0 %	7 %	62 %	80 %	☹	↗
Ind. - OB - 2	Taux de secteurs d'activités cliniques qui disposent d'équipes volantes dédiées.	100 %	0 %	10 %	10 %	100 %	☺	↗
Ind. - OB - 3	Taux de présence au travail.	74,16 %	73,16 %	72,93 %	72,53 %	74,7 %	☺	↗
AXE 2 La mobilisation.								
Ind. - OB - 1A	Taux des nouveaux employés qui ont bénéficié d'un programme d'accueil.	90 %	À déterminer	90 %	90 %	100 %	☺	↗
Ind. - OB - 1B	Taux d'employés à mobilité interne qui ont bénéficié d'un programme d'accueil.	0 %	0 %	-	100 %	100 %	☺	→
Ind. - OB - 2A	Taux de nouveaux employés profitant d'un programme de soutien.	90 %	0 %	7 %	47 %	83 %	☹	↗
Ind. - OB - 2B	Taux d'employés à mobilité interne profitant d'un programme de soutien.	90 %	À déterminer	-	50 %	88 %	☹	↗
Ind. - OB - 3	Taux d'employés ayant une appréciation de leur contribution réalisée.	100 %	15 %	54,6 %	71,4 %	100 %	☺	↗
Ind. - OB - 4A	Taux des gestionnaires ayant tenu trois rencontres avec leurs équipes.	100 %	73 %	96 %	100 %	100 %	☺	→
Ind. - OB - 4B	Taux des directions cliniques qui tiennent au moins deux rencontres avec les médecins.	80 %	À déterminer	-	100 %	100 %	☺	→

ENJEU 6 : L'INTÉGRATION D'UNE VISION DE LA PERFORMANCE ET L'ENGAGEMENT À SON ACTUALISATION								
No indicateur	Description indicateur	Cible 2015	Point de départ	Résultat 12-13	Résultat 13-14	Résultat 14-15	Clignotant	Tendance
AXE 1 Les pratiques cliniques.								
Ind. - OB -1	Taux des directions qui ont mis en place des approches collaboratives.	50 %	À déterminer	-	50 %	50 %	😊	➔
Ind. - OB -2	Taux des directions qui ont mis en place des mécanismes de gestion de la qualité et sécurité.	100 %	27 %	73 %	100 %	100 %	😊	➔
AXE 2 Les pratiques administratives.								
Ind. - OB -1	Taux des directions assurant le suivi de leurs indicateurs de performance.	100 %	10 %	25 %	100 %	100 %	😊	➔
Ind. - OB -2	Taux des directions qui assurent la gestion des risques.	100 %	72 %	85 %	100 %	100 %	😊	➔
Ind. - OB -3A	Taux des gestionnaires et des médecins ayant bénéficié du programme d'accueil.	100 %	70 %	90 %	100 %	100 %	😊	➔
Ind. - OB -3B	Taux des gestionnaires et des médecins ayant un programme de développement.	100 %	15 %	15 %	15 %	85 %	😐	↗
Ind. - OB -4	Taux de degré de conformité au plan d'organisation adopté par le conseil d'administration.	100 %	0 %	90 %	100 %	100 %	😊	➔
Ind. - OB -5	Taux des directions qui ont intégré des pratiques de gestion des composantes de développement durable.	100 %	À déterminer	-	10 %	100 %	😊	↗

5. RÉSULTATS RELATIFS À L'AGRÉMENT

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie obtient la certification d'Agrément Canada avec un taux de conformité aux critères de 94 %

Suite à la visite d'agrément, du 7 au 11 avril 2014, notre personnel ainsi que l'équipe médicale du CSSS de l'Énergie ont fort bien répondu aux attentes d'Agrément Canada.

Un aperçu des résultats selon les dimensions de la qualité

Par dimensions de la qualité, nous entendons l'accent sur la population, l'accessibilité, la sécurité, le milieu de travail, les services centrés sur le client, la continuité des services, l'efficacité et enfin, l'efficience. Sur un total de 3 132 critères ciblés, 94 % d'entre eux sont en conformité alors que 6 % sont non-conformes. L'équipe d'Agrément Canada a tenu à souligner que les critères non-conformes sont souvent des aspects en phase de développement.

Les exigences requises pour apporter les corrections nécessaires à rendre ces critères conformes devaient être présentées le 11 septembre 2014. Suite à l'examen des preuves soumises, le comité d'approbation nous confirmait que le CSSS de l'Énergie avait respecté les exigences et il nous félicitait pour cette réalisation qui démontre l'engagement et la détermination dont nous faisons preuve à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

Nos points forts

- La gouvernance : le conseil d'administration est constitué de membres dédiés à l'établissement. Ils sont présents, actifs et leur intérêt est manifeste.
- Les activités reconnaissance.
- En matière de culture de la mesure en émergence, on constate que l'on s'assure de mesurer les résultats afin de s'améliorer en termes de qualité et de sécurité des soins et des services.
- Les partenariats : le CSSS est très présent dans la communauté, il voit à ses personnes âgées et à sa jeunesse. La population est souvent impliquée.
- Un personnel dévoué, engagé, investi.
- Le bénévolat.
- Le continuum de soins dans les secteurs cliniques.
- La préoccupation clientèle du personnel.
- Etc.

Vingt-huit ensembles de normes ont fait l'objet d'un regard approfondi. Parmi ces normes, nommons celles sur la gouvernance, le leadership, la gestion des médicaments, celles relatives à la salle d'opération, aux normes touchant la prévention des infections, les banques de sang, les populations mère-enfant, celles vivant avec une maladie mentale ainsi que les normes en lien avec différents services (imagerie diagnostique, chirurgie, laboratoires biomédicaux, médecine, santé communautaire, santé mentale communautaire et soutien offert aux clients, soins de longue durée, urgences, soins ambulatoires et soins et services à domicile). Un merci sincère à tous nos employés, gestionnaires et médecins. Vous pouvez en être fiers!

6. RÉSULTATS RELATIFS À LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

6.1 *Déclaration des incidents/accidents*

Pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, nous avons eu un total 5 271 rapports de déclaration d'incident ou d'accident, comparativement à 4 907 pour la même période l'an dernier. Ce nombre correspond à une hausse de 7,4 %. Les types d'événements pour lesquels nous avons noté une baisse sont les bris matériels, les types d'événements « autres » ainsi que les agressions. On note également une baisse considérable de 172 erreurs de médicaments. Toutefois, cette baisse ne reflète pas la réalité. Depuis le 1^{er} avril 2014, le ministère nous oblige à utiliser la base de données des produits pharmaceutiques de Santé Canada. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de trouver le médicament pour différentes raisons (banque unilingue anglophone, médicament non inscrit, incapacité d'inscrire les médicaments maison, etc.) et lorsqu'aucun médicament n'est inscrit dans GESRISK, il nous est alors impossible de fermer notre rapport. Afin de régler la problématique, il a été décidé de les inscrire dans la section « Traitement ». Par conséquent, comme ces données se retrouvent dans la mauvaise section, cela fausse nos statistiques. Une solution nous sera proposée par le ministère au 1^{er} avril 2015. En ce qui concerne les chutes, nous avons eu une augmentation de 201 rapports de déclarations. En hébergement, on constate une légère augmentation de 31 chutes. Pour le Centre régional de santé mentale et l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie, le nombre est demeuré constant. L'augmentation du nombre de chutes provient principalement du secteur des ressources non institutionnelles (RNI) avec 167 chutes de plus que l'an dernier. Il est toutefois important de mentionner que, au total, les responsables ont déclaré 1 035 événements comparativement à 700 en 2013-2014, ce qui correspond à une hausse de 335 rapports. Notre travail de sensibilisation auprès des RNI a donné les résultats attendus avec une augmentation de 47,9 %.

Dans un objectif de diffusion de l'information, les rapports statistiques sont produits périodiquement en plus des rapports trimestriels et annuels. Suite à la production des rapports, un message est acheminé à chacune des directions pour diffusion aux membres de leur personnel. Ces rapports sont également présentés aux membres du comité de vigilance et de la qualité, accompagnés des mesures de prévention mises en place visant à réduire la récurrence à la suite de l'analyse des événements. Ils sont, par la suite, transmis au conseil d'administration.

Au cours de la dernière année, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie a participé à l'élaboration d'un guide régional d'application sur les événements de type « autres ». L'objectif recherché est de permettre d'obtenir des données régionales plus uniformes et d'harmoniser les pratiques de déclarations des événements indésirables. Cet aide-mémoire sur les erreurs s'ajoute à ceux qui ont été produits sur les chutes et les médicaments.

6.2 *Application des mesures de contrôle des usagers*

6.2.1 Programme-cadre de réduction des mesures de contrôle

De manière cohérente et liée aux orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle, voici le bilan annuel 2014-2015 du programme-cadre de réduction des mesures de contrôle du CSSS de l'Énergie.

Cette année, des efforts supplémentaires ont été mis en place pour réduire non seulement l'utilisation des mesures de contrôle (contention et isolement) lors de la prestation de soins, mais pour réduire l'utilisation inappropriée de surveillances constantes dans le cadre d'un projet financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'unité de médecine de l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM). Des objectifs ont été déterminés en fonction des lignes directrices et des priorités d'action ciblées dans les différentes directions cliniques concernées en collaboration avec leur comité opérationnel.

Nous avons offert le support nécessaire aux deux comités opérationnels et aux gestionnaires afin de favoriser leur implication puis d'améliorer l'application des différents outils pour la prise de décision. Plus spécifiquement, voici les objectifs que nous avons poursuivis :

- Réduction du nombre d'heures de surveillances constantes dans l'ensemble des directions cliniques;
- Amélioration de l'approche interdisciplinaire lors de l'application des mesures de contrôle;
- Implication accrue de l'utilisateur et de sa famille pour la réduction des mesures de contrôle.

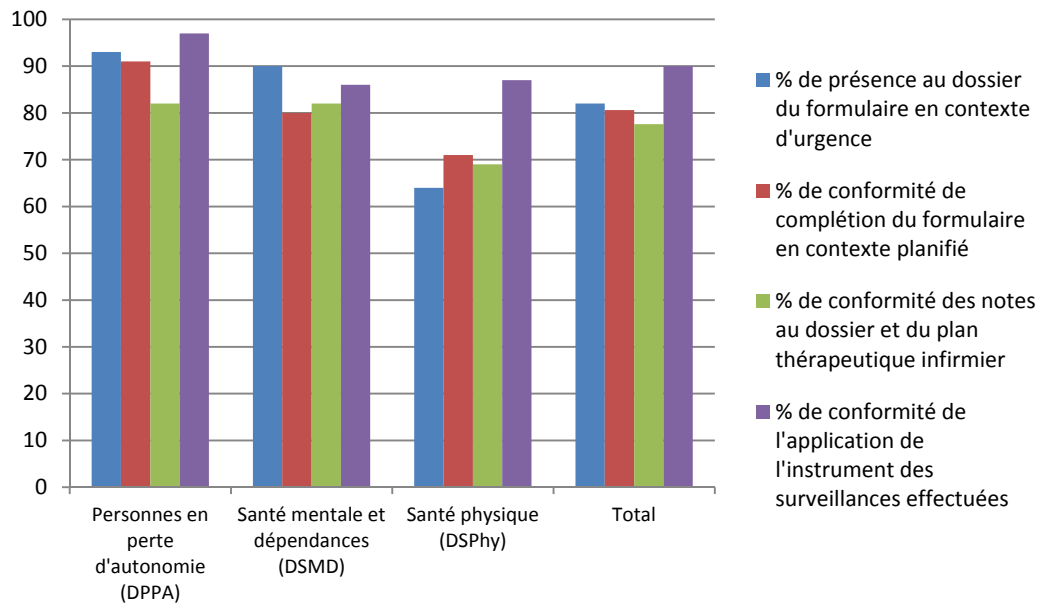
Activités associées aux objectifs

- Projet d'utilisation optimale et sécuritaire des surveillances constantes à l'unité de médecine du CSSS de l'Énergie.
 - o Intégration du partenariat aux différentes étapes du projet;
 - o Implantation d'un projet pilote à l'unité de médecine sur l'utilisation des surveillances constantes au CSSS de l'Énergie;
 - o Diffusion des résultats du projet au comité de direction, au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration et à la Direction de la santé physique (trois rencontres);
 - o Élaboration d'une cartographie et révision des processus de l'utilisation des surveillances constantes;
 - o Élaboration d'une cartographie et révision des processus d'admission et de transfert pour la clientèle à risque de délirium en provenance de l'urgence pour l'ensemble des unités du HCM;
 - o Élaboration d'une politique et d'une procédure sur l'utilisation sécuritaire des surveillances constantes au CSSS de l'Énergie;
 - o Intégration de bénévoles à l'unité de médecine;
 - o Élaboration du guide pratique pour les proches aidants;
 - o Intégration de la responsable du projet et de la chef de programme aux rencontres interdisciplinaires;
 - o Dispensation d'une vignette clinique avec un patient ressource sur l'approche interdisciplinaire et le partenariat lors de l'application des mesures de contrôle (participation de huit intervenants).

▪ Audit sur les mesures de contrôle

Voici la présentation des résultats de l'audit réalisé relativement au programme-cadre de réduction des mesures de contrôle. Cet audit a permis d'apprécier le travail des équipes dans l'application sécuritaire et conforme des mesures de contrôle, dans les directions où le programme-cadre s'applique.

Tableau récapitulatif de la conformité des documents des mesures de contrôle : audits 2014-2015



▪ Les bons coups

Pour l'ensemble de la Direction de la santé physique (DSPhy), on note une amélioration de 35 % de conformité de complétion du formulaire en contexte planifié. On remarque également une amélioration de 30 % de la conformité des notes au dossier et du plan thérapeutique infirmier en lien avec l'application des mesures de contrôle. Les formulaires en contexte d'urgence et les notes consultées à l'unité de médecine étaient conformes à 100 %.

Tous les formulaires de processus décisionnel des unités de vie 1 et 3 du Centre d'hébergement Laflèche étaient complétés selon la norme. Pour l'ensemble de la Direction des personnes en perte d'autonomie (DPPA) et de la Direction de la santé mentale et des dépendances (DSMD), les formulaires en contexte d'urgence étaient respectivement complétés, selon la norme, à 93 % et 90 %. De plus, pour la DPPA, l'application de l'instrument des surveillances effectuées est complétée de manière conforme à 97 %.

- Pistes d'amélioration

Les chiffres démontrent que le formulaire en contexte d'urgence n'est pas utilisé en chirurgie et qu'il est utilisé dans seulement 33 % des cas à l'urgence. Cela explique le recul de 9 % de conformité de l'utilisation du formulaire dans l'ensemble de la DSPHy. Pour la DSMD, on remarque un recul de 8 % de l'utilisation conforme du formulaire en contexte planifié. Aucun formulaire ne contenait le consentement libre et éclairé à l'unité médico-légale et à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG).

6.2.2 Programme-cadre de réduction des chutes et d'interventions à la suite d'une chute

Les chutes représentent en général les incidents et accidents les plus fréquemment déclarés dans nos établissements de santé. Au cours de l'année 2014-2015, pas moins de 2 397 chutes ont été déclarées. La détection des facteurs de risques et un programme de prévention des chutes sont reconnus comme des moyens efficaces pour réduire les chutes et diminuer leurs conséquences.

Le présent programme est complémentaire au programme-cadre de réduction des mesures de contrôle. Les activités de formation mises en place sont donc les mêmes pour les deux programmes. De plus, notons que la mise en place d'un tel programme est en conformité avec les normes d'agrément et tous les secteurs ciblés ont uni leurs efforts afin de rencontrer les normes prescrites pour le mieux-être de notre clientèle.

Objectifs 2014-2015

Nous avons comme objectif général de poursuivre ce programme afin de développer une culture de sécurité et de prévention des chutes. De façon plus spécifique :

- Réviser le programme-cadre de prévention des chutes et interventions à la suite d'une chute;
- Offrir la formation sur les mesures alternatives à la contention (moniteur de mobilité) à l'ensemble du personnel de soins et de réadaptation qui œuvre sur les unités de soins et d'hébergement;
- Intégrer l'usager et sa famille dans l'approche interdisciplinaire pour la prévention des chutes.

Activités associées aux objectifs

- Révision du programme-cadre de prévention des chutes et interventions à la suite d'une chute puis adoption par le conseil d'administration en février 2015;
- Formation sur l'utilisation sécuritaire des moniteurs de mobilité offerte à l'ensemble du personnel du CSSS de l'Énergie;

- Réalisation de cartables pour l'utilisation sécuritaire des moniteurs de mobilité (des marches à suivre de type pas à pas) disposés dans toutes les unités du CSSS de l'Énergie;
- Support aux différents comités opérationnels (multidisciplinaires) :
 - o DSMD : tenue de deux rencontres;
 - o DPPA : tenue de trois rencontres;
- Présentation des résultats des audits et de suivis des statistiques périodiques (périodes 5, 7, 11 et 13) au conseil exécutif des infirmières et infirmiers, au comité d'amélioration continue de la qualité et au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration;
- Réalisation d'audits et présentation des résultats des différents audits aux comités opérationnels de la DSMD et de la DPPA;
- Diffusion des audits aux gestionnaires des différentes directions cliniques;
- Participation et diffusion d'information lors de la rencontre des familles en hébergement, remise d'un dépliant pour l'achat de souliers sécuritaires et conseils pour la prévention des chutes (deux rencontres);
- Production d'un *Guide pratique pour proches aidants : accompagner une personne âgée à l'hôpital*. Ce petit guide contient de l'information sur l'achat avisé de souliers de marche sécuritaires et sera disponible en première ligne.

Formation

- Formation sur la prévention des chutes (en concomitance avec celle sur les mesures de contrôle) offerte aux infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, externes en soins infirmiers et candidate à l'exercice de la profession d'infirmière dans les secteurs de courte et de longue durée;
- Formation sur l'utilisation sécuritaire des moniteurs de mobilité offerte à l'ensemble du personnel du CSSS de l'Énergie.

Indicateurs de résultats dans les directions cliniques concernées

Un rapport périodique (périodes 5, 7, 11 et 13) est fait par les gestionnaires et acheminé à leur directeur, à la directrice des pratiques professionnelles ainsi qu'à la directrice de la qualité, des relations avec les partenaires et la communauté ainsi que de la santé publique puis présenté au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration. Celui-ci porte sur les indicateurs suivants :

- Le nombre de chutes;
- Le nombre de chutes avec conséquences;
- Les principales causes identifiées;
- Les recommandations et mesures correctives apportées.

Indicateurs de résultats au 31 mars 2015

	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	Réadaptation UCDG-URG	Santé mentale (excluant RNI)	Soins intensifs, Soins médicaux et chirurgicaux (3 ^e , 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e étages)
Nombre de chutes	2013 : 1470 2014 : 1371 2015 : 1387	2013 : 67 2014 : 107 2015 : 127	2013 : 177 2014 : 234 2015 : 78	2013 : 196 2014 : 249 2015 : 217
Chutes sans conséquence (%)	2015 : 91,3 %	2015 : 81 %	2015 : 90,4 %	2015 : 91,2 %
Chutes avec conséquences mineures* connues (%)	2015 : 7 %	2015 : 13 %	2015 : 7,6 %	2015 : 6 %
Chutes avec conséquences majeures** connues (%)	2013 : 1,2 % 2014 : 1,6 % 2015 : 1,0 %	2013 : 4,5 % 2014 : 1,8 % 2015 : 4 %	2013 : N/D 2014 : N/D 2015 : 2 %	2013 : 4,5 % 2014 : 1,2 % 2015 : 1,8 %
Chutes avec conséquences de nature indéterminée (%)	2013 : 14 % 2014 : 0,1 % 2015 : 0,7 %	2013 : 9 % 2014 : 0,9 % 2015 : 2 %	2013 : 2,3 % 2014 : 0 % 2015 : 0 %	2013 : 1 % 2014 : 16 % 2015 : 1 %
Principales causes identifiées	- Faiblesses ou étourdissements, - Pertes d'équilibre, - Problèmes cognitifs/moteurs/auditifs ou visuels, - Glissements du fauteuil ou de la chaise.	- Problèmes moteurs/cognitifs/auditifs ou visuels, - Pertes d'équilibre.	- Pertes d'équilibre, - Glissements du fauteuil ou de la chaise, - Chutes en marchant.	- Pertes d'équilibre, - Faiblesses ou étourdissements en marchant, - Glissements du fauteuil ou de la chaise.

* *Conséquence mineure : nécessite une surveillance non spécialisée pour assurer qu'aucun préjudice n'a été causé (E1).*

** *Conséquence majeure : un préjudice temporaire ou permanent a été causé et requiert une intervention ou une surveillance spécialisée (E2 et plus). Nous avons modifié, au cours de l'année, les critères afin de mieux représenter la réalité.*

Les données concernant les ressources intermédiaires n'étaient pas disponibles au moment du rapport. Les causes de chute identifiées par les équipes demeurent les mêmes et sont principalement reliées à des facteurs intrinsèques à la personne tels que faiblesses, étourdissements, pertes d'équilibre, troubles moteurs et glissements du fauteuil ou de la chaise. Sauf pour l'unité de courte durée en gériatrie, le taux de chutes avec conséquences majeures est demeuré relativement stable, et ce, malgré une réduction importante de l'utilisation des surveillances constantes et plusieurs éclosions de décembre 2014 à février 2015. De plus, le nombre de chutes pour les unités 2 et 3 du Centre d'hébergement Lafleche est demeuré plus élevé qu'au Centre d'hébergement Joseph-Garceau. Le comité opérationnel des chutes et des mesures de contrôle consacre ses travaux à trouver les solutions à cette problématique directement reliée à la configuration des lieux physiques qui comportent de grands corridors. Les résultats de 40,5 % de dossiers évalués ou réévalués à la suite d'une chute notent une diminution de 26,5 % par rapport à l'an dernier.

Cette constatation sera transmise au comité opérationnel des chutes et des mesures de contrôle afin que les actions nécessaires soient entreprises.

6.2.3 Programme-cadre de prévention et contrôle des infections

Au cours de l'année 2014-2015, l'organisation a poursuivi ses activités selon le programme-cadre en prévention et contrôle des infections nosocomiales en vigueur dans l'établissement. Une situation instable au niveau des ressources humaines en prévention et contrôle des infections (PCI) a constitué un obstacle majeur dans l'élaboration et l'avancement de nouveaux projets occasionnant certains retards. Malgré cette situation, l'équipe de PCI s'est fait un devoir de satisfaire les exigences requises par le programme-cadre ainsi que celles d'Agrément Canada.

L'adaptation du fonctionnement de l'équipe en PCI à la structure de gouvernance a fait ses preuves encore cette année en répondant de manière optimale à la qualité et à la sécurité des soins et services dispensés à la clientèle du CSSS de l'Énergie. Le comité tactique de prévention et contrôle des infections s'est dynamisé davantage par l'apport de ses membres aux discussions.

En 2015-2016, le programme devra être révisé en fonction des orientations qui seront émises suite à la réorganisation des services de santé sur le territoire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec via la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.

Objectifs globaux 2014-2015

- Cibler les infections à surveiller selon le type d'installation ou la vocation du service et faire la surveillance de :

Volet centre d'hébergement et de soins de longue durée

- o Diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD);
- o Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV);
- o Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM);
- o Grippe causée par le virus de l'Influenza;
- o Gastro-entérite.

Volet courte durée

- o Diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD);
- o Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV);
- o Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM);
- o Bactériémies associées aux cathéters centraux aux soins intensifs;
- o Infections urinaires associées à un cathéter;
- o Grippe causée par le virus d'Influenza;
- o Gastro-entérite;
- o Bactériémies panhospitalières;
- o Bactériémies à staphylococcus aureus;
- o Infections de sites chirurgicaux (prothèses totales de hanche et de genou).

- Diffuser les résultats de surveillance et émettre des recommandations aux acteurs concernés,
- Mettre en action le plan de communication,
- Élaborer et réviser les documents d'encadrement,
- Tenir des rencontres du sous-comité de gestion des éclosions,
- Assurer la formation et l'éducation des usagers, du personnel et des médecins,
- Évaluer par des activités spécifiques.

Un audit sur l'hygiène des mains a été réalisé d'octobre 2014 à février 2015. L'audit a été effectué sur toutes les unités de l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM) suivant les recommandations de la Campagne canadienne sur l'hygiène des mains. Seuls les moments 1 et 4 ont été observés, soit avant d'entrer en contact avec un usager ou son environnement et après être entré en contact avec un usager ou son environnement. Les moments 2 et 3, soit avant une intervention aseptique et après un contact confirmé ou présumé avec un liquide biologique, n'ont pas été observés en raison du manque de ressources et de la difficulté ou du malaise à effectuer des observations dans l'intimité des usagers.

Taux de conformité à l'hygiène des mains

Les résultats des audits 2014-2015 démontrent une tendance stable comparativement à 2013-2014, avec un taux de conformité global de 24 % au moment 1 et de 37 % au moment 4. Plusieurs stratégies sont actuellement étudiées afin d'améliorer ces taux.

Surveillance du SARM

Le taux d'incidence relevé est de 12,4 cas par 10 000 jours-présence pour l'année 2014-2015. Une augmentation des acquisitions de SARM nosocomiales a été observée comparativement à l'année précédente où le taux était de 9,4, et ce, particulièrement en lien avec deux éclosions prolongées survenues au 7^e étage (gériatrie du HCM) aux périodes 3 et 4 puis 5 à 8 (causant respectivement cinq et dix cas). La gestion de ces éclosions était complexe, principalement à cause du nombre élevé d'usagers avec comportement d'errance. Une éclosion est également survenue au 5^e étage (chirurgie du HCM) aux périodes 7 à 9, occasionnant quatre cas. La transmission du SARM sur cette unité de soins s'est maintenue toute l'année pour un total de 19 cas, ce qui demeure inquiétant considérant la vocation de cette unité de soins. L'équipe de PCI travaille conjointement avec les gestionnaires des unités de soins concernées afin d'établir un plan d'action. L'âge et la durée moyenne de séjour étant particulièrement élevés, la proximité entre les intervenants et les usagers seraient un facteur hautement significatif dans la transmission d'infections.

Concernant la cohorte SARM de notre établissement, des travaux de signalisation seront effectués au cours de la prochaine année, suite à la recommandation du comité PCI.

L'infrastructure de la cohorte actuelle, qui est difficilement modulable aux besoins toujours variables, pose problème surtout lorsque le nombre d'utilisateurs en isolement pour un SARM est inférieur au nombre de lits disponibles.

Surveillance de l'ERV

Plusieurs éclosions d'ERV sont survenues au cours de l'année, dont les trois premières (périodes 7 à 9, successivement aux 5^e, 4^e et 7^e étages du HCM) sont reliées à l'hospitalisation d'un usager transféré de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont duquel le statut de porteur ERV n'avait pas été communiqué lors de la transmission du rapport. Cet usager a été en contact étroit, pendant plus d'une semaine, avec d'autres usagers dans la même chambre ou recevant des soins de la même équipe, et ce, sans précautions additionnelles. Le dépistage à l'admission était un faux négatif. Ce manque de communication a entraîné plusieurs conséquences, notamment l'encodage de plus de 250 cas-contact qui devront être dépistés et isolés lors d'une prochaine admission dans nos installations. Aucune infection n'a été répertoriée parmi les usagers colonisés.

Considérant les données de survie de l'ERV dans l'environnement, un travail doit être fait en ce qui concerne la désinfection des petits équipements de soins non-critiques partagés. Une procédure a d'ailleurs été adoptée en ce sens et une publication « Info-Noso » a été élaborée sur le sujet.

Surveillance du Clostridium difficile

Cette année, le taux d'incidence d'acquisition du C. difficile (DACD) est de 4,8 cas par 10 000 jours-présence comparativement à l'année dernière où le taux était de 4,1. Malgré le fait que nous ayons poursuivi le fonctionnement des années précédentes, c'est-à-dire l'isolement immédiat d'un usager symptomatique en chambre privée ainsi que l'instauration des désinfections (quotidiennes et au besoin) avec un produit chloré par l'équipe du service d'hygiène et salubrité, nous avons observé une hausse des cas de DACD nosocomiaux principalement au 6^e étage (unité de médecine interne). Cette unité de soins a produit 13 cas cette année par rapport à 3 cas en 2013-2014, soit 4,3 fois plus de cas. Par ailleurs, nos taux sont comparables avec ceux des autres établissements de la région et se maintiennent sous le seuil critique établi par la santé publique. Le taux moyen provincial pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de taille et de vocation comparable au nôtre (non-universitaire, ≥ 100 lits, 65 ans et plus $\geq 35\%$) sera disponible au début juin 2015. Ce taux est généralement plus élevé que le nôtre.

Nous croyons que l'augmentation de l'âge moyen de la clientèle et de la durée de séjour est en partie responsable de cette hausse, comme c'est le cas pour les autres bactéries multirésistantes. Également, l'utilisation inadéquate des antibiotiques a un grand rôle à jouer par rapport à cette problématique. Un comité de travail se penche actuellement sur le sujet. Dans l'intervalle, les tournées quotidiennes par les conseillères en PCI sur les différentes unités de soins et la communication efficace avec notre service d'hygiène et salubrité nous permettent d'intervenir et de contrôler immédiatement la propagation des micro-organismes dans l'environnement.

Autres programmes de surveillance

Programmes de surveillance obligatoires 2014-2015				
Nom du programme	Nombre d'infections	Taux / 10 000 jours-présence	Comparatif 2013-2014	Seuil maximal
Bactériémies ¹ autres	12*	1,8	1,2	Aucun seuil
BACC ²	0	0	0	≤ 4 / année
Bactériémie <i>staphylococcus aureus</i> et SARM	1	0,21	0	≤ 0,56 / 10 000 jours-présence
BACTOT³	13	2,7	1,2	≤ 4 BACC / année ≤ 0,56 Bactériémies SARM/ 10 000 jours-présence
Nouveaux ERV	12	2,5	1,2	Aucun seuil
DACD ⁴	23**	4,8	4,1	≤ 6,6 / 10 000 jours-présence

* Bactériémies autres :

- Sept reliées directement au cathéter veineux,
- Trois reliées au cathéter urinaire,
- Une reliée à une infection de site chirurgical,
- Une reliée à une pneumonie,
- Une reliée à une infection gastro-intestinale.

** DACD :

- 23 usagers hospitalisés,
- Deux usagers des services ambulatoires (non-comptabilisés dans le taux par 10 000 jours-présence).

6.2.4 Gestion sécuritaire des médicaments

Le programme-cadre sur la gestion sécuritaire des médicaments est l'assise des actions entreprises par le CSSS de l'Énergie visant à réduire les événements indésirables et les erreurs médicamenteuses dans un souci de gestion des risques et d'amélioration de la qualité des soins et des services. Au cours de l'année 2014-2015, le comité médico-pharmaco-nursing a travaillé à analyser les causes reliées aux constats de nombreuses erreurs dans l'administration des médicaments. À la suite de cette analyse, des pistes d'amélioration ont été ciblées afin d'améliorer les processus reliés à la gestion sécuritaire des médicaments et ainsi établir un plan d'action.

¹ Bactériémie : présence anormale de bactéries nuisibles dans le sang, occasionnant ou non des symptômes systémiques.

² Bactériémies associées aux cathéters centraux aux soins intensifs.

³ BACTOT = Bactériémies autres + BACC + Bactériémies à *staphylococcus aureus* et à SARM

⁴ Diarrhées associées au *Clostridium difficile*

Objectif général

Garantir la mise en place et faire la promotion d'un ensemble de stratégies visant à assurer la sécurité des usagers en ce qui concerne la gestion des médicaments.

Objectifs spécifiques

- Assurer un niveau de sécurité optimale chez la clientèle par l'amélioration continue des processus de soins et de services;
- Créer une culture de sécurité en sensibilisant chaque intervenant à l'impact des gestes posés en regard du circuit du médicament;
- Contribuer à l'éducation et à la formation du personnel, des usagers et de leur famille;
- Assurer un travail en concertation interdisciplinaire pour une saine gestion des médicaments;
- Diminuer ultimement l'incidence des erreurs de médicaments et des événements médicamenteux indésirables ainsi que les conséquences qui y sont attachées.

Résultats obtenus en fonction des cibles visées

- Bilan du comité médico-pharmaco-nursing

Le comité médico-pharmaco-nursing a travaillé à la révision des processus actuels de distribution et d'administration des médicaments afin de cibler des pistes d'amélioration pour une gestion sécuritaire des médicaments. Des journées d'observations (six) de même qu'un recueil d'informations supplémentaires reçu à l'occasion d'un comité qualité à la Direction de la santé physique ont permis de dresser un portrait des principaux processus qui doivent être améliorés. De plus, d'autres constats ont été faits permettant de diminuer les coûts et les pertes de temps associés à la gestion et la distribution des médicaments sur les unités de soins et augmenter la satisfaction du personnel.

Constats

- Problématiques dans la gestion de distribution et de retour des médicaments fournis par la pharmacie (contrôle des seringues de médicaments préparées par la pharmacie au réfrigérateur, distribution des médicaments (réguliers et STAT) fournis simultanément au monte-charge, gestion des médicaments en aérosols, etc.);
- Manque d'informations disponibles aux assistantes techniques en pharmacie nécessitant de nombreux appels auprès du personnel infirmier en cours de préparation de la médication;
- Diversité et complexité de gestion des protocoles de l'unité de chirurgie entraînant des omissions ou des erreurs de transcription des médicaments;

- Transcription des prescriptions sur la feuille d'administration des médicaments (FADM), outil non standardisé entre les intervenants;
- Transfert des FADM et des médicaments servis par la pharmacie entre les différents secteurs (pharmacie, urgence majeure, unité de soins, etc.);
- Difficulté d'accès à la FADM pour les intervenants (assistante du supérieur immédiat, médecins, etc.) en temps réel;
- Pertes occasionnelles d'une partie des prescriptions inscrites sur la FADM (pages manquantes) à cause de la disposition des documents qui diffèrent d'un quart de travail à l'autre;
- Difficulté d'approvisionnement de certains médicaments nouvellement prescrits sur le quart de soir, entraînant des retards sur les doses devant être administrées tôt le matin. De plus, le personnel infirmier manque d'informations sur les médicaments dont l'administration peut être retardée (heures d'ouverture de la pharmacie);
- Les prescriptions d'antibiotiques sont valides pour cinq jours. Après ce délai, il peut arriver des omissions de doses ou il peut être nécessaire d'appeler le médecin pour une prescription. Cela résulte en un délai de traitement à l'usager;
- Certains processus de rappel pour l'administration de la médication sont non disponibles (sur la FADM). Des outils parallèles ont été développés par certains intervenants, mais ils ne sont pas partagés par l'ensemble des intervenants et ne sont donc pas uniformisés;
- L'outil d'autoréflexion à la suite d'une erreur de médicament semble avoir moins d'impact qu'à son implantation. Les intervenants le complètent, mais appliquent peu ou pas les mesures correctives ciblées.

À la suite de cette recension, un plan d'action (voir page suivante) a été élaboré par le comité médico-pharmaco-nursing et, en parallèle, un projet LEAN a été initié à l'unité de chirurgie permettant de supporter la démarche d'amélioration continue en lien avec la gestion sécuritaire des médicaments.

Légende

Rouge : objectif non débuté
Jaune : objectif en cours
Vert : objectif complété

CSSS de l'Énergie Erreurs de médication

Diminuer les pertes de temps et les coûts associés à la gestion et distribution sur les unités de soins

Gestion du monte-charge

Gestion des aérosols thérapies

Priorisation des admissions pour la pharmacie
dans la section urgent

Voir la possibilité de change les heures
d'administration régulières

Gestion des intraveineuses au réfrigérateur

Gestion de la médication personnelle de
l'utilisateur

Prescriptions de l'urgence vs prescriptions
des étages

Diminuer le taux d'incidents/accidents liés aux erreurs de médication

Classement de la FADM

Utilisation de la thérapie intraveineuse

Inscription des heures de début
de traitement pour la pharmacie

Utilisation de la FADM vs administration
de la médication

Trouver une méthode pour
le remplissage SARDM

Améliorer la satisfaction du personnel

Revoir les documents cliniques :
OC, OIP, etc.

Standardiser la transcription
sur la FADM

Évaluation des connaissances sur la gestion
de la médication

Introduction d'un cercle qualité pour le
quart de soir

Informar les employés du suivi lors de non-
respect de la procédure d'administration
de médication

Guide de référence pour la gestion de la
médication en dehors des heures d'ouverture
de la pharmacie

Actions entreprises en lien avec le plan d'action et le projet LEAN

- Un Kaizen a été fait en mars 2015 pour la gestion du monte-charge et la gestion des intraveineuses au réfrigérateur;
- Une recension de tous les protocoles de soins utilisés sur les unités est en cours, suite à des constats de l'utilisation d'anciennes versions par les médecins;
- Un rappel de ne pas utiliser les abréviations dangereuses a été fait au personnel infirmier lors du comité mentorat afin que les mentors sensibilisent les mentorés. La recommandation d'effectuer un rappel à ce sujet lors des rencontres d'équipe sera faite aux gestionnaires des unités cliniques et aux ASI. Cette recommandation sera également partagée aux prochains comités du Conseil des infirmières et infirmiers et du Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires en avril afin de sensibiliser l'ensemble des membres;
- La standardisation de la transcription des médicaments sur la feuille d'administration des médicaments (FADM) avait déjà été publiée par l'entremise des Info-notes au dossier pour le bénéfice du personnel infirmier. Une demande est aussi faite au médecin membre du comité pour rappeler aux autres médecins l'importance d'écrire lisiblement les prescriptions médicales au dossier et pour les mettre en garde d'utiliser des abréviations dangereuses;
- Pour le suivi des employés ayant commis des erreurs de médicaments, des outils sont en élaboration. Lorsqu'une erreur de médicament se produit, une feuille de réflexion est remise à l'employé et le suivi est effectué par le gestionnaire. Tout cela afin de lui permettre de noter et de corriger ses lacunes dans l'administration des médicaments aux usagers.

Création d'outils

- Cahier d'exercices sur le calcul de dosage et les mathématiques de base (par exemple : mL/kg/h);
- Banque de prescriptions illisibles ou non conformes.

Solutions proposées en lien avec le plan d'action

- Conscientiser les médecins qui font du dépannage au CSSS de l'Énergie sur les formulaires à utiliser lors de leur accueil et en cours de pratique à la suite des constats d'une utilisation de différents formulaires par une méconnaissance ou un oubli des documents requis par la situation;
- Le chef de la pharmacie, membre du comité, a proposé de cibler une heure précise sur le quart de jour afin d'offrir un délai raisonnable pour le renouvellement et la préparation de la prescription complétée par le médecin;
- Des informations cliniques pertinentes sur les opiacées pourraient être intégrées à la FADM pour faciliter la surveillance clinique requise suite à l'administration du médicament. De plus, ce processus a été proposé pour les cabinets narco-médic;

- Comme le bilan comparatif des médicaments (BCM) est complété dans des délais plus longs que la recommandation (jusqu'à 72 heures au lieu de 48 heures), des pistes de solutions sont étudiées par le chef de la pharmacie afin d'offrir un processus plus convivial aux médecins qui le complètent. Les intervenants du cercle qualité ont offert leur collaboration et permis l'accès à des informations pertinentes et utiles pour la mise en œuvre d'un plan d'action. Ces intervenants peuvent également faciliter les processus reliés aux changements de même que la pérennisation de ceux-ci.

Évaluation des activités de gestion des risques

À la suite de la production d'une analyse prospective au Centre d'hébergement Saint-Maurice sur l'omission de la médication, nous avons noté une diminution de l'ordre de 40 % du nombre de rapports de déclaration en comparaison avec l'année précédente. Lorsqu'une erreur de médicament se produit, une feuille de réflexion est remise à l'employé et le suivi est effectué par le gestionnaire. De plus, un suivi mensuel est assuré en lien avec les erreurs de médicaments sur chacun des secteurs. Au total, le nombre d'erreurs est passé de 176 à 132 pour l'année 2014-2015.

Dans le cadre du comité de gestion des risques, des intervenants sont appelés à présenter des projets ou des mesures qui ont été mis en place en réponse à des événements qui sont survenus. À titre d'exemple, l'événement qui suit est survenu dans une ressource non institutionnelle : à la suite de l'hospitalisation d'un usager, une erreur de médication a été constatée par le centre hospitalier. Lors de l'analyse sur le processus de distribution des médicaments par le chef de programme, il a été noté que plusieurs tâches étaient effectuées simultanément par le personnel de la ressource. Afin d'éviter la récurrence d'un événement semblable, une note visible a été affichée dans l'armoire à médicaments sur la nécessité de faire les sept vérifications essentielles lors de l'administration de ceux-ci et de s'assurer de procéder à la double identification. De plus, afin d'éviter d'autres erreurs, aucune autre tâche n'est effectuée lors de la distribution de la médication. Cette mesure a permis de diminuer le nombre d'erreurs de médicament dans la ressource.

6.3 Rapports de coroner

Lorsqu'une situation problématique survient dans l'un des centres de santé et de services sociaux du Québec, le coroner achemine un rapport à tous les établissements de santé dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services dans les milieux de la santé et des services sociaux. À la réception de ces rapports, le CSSS de l'Énergie effectue des vérifications pour s'assurer de la conformité aux recommandations émises par le coroner. Au 31 mars 2015, aucun rapport de cette nature n'a été reçu et traité par notre établissement.

7. RÉSULTATS RELATIFS À L'EXAMEN DES PLAINTES ET À LA PROMOTION DES DROITS

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, elle exerce notamment les fonctions suivantes :

- Applique le règlement de la procédure d'examen des plaintes;
- Fait connaître les droits et obligations des usagers;
- Prête assistance ou s'assure que soit prêtée assistance à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte;
- Intervient de sa propre initiative sur des faits qui lui sont rapportés et pour lesquels elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un ou de plusieurs usagers ont été lésés;
- Donne son avis sur toute question de sa compétence lorsque demandé par les diverses instances de l'établissement.

La commissaire locale travaille aussi de concert avec les médecins examinateurs. Ces derniers traitent les plaintes concernant les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Lorsque l'utilisateur n'est pas satisfait des conclusions de la commissaire locale ou du médecin examinateur, il peut avoir recours à un deuxième palier, soit le Protecteur du citoyen ou le comité de révision.

Pour l'exercice qui s'est terminé au 31 mars 2015 :

ANNÉE 2014-2015						
Plaintes reçues		Interventions de la commissaire	Assistances par la commissaire	Consultations par la commissaire	2 ^e recours	
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	Médecins examinateurs				Protecteur du Citoyen	Comité de révision
195	17	76	76	14	8	0

Les principaux motifs d'insatisfaction concernaient :

- Les soins et services dispensés (32,39 %);
- Les relations interpersonnelles (19,72 %);
- L'organisation du milieu et des ressources matérielles (14,44 %);
- L'accessibilité (11,97 %);
- L'aspect financier (11,27 %);
- Les droits particuliers (10,21 %).

Quelques recommandations émises

Plusieurs plaintes n'ont pas nécessité de recommandations de la part de la commissaire étant donné les mesures correctives apportées immédiatement par les chefs de programmes ou les directions concernées.

Les recommandations émises ont porté particulièrement sur les droits suivants :

- Droit aux services (adéquats sur les plans scientifique, humain et social avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire);
- Droit au consentement aux soins et droit de participer aux décisions;
- Droit à l'information;
- Droit à la confidentialité;
- Droit au respect et à la dignité;
- Droit à des services d'hébergement;
- Droit au professionnel et à l'établissement de son choix.

La commissaire locale aux plaintes a réalisé plusieurs **activités de promotion** pour faire connaître le régime d'examen des plaintes ainsi que les droits des usagers.

Quelques exemples :

- Rencontres avec les auxiliaires au service de santé et de services sociaux du soutien à domicile;
- Rencontres avec les stagiaires (en médecine et autres professionnels) en collaboration avec les patients partenaires;
- Rencontre avec les étudiants en technique de travail social au Cégep de Trois-Rivières;
- Participation au comité d'amélioration continue de la qualité;
- Participation à la journée régionale des comités d'usagers en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec;
- Collaboration à la révision du code d'éthique.

Depuis l'été 2012, la population a accès au rapport annuel des plaintes ainsi qu'aux règlements sur la procédure d'examen des plaintes par le biais du site Internet du CSSS de l'Énergie.

8. INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

Relativement à l'examen des plaintes et à la promotion des droits

- Il est possible de formuler un commentaire de satisfaction ou d'insatisfaction à l'aide du dépliant « Êtes-vous satisfait? » disponible dans les installations du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie ou directement sur le site Web de l'établissement. Une plainte peut être déposée de façon verbale ou écrite. Un affichage permanent apparaît d'ailleurs dans l'entrée ainsi que sur les étages de chacune des installations afin d'inciter les usagers à le remplir.
 - o Les témoignages de satisfaction ou d'insatisfaction sont communiqués au chef concerné.
 - o Les témoignages de satisfaction sont diffusés publiquement par le biais de l'intranet avec l'autorisation des auteurs pour favoriser la mobilisation interne.
- Une plainte peut être déposée de façon verbale ou écrite.
 - o Un formulaire de plaintes est disponible dans chacun des secrétariats de direction de l'organisation, en plus d'être en ligne sur internet, pour les personnes souhaitant déposer une plainte. Les coordonnées de la commissaire s'y retrouvent également.

Relativement à l'information et à la consultation de la population

Les modes d'informations et de consultations de la population utilisés afin de mettre celle-ci à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats, outre le dépliant « Êtes-vous satisfait? » et le processus de plaintes, sont les suivants :

- Le site Web du CSSS de l'Énergie permet à la population de commenter, à partir de la section « Actualités », toutes les relations publiques faites par l'organisation, qu'il s'agisse d'une annonce publique, d'une nouvelle offre de service ou d'activités diverses réalisées par l'établissement.
- Une section « Sondage » questionne plus spécifiquement la population sur sa connaissance du CSSS de l'Énergie ou des services offerts.
- Un sondage « Satisfaction de la clientèle » en lien avec la démarche d'agrément est mené tous les trois ans auprès de la population pour évaluer sa satisfaction envers les services offerts.
- À la Direction de l'enfance, de la jeunesse et de la famille, une trentaine d'usagers par service sont sondés aléatoirement, une fois l'an, sur dix aspects spécifiques liés à la satisfaction de la clientèle. À la clinique de dépistage du cancer du col utérin, plus spécifiquement, chacune des utilisatrices a été sondée sur la qualité de ce service.

- À la coordination de l'hébergement de la Direction des personnes en perte d'autonomie, des rencontres bisannuelles ainsi que des sondages de satisfaction annuels sont effectués auprès de la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée.
- À la Direction des services professionnels, un sondage annuel est effectué auprès de la clientèle en ce qui concerne les services de laboratoire et d'imagerie médicale. Pendant une durée de deux ou trois jours, des membres du comité des usagers sondent la clientèle présente.
- À la Direction de l'enseignement, de la recherche et des pratiques professionnelles, l'établissement oeuvre à déployer le partenariat de soins et de services avec sa clientèle. De nombreuses actions visent à impliquer l'usager dans son processus de soins, à l'accompagner dans le développement de ses propres compétences et connaissances afin qu'il puisse prendre des décisions éclairées relativement à son traitement et à ses soins et services. Nous pouvons actuellement compter sur une vingtaine de patients ressources formés à nous accompagner dans l'évolution de nos pratiques.
- Pour sa part, la Direction de la santé mentale et des dépendances possède une politique d'évaluation de la satisfaction de l'ensemble de ses services. Les sondages sont effectués sur un cycle de deux ans. Aux unités de psychiatrie de courte durée, médico-légale et de réadaptation, l'ensemble des usagers ayant reçu des services est appelé à participer à un sondage de satisfaction à la fin de leurs soins et de leurs traitements. Des démarches d'évaluation d'activités cliniques ont également cours auprès des participants à des groupes de thérapie notamment le groupe *Je choisis d'agir* destiné aux personnes aux prises avec un trouble anxieux et le groupe s'adressant aux personnes avec un diagnostic de trouble de la personnalité limite.

9. CONSEILS ET COMITÉS

9.1 Liste des conseils et comités

- o Conseil d'administration
- o Comité de gouvernance et d'éthique
- o Comité de vigilance et de la qualité des services
- o Comité de vérification
- o Comité de révision des plaintes médicales
- o Comité de gestion des risques et de la qualité
- o Comité des usagers
- o Comité d'éthique de la recherche
- o Comité d'éthique clinique
- o Conseil des infirmières et infirmiers
- o Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
- o Conseil multidisciplinaire
- o Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- o Comité central d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique
- o Comité de pharmacologie

9.2 Conseil d'administration

Composition

Le CSSS de l'Énergie est administré par un conseil d'administration composé de 18 membres.

Collège électoral : population

M^e Stéphane Roof
M. Alain Trudel

Collège de désignation : fondation

M. André Turcotte

Collège de désignation : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dr David Dubois

Collège de désignation : collège des infirmières et infirmiers

Mme Natalie Gélinas

Collège de désignation : conseil multidisciplinaire

Mme Gisèle Dumas

Collège de désignation : personnel non clinique

M. Michel Marchand

Collège de désignation : comité des usagers

M. Raymond Forest
Mme Lise Landry

Collège de désignation : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

M. Donald Michaud

M. Gaétan Turner

Cooptation

Mme Pauline B. Daneault

Mme Stéphanie Dion

M^e Marie-Claude Gauthier

M. Jean-Pierre Ratelle

Mme Diane Rivard

Mme Monique Savignac, présidente

Directrice générale

Mme Martine Rioux, secrétaire du conseil

9.3 Comité de vigilance et de la qualité des services

Composition

Mme Stéphanie Dion, présidente

Mme Pauline B. Daneault

Mme Lise Landry

Mme Suzanne Lévesque

Mme Martine Rioux

Assistent d'office :

Mme Karine Lampron, directrice des pratiques professionnelles

Mme Marie-Josée Tremblay, directrice de la qualité, des relations avec les partenaires et la communauté ainsi que de la santé publique

Nombre de rencontres en 2014-2015

Le comité a tenu sept rencontres entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015.

Principales réalisations 2014-2015

- o Suivi, discussions et recommandations périodiques des plaintes et des recommandations émises par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- o Prise de connaissance des réponses aux questionnaires d'évaluation de la part des usagers ayant fait appel à la commissaire;
- o Reconnaissance des employés : lettres rédigées par la Direction de la qualité, des relations avec les partenaires et la communauté ainsi que de la santé publique et le comité de vigilance à l'intention de certains employés afin de souligner leurs initiatives dans leur milieu de travail;
- o Suivi, discussions et recommandations en lien avec différents indicateurs périodiques concernant les mesures de contrôle, les chutes, la prévention et le contrôle des infections;
- o Suivi lors d'éclosions diverses dans toutes les installations;
- o Suivi, discussions et recommandations des rapports de gestion des risques, des rapports du coroner, des avis de Santé Canada et des rapports d'inspection;
- o Prise de connaissance de tous les comités liés à la qualité existants au CSSS de l'Énergie
- o Suivi de la visite d'Agrément Canada.

9.4 Comité de gestion des risques et de la qualité

Composition

Mme Caroline Bellemare
M. Gilles Boisclair
M. Marc Brosseau
M. Guy Bouvette
Mme Geneviève Campbell
M. Raymond Forest
M. Pierre Giroux
Mme Karine Lampron
M. Denis Leblanc
Mme Chantal Lemay (jusqu'en décembre 2014)
Mme Sylvie Houle (entrée en fonction en janvier 2015)
M. Jean Marineau, président
M. Francis Picher
Dr Martine Pronovost
M. Jacques-André Racicot
Mme Chantal Rivard
Mme Annie Robitaille
Mme Danielle Saulnier
M. Éric Tremblay (jusqu'en décembre 2014)
Mme Marie-Josée Tremblay

Nombre de rencontres en 2014-2015

Le comité a tenu trois rencontres entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015.

Principales réalisations 2014-2015

Culture de sécurité des usagers

Agrément Canada évalue la culture de sécurité des patients par un sondage auprès des employés. Plusieurs dimensions sont alors explorées :

- Perceptions générales en matière de sécurité des patients;
- Soutien de la haute direction en matière de sécurité;
- Leadership des superviseurs en matière de sécurité;
- Culture d'apprentissage;
- Capacité de parler des erreurs ou obstacles à la communication.

En 2014, lors de la période d'évaluation d'Agrément Canada, 568 employés de différents secteurs et installations de l'organisation ont complété le sondage. L'analyse des résultats a permis d'élaborer un plan d'action qui est actuellement en œuvre dans l'organisation. On y retrouve différentes stratégies comme la mise en place d'équipes qualité-sécurité, l'inscription à l'ordre du jour des rencontres d'équipe d'un point statutaire « qualité et sécurité », la diffusion des bons coups en sécurité, la diffusion du Tableau de bord « qualité-sécurité » auprès des équipes, etc. Ce plan d'action, auquel participe l'ensemble des directions, est coordonné par le comité d'amélioration continue de la qualité (CACQ) qui en assure le suivi.

Poursuivre l'amélioration de la qualité des informations inscrites aux rapports de déclaration d'incident et d'accident AH-223

Des rencontres ont été effectuées dans chacune des directions cliniques afin de discuter de différents sujets relatifs à la gestion des risques. Un aide-mémoire sur les erreurs de médicaments à déclarer au formulaire AH-223 a été produit régionalement et présenté à chacune des directions cliniques. Celui-ci fait suite à l'aide-mémoire qui avait été élaboré l'année dernière pour les chutes. Ce nouvel outil devrait permettre d'améliorer la qualité des informations inscrites aux rapports de déclaration. Un troisième aide-mémoire a été élaboré en lien avec les événements de type « autres ». Celui-ci sera acheminé dans chacune des directions cliniques au début de l'année 2015-2016. Des rencontres d'informations sur la gestion des risques ont également été planifiées dans le cadre de la journée d'accueil et d'intégration des nouveaux employés.

Apprécier les résultats des audits réalisés en gestion des risques par les témoignages des employés impliqués

- Présentation des améliorations mises en place dans une ressource non institutionnelle

À la suite de l'hospitalisation d'un usager, une erreur d'administration de médicaments a été constatée par l'équipe médicale de l'hôpital. Cet événement a mené à une analyse complète du processus de distribution des médicaments dans la ressource. L'enquête a démontré que, pour éviter une perte de temps, le préposé aux bénéficiaires distribuait les cigarettes ainsi que l'argent au même moment que les médicaments. Des mesures ont été mises en place afin d'améliorer le processus, soit une note affichée dans l'armoire à médicament sur les sept vérifications essentielles lors de l'administration de ceux-ci ainsi que sur la double identification. De plus, il a été convenu qu'aucune autre tâche ne serait effectuée lors de la distribution des médicaments afin de limiter les risques d'erreurs.

- Présentation des mesures alternatives à la contention

Mme Marie-Josée Lavoie, physiothérapeute, ainsi que Mme Sylvie Bédard, ergothérapeute, ont présenté leur démarche sur le regroupement des informations requises et pertinentes pour l'utilisation sécuritaire des mesures alternatives à la contention. Une formation a été mise sur pied afin de faire connaître aux utilisateurs les caractéristiques des différents moniteurs.

Selon la problématique rencontrée, plusieurs modèles sont disponibles. L'utilisation d'un moniteur permet de détecter le mouvement d'un usager qui tente de se lever du fauteuil ou du lit au moyen d'une alarme sonore ou vocale. Il permet également d'augmenter l'efficacité du personnel dans leur protocole de gestion des chutes. Malgré l'efficacité de ces appareils, il demeure primordial de questionner le besoin fondamental de l'usager et de compléter la grille d'observation des mesures alternatives dès la mise en place d'un moniteur de mobilité. La formation du personnel en lien avec l'utilisation du système SMART ainsi que l'élaboration de cet outil de travail ont permis d'améliorer la qualité ainsi que la sécurité de nos usagers.

- Présentation des soins VIP en centre d'hébergement

Un projet vitrine a eu lieu à l'unité 1 du Centre d'hébergement Saint-Maurice du 1^{er} février au 3 mars 2015 en lien avec les soins VIP. L'objectif principal de ce projet est de « minimiser les risques de chutes en intégrant les soins VIP ». Le personnel a été rencontré afin de leur faire connaître les bien-fondés du projet et s'approprier l'affiche J'évite les chutes, je pense : « Soins VIP ». Par soins VIP, nous entendons :

« **Avant de quitter la chambre**, je m'assure de :

Voir au confort et à la sécurité du résident.

Individualiser notre approche selon les besoins du résident.

Placer les objets significatifs à la portée de la main. »

Dans les faits, toute personne qui quitte la chambre doit se demander « Est-ce que notre résident est confortable? A-t-il tout ce dont il a besoin à la portée de la main? » L'affiche VIP qui a été élaborée et qui est installée à différents endroits sur les unités a pour but de diminuer le nombre de chutes et de conséquences reliées à celles-ci en plus d'augmenter la satisfaction du résident et du personnel. L'évaluation du projet ayant donné des résultats positifs, celui-ci sera déployé sur les autres unités en hébergement ainsi qu'au 7^e étage de l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM).

- Présentation sur les surveillances constantes

De la formation a été offerte aux préposés aux bénéficiaires de l'unité 4 du HCM sur l'utilisation sécuritaire des contentions de type PINEL et des systèmes SMART. Une révision a été effectuée au niveau des processus sur l'utilisation des surveillances constantes et également pour les admissions sur l'étage. Cette révision a permis de réduire de 93 % le nombre d'heures de surveillance constante, ce qui correspond à une économie de 4 443 heures de surveillance à la période 10. Cela a également permis de réduire de 54 le nombre de transferts intra-unité, diminuant ainsi le risque de délirium pour la clientèle. Une économie de 14 000 \$ a été réalisée.

Suite à ces ajustements, il a été constaté, en comparaison avec l'année 2013-2014, que le nombre de rapports de déclaration relatifs aux chutes est demeuré sensiblement le même, variant de 99 à 98.

Rapports statistiques

Pour la période du 1^{er} avril au 31 mars 2015, un total de 5 271 rapports de déclaration d'incident ou d'accident ont été complétés, comparativement à 4 907 pour la même période l'an dernier. Ce nombre correspond à une hausse de 7,4 %. Les types d'événements pour lesquels nous avons noté une baisse sont les bris matériels, les types d'événements « autres » ainsi que les agressions. On note également une baisse considérable du nombre d'erreurs de médicaments avec 172 rapports de moins que l'an dernier. Toutefois, cette baisse ne reflète pas la réalité. Depuis le 1^{er} avril 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) nous oblige à utiliser la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de trouver le médicament pour différentes raisons (banque unilingue anglophone, médicament non inscrit, incapacité d'inscrire les médicaments maison, etc.).

Lorsqu'aucun médicament n'est inscrit au logiciel GESRISK, il nous est alors impossible de fermer notre rapport. Afin de régler la problématique, il a été convenu de les inscrire dans la section « Traitement ». Cependant, comme ces données se retrouvent dans la mauvaise section, cela fausse les statistiques. Toutefois, si nous soustrayons la moyenne des erreurs de traitement déclarées lors des dernières années du total pour l'année 2014-2015, nous obtenons une augmentation d'environ 25 rapports. Ces chiffres nous semblent plausibles en analysant les résultats des années précédentes. Une solution devrait nous être proposée par le MSSS au cours de l'année 2015.

En ce qui concerne les chutes, 201 rapports de déclarations de plus que l'année précédente ont été complétés. En hébergement, on constate une légère augmentation de 31 chutes. Pour le Centre régional de santé mentale et l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie, le nombre est demeuré constant. L'augmentation du nombre de chutes provient principalement du secteur des ressources non institutionnelles (RNI) avec 167 chutes de plus que l'an dernier. Il est toutefois important de mentionner que, au total, les responsables ont déclaré 1 035 événements comparativement à 700 en 2013-2014, ce qui correspond à une hausse de 335 rapports. Notre travail de sensibilisation auprès des RNI a donné les résultats attendus avec une augmentation de 47,9 %.

Pour les indices de gravité en lien avec les incidents et accidents sans conséquence, il y a eu une augmentation de 6 %, ce qui correspond à 641 rapports. Celle-ci s'explique principalement du fait que les accidents avec conséquences mineures de type E1 se sont déplacés vers les accidents sans conséquence. Dans les faits, les événements de type E1 sont passés de 527 en 2013-2014 à 247 en 2014-2015, soit une diminution de 280 rapports. Au total, 93 % des rapports d'événements qui ont été saisis étaient sans conséquence pour nos usagers, comparativement à 87% en 2013-2014.

10. LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

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

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Note 1 :		
Effectifs de l'établissement		
Les cadres : (en date du 31 mars 2015)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	97	99
- Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	8	10
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers : (en date du 31 mars 2015)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	970	1 003
- Temps partiel Nombre de personnes : équivalent temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	683	483
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels :		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	869 656	865 853
- Équivalents temps complet (b).....	469	465

(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** 1 826 heures.

11. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

CSSS de l'Énergie

1104-4385

100-00 /

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa 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.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

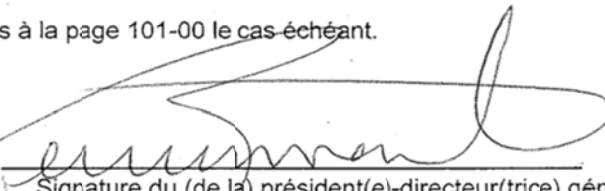
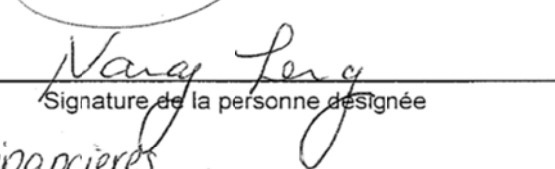
La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement 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 non 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, inclus sous la section audité du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

<u>2015-06-10</u>	<u>Martin Beaumont</u>	<u></u>
Date	Nom	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
<u>10 juin 2015</u>	<u>Nancy Lemay</u>	<u></u>
Date	Nom	Signature de la personne désignée
	<u>Directrice des ressources financières</u>	
	Fonction	

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut "en production" du rapport a été modifié pour celui de "en approbation". Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.



Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-5939
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 9 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée

03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 9 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées.

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

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C.R. L.¹

Québec

Le 29 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A125181

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de l'Énergie

1104-4385

200-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	175 520 703	168 582 570	10 683 962	179 266 532	174 514 470
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	43 867	12 470		12 470	43 867
Contributions des usagers	3	15 150 000	15 005 132	XXXX	15 005 132	14 627 133
Ventes de services et recouvrements	4	2 030 700	1 899 564	XXXX	1 899 564	2 386 032
Donations (FI:P294)	5	250 000	2 465	221 714	224 179	202 018
Revenus de placement (FI:P302)	6	45 000	55 122		55 122	43 814
Revenus de type commercial	7	610 883	676 679	XXXX	676 679	586 708
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	1 807 755	1 916 333	(340 396)	1 575 937	3 043 180
TOTAL (L.01 à L.11)	12	195 458 908	188 150 335	10 565 280	198 715 615	195 447 222

CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	124 984 292	127 055 797	XXXX	127 055 797	127 458 907
Médicaments	14	4 450 195	4 619 936	XXXX	4 619 936	4 518 913
Produits sanguins	15	1 658 834	2 736 146	XXXX	2 736 146	1 582 341
Fournitures médicales et chirurgicales	16	4 437 935	4 873 580	XXXX	4 873 580	4 954 679
Denrées alimentaires	17	1 625 980	1 760 003	XXXX	1 760 003	1 967 815
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	25 893 065	24 397 810	XXXX	24 397 810	22 389 126
Frais financiers (FI:P325)	19	2 000 000		2 037 103	2 037 103	2 010 983
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	3 346 890	1 659 792	3 771 218	5 431 010	4 688 371
Créances douteuses	21		59 427	XXXX	59 427	
Loyers	22	2 355 037	2 324 299	XXXX	2 324 299	2 393 959
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	4 600 000	XXXX	4 486 020	4 486 020	4 535 897
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	18 851 680	19 588 984		19 588 984	19 709 641
TOTAL (L.13 à L.27)	28	194 203 908	189 075 774	10 294 341	199 370 115	196 210 632

SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	1 255 000	(925 439)	270 939	(654 500)	(763 410)
--	-----------	------------------	------------------	----------------	------------------	------------------

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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de l'Énergie

1104-4385

202-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds Immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	
		1	2	3	4	Notes
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(799 192)	938 061	138 869	902 279	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(799 192)	938 061	138 869	902 279	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(925 439)	270 939	(654 500)	(763 410)	
Autres variations:						
Transferts Interétablissements (préciser)	6					
Transferts Interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(1 724 631)	1 209 000	(515 631)	138 869	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(515 631)	138 869	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(515 631)	138 869	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
	1	2	3	4	
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	8 839 716		8 839 716	871 647
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	3 957 150	540 920	4 498 070	8 255 113
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	2 505 392	240 581	2 745 973	2 806 190
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(2 520 919)	2 520 919	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	13 707 661	18 697 814	32 405 475	28 730 734
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	185 296	185 296	189 209
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	256 336	1 140 621	1 396 957	1 753 165
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	26 745 336	23 326 151	50 071 487	42 606 058
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		14 907 059	14 907 059	5 027 618
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	14 761 221	1 025 903	15 787 124	13 109 022
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	3 572 495	3 572 495	3 163 984
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		522 814	522 814	585 608
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	279 193	5 893 520	6 172 713	2 716 267
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	64 150 979	64 150 979	71 764 298
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	16 035 624	XXXX	16 035 624	16 097 557
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25				(587)
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	31 076 038	90 072 770	121 148 808	112 463 767
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(4 330 702)	(66 746 619)	(71 077 321)	(69 857 709)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	67 955 619	67 955 619	67 476 849
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	1 425 591	XXXX	1 425 591	1 337 300
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	1 180 480		1 180 480	1 182 429
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	2 606 071	67 955 619	70 561 690	69 996 578
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(1 724 631)	1 209 000	(515 631)	138 869

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

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de l'Énergie

1104-4385

206-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(68 082 981)	(3 318 921)	(66 538 788)	(69 857 709)	(68 112 481)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(68 082 981)	(3 318 921)	(66 538 788)	(69 857 709)	(68 112 481)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	800 000	(925 439)	270 939	(654 500)	(763 410)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(4 964 790)	(4 964 790)	(5 447 335)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	4 486 020	4 486 020	4 535 897
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	(478 770)	(478 770)	(911 438)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(88 291)	XXXX	(88 291)	47 559
Acquisition de frais payés d'avance	16		1 949		1 949	(117 939)
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18					
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(86 342)		(86 342)	(70 380)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	800 000	(1 011 781)	(207 831)	(1 219 612)	(1 745 228)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(67 282 981)	(4 330 702)	(66 746 619)	(71 077 321)	(69 857 709)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(654 500)	(763 410)

ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:

Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(86 342)	(70 380)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		
Amortissement des immobilisations	8	4 486 020	4 535 897
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	51 299	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(3 733 119)	
Autres	13		(1 253 542)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	717 858	3 211 975
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	10 603 379	(3 150 266)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	10 666 737	(701 701)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Acquisitions d'immobilisations	17	(4 964 790)	(5 447 335)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(4 964 790)	(5 447 335)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 : CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Il a pour mandat d'offrir à la population du Centre-de-la- Mauricie des services de santé et des services sociaux de nature préventive et curative, des services de réadaptation, de réinsertion et, de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des soins infirmiers, des services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux.

Le siège social du centre est situé à Shawinigan. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région 04. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

a. Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

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

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 : PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

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

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

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

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

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes

comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

b. Utilisation d'estimations

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

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

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

c. Comptabilité d'exercice

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

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

d. Revenus

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

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

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

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

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les

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

e. Revenus provenant des usagers

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

f. Revenus d'intérêts

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

g. Autres revenus

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

h. Dépenses de transfert

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

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

i. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

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

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

j. Charges inhérentes aux ventes de services

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

k. Instruments financiers

Le chapitre SP 3450, « Instruments financiers », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public* implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier appelé État des gains et pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente. Les autres instruments financiers sont évalués au coût ou au coût après amortissement, sauf si l'établissement choisit de les désigner dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur.

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

En vertu de l'article 295 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1^{er} avril 2016.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs – agences et MSSS, les autres débiteurs et les placements de portefeuille sont classés dans la catégorie des actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

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

- Trésorerie et équivalents de trésorerie

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

- **Débiteurs**

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

- **Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts**

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

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

- **Créditeurs et autres charges à payer**

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

- **Dettes à long terme**

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

- **Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec**

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

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

I. Passifs environnementaux

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

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

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

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

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

m. Passifs au titre des avantages sociaux futurs

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

- Provision pour assurance-salaire

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

- Provision pour vacances

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

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

- Provision pour congés de maladie

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

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite

précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

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

- Régime de retraite

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

n. Immobilisations

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

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

Aménagements des terrains	: 10 à 20 ans
Bâtiments	: 20 à 50 ans
Améliorations locatives	: Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	: 3 à 15 ans
Équipements spécialisés	: 10 à 25 ans
Matériel roulant	: 5 ans
Développement informatique	: 5 ans
Réseau de télécommunication	: 10 ans

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

o. Frais payés d'avance

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

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

p. Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

q. Comptabilité par fonds

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

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

r. Prêts interfonds

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

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

s. Classification des activités

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

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

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

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

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

t. Centres d'activités

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

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

u. Unités de mesure

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

v. Avoir propre

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

NOTE 3 : MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Selon les résultats totaux fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale. Toutefois, le déficit au niveau des activités d'exploitation s'explique comme suit:

Surplus (déficit) avant comptabilisation des indemnités de départ	818 004 \$ (1)
Indemnités de départ inscrites au 31 mars 2015	(1 743 443) (2)
Surplus (déficit) présenté à la P. 200, C.2	<u>(925 439) \$</u>

(1) Le plan d'équilibre budgétaire et le budget 2014-2015 anticipait un surplus de 800 000\$ afin de combler le déficit accumulé au solde de fonds du fonds d'exploitation. L'objectif a été dépassé de 18 004 \$.

(2) Suite à l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences*, l'établissement a dû inscrire une charge et un compte à payer représentant la somme à verser incluant les charges sociales) aux cadres qui ont choisis, avant le 31 mars 2015, le départ du secteur. Des directives ministérielles suivront pour indiquer la façon dont sera traité ce montant (déficit).

NOTE 4 : DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

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

NOTE 5 : DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 1 791 212 \$, taux effectif de 1.508 %, garanti par l'établissement, remboursable par mensualités de 26 140 \$, échéant en 2021	1 791 212 \$	- \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 5 540 727 \$, taux effectif de 2.996 %, garanti par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement au montant de 221 629 \$ et les intérêts sont payables semestriellement, échéant en 2024	5 540 727	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 418 098 \$, taux effectif de 2.561% garanti par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement au montant de 59 728 \$ et les intérêts sont payables semestriellement, échéant en 2022	418 098	-
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 10 043 186 \$\$, taux effectif de 2.0924%		

garanti par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement au montant de 401 727 \$ et les intérêts sont payables semestriellement, échéant en 2018	9 641 459	10 043 186
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 814 200 \$, taux effectif de 1.801%, garanti par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement au montant de 203 800 \$ et les intérêts sont payables semestriellement, échéant en 2018	610 400	814 200
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 17 415 987 \$, taux effectif de 2.1944%, garanti par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement au montant de 840 277 \$ et les intérêts sont payables semestriellement, échéant en 2018	16 575 710	17 415 987
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec, garantis par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement	1 300 962	1 434 689
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec, garantis par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement	-	12 060 301
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec, garantis par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement	4 414 754	4 635 491
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec, garantis par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement	9 340 388	9 798 864
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec, garantis par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement	4 464 928	4 667 880
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 3 776 816 \$, taux moyen pondéré de 2.463%, garantis par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement au montant de 229 120 \$, échéant en 2019	3 318 576	3 547 696
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 7 147 670 \$, taux moyen pondéré de 2.1215%, garantis par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement au montant de 310 267\$, échéant en 2018	6 527 137	5 837 404
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec, garantis par le gouvernement du Québec, capital remboursable annuellement	206 628	275 504
Emprunt, 8.03%, garanti par une hypothèque, remboursable par versements mensuels, échéant en 2014	-	233 096
TOTAL	64 150 979 \$	71 764 298 \$

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

2015-2016	9 069 010 \$
2016-2017	7 279 472
2017-2018	11 053 844
2018-2019	28 898 448
2019-2020	2 988 495
2020-2021 et subséquents	4 861 710
TOTAL	64 150 979 \$

NOTE 6 : PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances sont :

	EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
Taux moyen de croissance de la rémunération	0%	2%
Inflation	1%	
Accumulation congés vacances et maladie pour les salariés	9,43%	9,43%
Accumulation congés vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65%	8,65%

Le détail de la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux est présenté à la page 363-00 du AS-471.

NOTE 7 : IMMOBILISATIONS CORPORELLES

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

	Exercice Courant	Exercice précédent
Amortis- sement	Valeur comptable	Valeur comptable

	Coût cumulé	nette	nette	
Terrain	271 097	- \$	271 097	271 097 \$
Aménagement des terrains	501 175	495 936	5 239	15 717
Améliorations locatives	2 933 025	2 784 335	148 690	309 735
Bâtiments	81 621 174	29 116 573	52 504 601	50 892 238
Développement informatique	3 247 858	3 033 617	214 241	201 527
Ameublement de chambre	2 560 091	1 188 924	1 371 167	1 388 248
Équip. de transport et médical	34 757 917	24 505 044	10 252 873	10 919 091
Mobilier et équipement	2 248 650	2 144 552	104 098	37 279
Équip. informatique/Multimedia	1 652 799	1 414 684	238 115	323 400
Autres	10 205 302	7 359 804	2 845 498	3 118 517
TOTAL	139 999 088 \$	72 043 469 \$	67 955 619 \$	67 476 849 \$

NOTE 8 : GESTION DES RISQUES FINANCIERS

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

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

a. Amortissement des frais reportés liées au dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode linéaire, alors que, selon les Normes comptables canadiennes pour le secteur public, la méthode du taux d'intérêt effectif aurait dû être utilisée. L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux d'intérêt effectif n'a pas d'impact important sur les résultats des activités et sur la situation financière.

b. Risque de crédit

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

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs ainsi que la subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière de la page 204.

Le risque de crédit associé à l'encaisse est considéré comme négligeable puisqu'elle est détenue dans une institution financière reconnue dont la notion externe de crédit est de bonne qualité

Le risque de crédit associé aux débiteurs - Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir

confirmées par le gouvernement du Québec et l'agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers.

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

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance.

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

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

c. Risque de liquidité

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

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

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

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

d. Risque de taux d'intérêt

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

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	14 907 059 \$	5 027 618 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées	3 572 495	3 163 984
Dettes à long terme	64 150 979	71 764 298
	<u>82 630 533 \$</u>	<u>79 955 900 \$</u>

Du montant des emprunts temporaires totalisant 14 907 059 \$, un montant de 14 907 059 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0.30%, alors qu'aucun porte intérêt à un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 67 723 474 \$, un montant de 3 572 495 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde au montant de 64 150 979 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux fixes. De ce montant, un montant de 62 359 767 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 1 791 212 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux fixes pour lesquels les intérêts sont pris en charge par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

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

NOTE 9 : BIENS DÉTENUS À TITRE DE FIDUCIAIRE

À titre de fiduciaire, l'établissement administre des sommes d'argent au profit des bénéficiaires et un sommaire des soldes est présenté à la page 375 du AS-471.

NOTE 10 : OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

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

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

NOTE 11 : OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

De par leur nature, les activités de l'établissement peuvent donner lieu à des contrats et des obligations en vertu desquels l'établissement sera tenu d'effectuer des paiements échelonnés sur plusieurs années pour mettre en oeuvre ses programmes de paiements de transfert ou pour l'acquisition de biens ou de services. Les obligations contractuelles sont définies à la page 635-00 du AS-471 et la répartition par exercices financiers se trouve aux notes 22 et 23 de la page 695-00 du AS-471.

NOTE 12 : ÉVENTUALITÉS

L'établissement fait l'objet d'une poursuite et les détails sont présentés aux pages 636-01 et 695-00 du AS-471.

NOTE 13 : CHIFFRES COMPARATIFS

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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de l'Énergie

1104-4385

358-00 /

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	167 520 703	165 877 686	2 704 884	168 582 570	165 732 242
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	43 867		12 470	12 470	43 867
Contributions des usagers (P301)	3	15 150 000	15 005 132	XXXX	15 005 132	14 627 133
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	2 030 700	1 899 564	XXXX	1 899 564	2 386 032
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		2 465		2 465	
Revenus de placement (P302)	6	45 000	49 603	5 519	55 122	43 814
Revenus de type commercial (P351)	7	610 883	XXXX	676 679	676 679	586 708
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	1 307 755	524 340	1 391 993	1 916 333	2 135 225
TOTAL (L.01 à L.11)	12	186 708 908	183 358 790	4 791 545	188 150 335	185 555 021
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	124 984 292	123 422 573	3 633 224	127 055 797	127 458 907
Médicaments (P750)	14	4 450 195	4 619 936	XXXX	4 619 936	4 518 913
Produits sanguins	15	1 658 834	2 736 146	XXXX	2 736 146	1 582 341
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	4 437 935	4 873 580	XXXX	4 873 580	4 954 679
Denrées alimentaires	17	1 625 980	1 760 003	XXXX	1 760 003	1 967 815
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	25 893 065	24 397 810	XXXX	24 397 810	22 389 126
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	1 651 890	1 659 792		1 659 792	1 798 050
Créances douteuses (C2:P301)	21		59 427		59 427	
Loyers	22	2 355 037	2 146 267	178 032	2 324 299	2 393 959
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	18 851 680	18 661 623	927 361	19 588 984	19 709 641
TOTAL (L.13 à L.24)	25	185 908 908	184 337 157	4 738 617	189 075 774	186 773 431
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	800 000	(978 367)	52 928	(925 439)	(1 218 410)

ATTESTATION DU TIMBRE VALIDEUR DU RAPPORT FINANCIER ANNUEL AUDITÉ

Par la présente, nous attestons que les travaux d'audit ont porté sur le rapport financier annuel AS-471 dont les pages ont un timbre valideur identique à celui figurant au pied de page de la présente attestation et portant notre signature.

Signature de l'auditeur indépendant: Raymond Chast Gant Thornton S.E.N.C.R.L.

Date : 10 JUIN 2015

Lieu : QUÉBEC

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT - ÉTATS FINANCIERS ET AUTRES INFORMATIONS FINANCIÈRES

INSTRUCTIONS:

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS ET AUTRES INFORMATIONS FINANCIÈRES EST PRÉSENTÉ AVEC LA PAGE 120.

POUR CE FAIRE, IMPRIMER AU PRÉALABLE LA PAGE 120, JOINDRE LE RAPPORT DE L'AUDITEUR **SIGNÉ** À LA SUITE DE CELLE-CI ET NUMÉRISER LE TOUT DANS UN FICHIER. ENSUITE, INSÉRER CE FICHIER PDF AU AS-471.

L'AUDITEUR DOIT ÉGALEMENT S'ASSURER QUE SON RAPPORT EST CONFORME À LA NCA 700 DU MANUEL DE CPA CANADA.

L'AJOUT DE LA PAGE 120 AU FICHIER PDF PERMET DE CONSERVER LA NUMÉROTATION AU AS-471.



**Raymond Chabot
Grant Thornton**

Rapport de l'auditeur indépendant

Au président-directeur général du
Centre de santé et des services sociaux de l'Énergie

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7
Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-5939
www.rcgt.com

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Centre de santé et des services sociaux de l'Énergie inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

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

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions 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 réserve.

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 québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, 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 2015 et 2014 n'ont pas été déterminées.

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 des services sociaux de l'Énergie au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

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

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

- aux définitions contenues dans le *Manuel de gestion financière* publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C.R.L.¹

Québec

Le 9 juin 2015

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT - QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

INSTRUCTIONS :

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LE QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT DOIT ÊTRE PRÉSENTÉ AVEC LA PAGE 124.

POUR CE FAIRE, IMPRIMER AU PRÉALABLE LA PAGE 124, JOINDRE LE RAPPORT DE L'AUDITEUR À LA SUITE DE CELLE-CI ET NUMÉRISER LE TOUT DANS UN FICHIER. PUIS INSÉRER CE FICHIER PDF AU AS-471.

L'AJOUT DE LA PAGE 124 AU FICHIER PDF PERMET DE CONSERVER LA NUMÉROTATION AU AS-471.



Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport dérivé établi par l'auditeur

Au président-directeur général du
Centre de santé et des services sociaux de l'Énergie

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-5939
www.rcgt.com

Nous avons audité les états financiers du Centre de santé et des services sociaux de l'Énergie au 31 mars 2015 et pour l'exercice terminé à cette date, et nous avons produit notre rapport sur ces états financiers en date du 9 juin 2015.

Conformément aux exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, nous sommes tenus de remplir le questionnaire à l'intention de 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 donc pas être mentionnés ou utilisés à d'autres fins.

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.*¹

Québec
Le 9 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A125181

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de l'Énergie

1104-4385

130-00 /

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT - UNITÉS DE MESURE / HRES TRAVAILLÉES, RÉMUNÉRÉES

INSTRUCTIONS :

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES UNITÉS DE MESURE ET LES HEURES TRAVAILLÉES ET RÉMUNÉRÉES DOIT ÊTRE PRÉSENTÉ AVEC LA PAGE 130.

POUR CE FAIRE, IMPRIMER AU PRÉALABLE LA PAGE 130, JOINDRE LE RAPPORT DE L'AUDITEUR À LA SUITE DE CELLE-CI ET NUMÉRISER LE TOUT DANS UN FICHIER. PUIS INSÉRER CE FICHIER PDF AU AS-471.

L'AJOUT DE LA PAGE 130 AU FICHIER PDF PERMET DE CONSERVER LA NUMÉROTATION AU AS-471.



**Raymond Chabot
Grant Thornton**

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

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-5939
www.rcgt.com

Au président-directeur général du
Centre de santé et des services sociaux de l'Énergie

Nous avons procédé, conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et à l'annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, à l'audit des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Ces informations, compilées par Centre de santé et des services sociaux de l'Énergie selon les définitions et explications contenues dans le *Manuel de gestion financière* (MGF) publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sont incluses dans le rapport financier annuel aux pages 330, 352, 650 et 660. La responsabilité de ces unités de mesure et de ces heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications contenues dans le MGF incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces informations en nous fondant sur nos travaux d'audit.

Notre audit a été effectué conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous planifions et réalisons l'audit de façon à fournir l'assurance raisonnable que ces informations sont exemptes d'anomalies significatives. L'audit comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications du MGF. Il comprend également l'évaluation, le cas échéant, des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction de l'établissement, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble de ces informations.

À notre avis, les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées ont été compilées par le Centre de santé et des services sociaux de l'Énergie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, dans tous leurs aspects significatifs, conformément aux définitions et explications contenues dans le MGF publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.¹

Québec
Le 9 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A125181

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location entre l'établissement et la société québécoise des infrastructures ont été comptabilisés comme des contrats de location-exploitation même s'il s'agit de contrat de location-acquisition, à la demande du Ministère.	2014-2015	R	Aucune car à la demande du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						

Rapport à la gouvernance						
Voir P.123	2014-2015	c	Séparation des fonctions sera revue lors de la révision de la structure suite à la fusion survenue le 1er avril 2015.			NR
Voir P.123	2014-2015	C	Lorsque les frais de déplacement seront réclamés sur un formulaire non automatisé, ils seront révisés à compter de l'exercice 2015-2016.			NR
Voir P.123	2014-2015	C	La politique sur le remboursement des frais de déplacement sera revue afin d'y spécifier un délai maximal pour déposer une demande de remboursements.			NR

12. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

La dernière version du code d'éthique et de déontologie du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie a été adoptée le 12 novembre 2013 et se retrouve à l'annexe 1 de ce rapport. Aucun cas traité ni suivi n'ont été requis pour l'année 2014-2015. Aucun manquement n'a de même été constaté, aucune décision prise ou aucune sanction imposée en lien avec les articles du présent code.

ANNEXES

ANNEXE 1

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le CSSS de l'Énergie et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du Conseil d'administration du CSSS de l'Énergie pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des Conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

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

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS de l'Énergie s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, sécuritaires, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le Conseil d'administration du CSSS de l'Énergie met l'emphasis sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le CSSS de l'Énergie est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, notamment, le respect des droits des usagers, une accessibilité et une continuité des soins et des services, une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

Ces valeurs et cette vision sous-tendent la planification stratégique du CSSS de l'Énergie. Également, le CSSS de l'Énergie se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

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

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

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

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

Le présent Code s'applique à tout administrateur du CSSS de l'Énergie. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. De plus, le contenu du Code doit guider les administrateurs dans leur prise de décision.

1.3 Processus de prise de décision éthique

La présente section du code d'éthique propose une démarche en vue de prendre des décisions qui impliquent de faire certains choix parfois difficiles. À cet effet, une série d'étapes relativement simples sont décrites, chacune mettant l'accent sur un certain nombre de questions.

Une structure de prise de décision éthique est proposée à l'annexe I qui décrit les étapes qui peuvent être utilisées pour guider un administrateur et/ou le conseil d'administration confronté(s) à un dilemme éthique dans le cadre d'un processus de prise de décision. En suivant ces étapes et en répondant aux questions de façon consciencieuse et la plus objective possible, les administrateurs pourront :

- mettre en place un processus rigoureux permettant de prendre des décisions délicates;
- avoir des arguments solides permettant de prendre des décisions d'un point de vue éthique;
- avoir confiance en leur décision, être capable de bien l'expliquer et en assumer pleinement les conséquences en sachant « qu'il s'agit de la bonne chose à faire dans les circonstances ».

1.4 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

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

ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

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

- a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
- b) **Charge publique** : s'entend de tout emploi électif au niveau fédéral, provincial ou municipal.
- c) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;
- d) **Comité de discipline** : le Comité de discipline institué par le Conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
- e) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
- f) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, son jugement pouvant être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect, qu'il soit à l'avantage ou au désavantage de l'établissement. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
- g) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;
- h) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;
- i) **Cooptation** : désignation d'un membre par les autres membres faisant partie du Conseil d'administration ;
- j) **Désignation** : fait de choisir, d'élire par ses pairs un membre pour certains collèges du Conseil d'administration;
- k) **Élection** : choix de membres du CA exprimé à l'aide d'un vote par la population

- l) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;
- m) **Établissement** : désigne le CSSS de l'Énergie
- n) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate du directeur général, du directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
- o) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;
- p) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- q) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;
- r) **Nomination** : action de nommer une personne pour siéger au sein des conseils d'administration des établissements ;
- s) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement;
- t) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
- u) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

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

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste⁵.

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

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

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs⁶.

Disponibilité et participation active

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

Respect

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

Soin et compétence

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

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

Neutralité

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

Transparence

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

Discrétion et confidentialité

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

Relations publiques

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

Charge publique élective

- 4.14 L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

- 4.15** L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique, à tous les paliers de gouvernement.

Biens et services de l'Établissement

- 4.16** L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.
- 4.17** L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

Maintien des compétences

- 4.22** L'administrateur doit maintenir à jour ses compétences par le biais de la formation continue.
- 4.23** L'administrateur doit participer à l'exercice d'autoévaluation interne du conseil d'administration visant les meilleures pratiques.

ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

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

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 6.1** L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment ou non de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 6.2** Après son entrée en fonction, un administrateur doit, dans les meilleurs délais, organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.
- 6.3** L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
 - b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
 - c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
 - d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
 - e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 6.4** L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code.
- 6.5** L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe V du présent Code.

De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

- 6.6** Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).
- 6.7** L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 6.8** Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au vice-président. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe VI du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le vice-président, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives, la tenue d'une enquête par le Comité de discipline ou, s'il y a lieu, rejeter la dénonciation.
- 6.9** La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nul, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

ARTICLE VII – FIN DU MANDAT

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

ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

- 8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.
- 8.1.2 Dès l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe II du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dès son entrée en fonction, et ce, avant même de siéger au Conseil d'administration pour la première fois.
- 8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

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

8.3 Comité de discipline

- 8.3.1 Le Conseil d'administration forme un Comité de discipline composé de trois membres indépendants et d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement.
- 8.3.2 De plus, le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.
- 8.3.3 Un membre du Comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.
- 8.3.4 Le Comité de discipline a pour fonctions de :
- a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
 - c) Adresser une recommandation au Comité de gouvernance et d'éthique sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

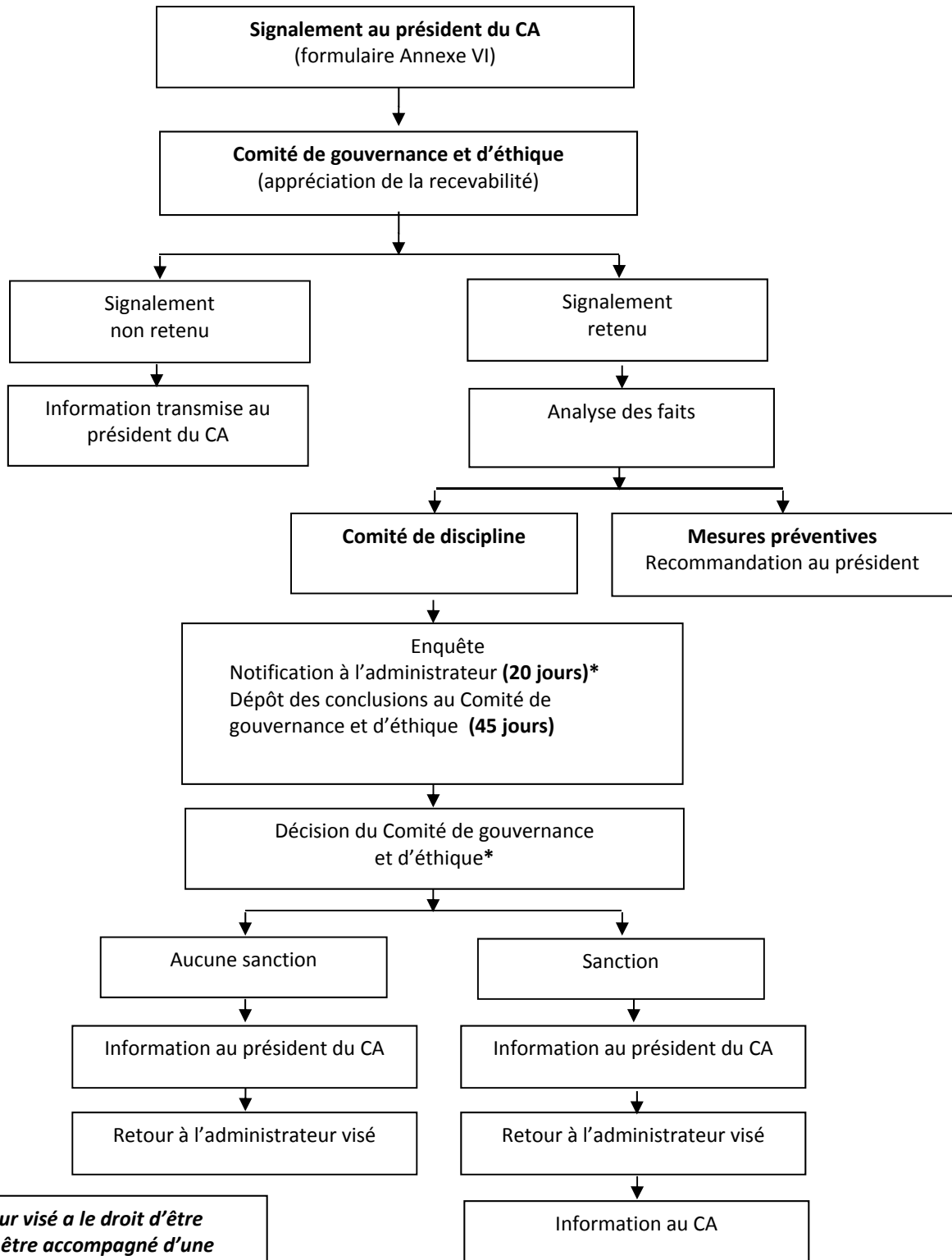
- 9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le Comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe VI du présent Code rempli par cette personne.
- 9.3 Le Comité de discipline notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.
- 9.4 Le Comité de discipline peut utiliser tous les moyens appropriés pour faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VII du présent Code.
- 9.5 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 9.6 Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 9.7 Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du Comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

- 9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 9.9 Le Comité de discipline transmet son rapport au Comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) Un état des faits reprochés;
 - b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 9.10 S'il y a bien-fondé de l'allégation de non-respect du présent Code, le Comité de gouvernance et d'éthique détermine la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Comité de gouvernance et d'éthique doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix.
- 9.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux*, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
- 9.12 Toute mesure prise par le Comité de gouvernance et d'éthique doit être communiquée au Conseil d'administration ainsi qu'à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
- 9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

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

Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur

Le processus suivant est fondé sur la valeur de « confidentialité » visant à préserver l'intégrité et la réputation des administrateurs du CSSS l'Énergie.



** L'administrateur visé a le droit d'être entendu et peut être accompagné d'une personne de son choix.*

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

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

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

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

11.2 Révision

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

ANNEXE I

Structure de Prise de Décision éthique (SPDE)

Évaluation
Assurez-vous d'avoir toutes les informations factuelles relatives à la prise de décision.



Posez-vous les questions suivantes : pour prendre conscience de la situation

- Cela est-il conforme à la loi ?
- Est-ce en lien avec le Code d'éthique et de déontologie du CA et du CSSS de l'Énergie ?
- Est-ce compatible avec vos propres valeurs éthiques et celles de la culture du CSSS de l'Énergie ?
- Quels sont les faits marquants de la situation, les parties prenantes, les enjeux, les causes connues ?

Si ce n'est pas conforme à la loi, demandez un avis juridique. Si les réponses aux questions précédentes sont suffisantes pour avancer, passez à l'étape suivante. En cas de doute, vous pourriez vouloir rassembler des informations factuelles complémentaires ou demander conseil à une personne de confiance.

Alternatives
Examiner les choix qui s'offrent à vous.



Posez-vous les questions suivantes : pour l'examen des solutions possibles

- Avez-vous dressé la liste des alternatives possibles?
- Avez-vous pris en compte les avantages et inconvénients de chaque alternative?
- Comment chaque option se situe-t-elle sur le plan du résultat ? et moyens utilisés ?

Formuler le dilemme d'action est le point de départ qui permettra par la suite de faire ressortir les valeurs en conflits dans la situation. Ce dilemme est de nature éthique si les actions envisagées entraînent des conséquences à la fois positives et négatives sur soi, sur autrui ou sur son environnement. Si les réponses aux questions précédentes concluent à un résultat viable, passez à l'étape suivante d'analyse de votre décision envisagée. Sinon, vous pourriez vouloir rassembler des informations factuelles complémentaires et poursuivre votre recherche.

Analyse
Identifiez votre décision envisagée et testez sa validité.



Au moyen des questions suivantes : pour prendre une décision raisonnable

- Votre décision envisagée aura-t-elle un impact positif ou protégera-t-elle contre toute atteinte les usagers, le personnel, les gestionnaires, les médecins, l'organisation, etc.?
- Rétrospectivement, cette décision vous paraîtra-t-elle être une bonne idée dans un an ?
- Êtes-vous libre d'influences externes pour prendre cette décision ?
- Êtes-vous dans un état d'esprit calme et serein ?

Si les impacts éventuels sont acceptables, contrôlez votre décision au regard des principes éthiques de l'étape suivante. Sinon, songez à prendre le temps d'envisager de tester une autre décision, à revoir vos options et/ou votre situation.

Application

Appliquez les principes éthiques à votre décision envisagée.



En posant les questions suivantes : pour prendre une décision raisonnable et avoir la capacité de l'expliquer rationnellement

- Votre choix produira-t-il le plus grand bien?
- Votre choix traite-t-il les autres comme vous aimeriez être traité?
- Votre choix sera-t-il équitable et avantageux pour tous ceux qui sont concernés?
- Est-ce une décision juste et raisonnable ?

Si ces questions ou d'autres questions philosophiques usuelles suscitent un doute ou semblent créer un nouveau dilemme, vous pourriez devoir reconsidérer votre décision, et passer à nouveau en revue les faits, les options et les conséquences.

Si la réponse est positive, et que votre décision envisagée semble être cohérente avec d'autres principes éthiques, passez à l'étape suivante, pour décider et agir.

Action

Prenez votre décision.

Après avoir considéré ces questions : passez à l'action

- Êtes-vous prêt à endosser la responsabilité de votre décision?
- Pouvez-vous rendre votre décision publique en toute quiétude?
- Est-ce que je suis solidaire à la décision prise ?
- Êtes-vous prêt à passer à l'action?

Si vous êtes serein quant à votre décision, passez à l'action. Sinon, parcourez à nouveau ces étapes afin de découvrir une meilleure solution.

Références : Project Management Institute. *Structure de Prise de décision éthique du PMI*, 2012.
Boisvert, Y., Jutras, M., Legault, G. et Marchildon, A. *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique*, 2003.

ANNEXE 2

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2014-2015

RÉSULTATS

	Objectifs négociés	Attentes signifiées	Autres attentes signifiées	TOTAL	POURCENTAGE
Cible est atteinte	11	22	4	37	66,07 %
En voie de réalisation		1		1	1,79 %
Cible non atteinte	3	14	1	18	32,14 %
TOTAL	14	37	5	56	100 %
*Cibles inatteignables	2	1			

LÉGENDE

Clignotant :

Atteinte de la cible	
Presqu'atteinte	
En voie d'atteinte de la cible	
Non atteinte de la cible	

Tendance :

Augmentation positive		Réduction négative	
Réduction positive		Stable	
Augmentation négative			

OBJECTIFS NÉGOCIÉS							
No indicateur	Description indicateur	Résultats					
		2013-2014	Cible	2014-2015	Écart à la cible	Clignotant	Tendance
	Pourcentage des actions de prévention prévues en dépendances mises en œuvre par le centre de santé et de services sociaux (CSSS) dans les services cliniques de première ligne.	En voie de réalisation	Élaboration et mise en œuvre plan action	Réalisé		😊	
1.08.05	Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes recevant des services de soutien d'intensité variable.	44,7	81	42	-48,15 %	😞	⬇️
1.08.06	Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes recevant des services de soutien dans le milieu (SIM).	259,3	387	253	-34,63 %	😞	⬇️
1.08.09.1	Nombre de jeunes souffrant de troubles mentaux recevant des services de première ligne.	213	195	227	16,41 %	😊	⬆️
1.08.09.2	Nombre d'adultes souffrant de troubles mentaux recevant des services de première ligne.	488	594	519	-14,45 %	😞	⬆️
3.2.6	Le CSSS a accès au soutien continu d'un psychiatre répondant pour son équipe de première ligne.	Réalisé	Réalisé	Réalisé		😊	
	Pourcentage des membres du personnel ayant fait l'objet d'une appréciation de leur contribution.	54,6 %	75 %	100 %	33,3 %	😊	⬆️
3.01	Ratio des heures en assurance-salaire par rapport aux heures travaillées.	7,69 %	7,2 %	6,02 %	-16,4 %	😊	⬇️
3.05.01	Ratio des heures travaillées en heures supplémentaires (infirmières).	4,31 %	4,55 %	3,34 %	-36,23 %	😊	⬇️
3.05.02	Ratio des heures travaillées en heures supplémentaires (général).	3,06 %	3 %	2,2 %	-26,67 %	😊	⬇️
3.06.01	Ratio des heures travaillées par des infirmières à l'emploi d'une agence privée.	0,21 %	0,5 %	0,03 %	-94 %	😊	⬇️
3.06.02	Ratio des heures travaillées par des infirmières auxiliaires à l'emploi d'une agence privée.	0,17 %	0,2 %	0,02 %	-90 %	😊	⬇️
3.06.03	Ratio des heures travaillées par des préposés aux bénéficiaires à l'emploi d'une agence.	0 %	0,1 %	0,05 %	-50 %	😊	
	Accréditation par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail de type <i>Entreprise en santé</i> .	Demande accréditation faite	Réalisé au 31 mars 2014	Réalisé		😊	

ATTENTES SIGNIFIÉES

No indicateur	Description indicateur	Résultats					
		2013-2014	Cible	2014-2015	Écart à la cible	Clignotant	Tendance
1.01.19	Pourcentage de CHGSP ayant un taux de diarrhées associées au Clostridium difficile inférieur ou égal au seuil établi.	4,1 / 10 000	< 6,3 cas par 10 000 jours-présence	4,8 / 10 000	-23,81 %	😊	↗
	Pourcentage de CHGSP ayant un taux de bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline inférieur ou égal au seuil établi.	0	< ou = à 0,56 cas par 10 000 jours-présence	0,23 / 10 000	-58,93 %	😊	↗
	Pourcentage de CHGSP ayant un taux de bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs inférieur ou égal au seuil établi.	0	maximum 3,15 cas	0		😊	→
3.1.1	Nombre de jeunes de 15-24 ans dépistés pour la chlamydia.	1 249	1 340	1 141	-14,85 %	😞	↘
	Nombre d'usagers différents rejoints par le programme d'intervention multifactorielle personnalisée.	162	137	196	43,07 %	😊	↗
	Politique de périnatalité 2008-2018, en lien avec le crédit de réallocation R-2 (2012-2013) "Périnatalité et petite enfance"	Réalisé	Maintien nombre d'ETC	Réalisé		😊	
DÉFICIENCES							
	Taux de demandes de service de priorité « urgent » traitées selon les délais - déficience physique.	100 %	90 %	100 %	11,11 %	😊	→
	Taux de demandes de service de priorité « élevé » traitées selon les délais - déficience physique.	90,9 %	90 %	100 %	11,11 %	😊	↗
	Taux de demandes de service de priorité « modéré » traitées selon les délais - déficience physique.	94,8 %	90 %	91,5 %	1,67 %	😊	↘
	Taux de demandes de service de priorité « urgent » traitées selon les délais - déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.	100 %	90 %	100 %	11,11 %	😊	→
	Taux de demandes de service de priorité « élevé » traitées selon les délais - déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.	80 %	90 %	100 %	11,11 %	😊	↗
	Taux de demandes de service de priorité « modéré » traitées selon les délais - déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.	100 %	90 %	100 %	11,11 %	😊	→
	Plan d'accès aux services en déficience.	Réalisé	Dépôt au 31 mars 2014	Réalisé		😊	

ATTENTES SIGNIFIÉES (suite)							
No indicateur	Description indicateur	Résultats					
		2013-2014	Cible	2014-2015	Écart à la cible	Clignotant	Tendance
SANTÉ PHYSIQUE							
1.09.20.01	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans le délai de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche.	85,4 %	90 %	87,5 %	-2,8 %	☹	↗
1.09.20.02	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans le délai de 6 mois pour une arthroplastie totale du genou.	91,9 %	90 %	87 %	-3,3 %	☹	↘
1.09.20.03	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans le délai de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte.	68,2 %	90 %	85,3 %	-5,2 %	☹	↗
1.09.20.04	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans le délai de 6 mois pour une chirurgie d'un jour.	87,6 %	90 %	90,7 %	0,8 %	😊	↗
1.09.20.05	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans le délai de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation.	94 %	90 %	96,7 %	7 %	😊	↗
1.09.32	Nombre de chirurgies en attente depuis plus d'un an.	16	0	18		☹	↗
1.09.01	Séjour moyen sur civière en heures.	13,7	12	14,4	20 %	☹	↗
1.09.03	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière.	1,1 %	Moins de 1 %	1,7 %	70 %	☹	↗
1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière.	15,4 %	15 %	17,1 %	14 %	☹	↗
1.09.33.1	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (calendrier).	68,7 %	90 %	66,4 %	-26,2 %	☹	↘
1.09.33.2	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (calendrier).	94,5 %	100 %	92,1 %	-7,9 %	☹	↘
	Pourcentage de conformité des établissements à l'algorithme décisionnel du RQCT.	45,5 %	80 % des patients traités < 30 minutes	66 %	-17,5 %	☹	↗
	Pourcentage de conformité des établissements à l'algorithme décisionnel du RQCT.	0 %	80 % des usagers traités < 120 minutes	0 %		☹	→
R-7	Implantation de la phase 1 du programme québécois du dépistage du cancer colorectal.	S.O.	Implantation phase 1	Réalisé		😊	

ATTENTES SIGNIFIÉES (suite)

No indicateur	Description indicateur	Résultats					
		2013-2014	Cible	2014-2015	Écart à la cible	Clignotant	Tendance
DÉSENCOMBREMENT DES URGENCES							
4.01.01	Nombre moyen de patients en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers occupant un lit de courte durée.	0	< ou = 3	0	100 %	😊	➡
4.01.05	Nombre moyen de patients en attente de lits en centre d'hébergement et de soins longue durée occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale.	1,8	< ou = 3	1,4	53 %	😊	⬇
4.01.06	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale.	0,7	< ou = 3	0,6	80 %	😊	⬇
HYGIÈNE ET SALUBRITÉ							
2.02.02	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité.	80 %	100 %	100 %		😊	↗
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂÎNÉES							
1.03.07	Implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier.	Composante 3 : 82,1 % Composante 5 : 33,3 %	Implantation des composantes 3 et 5	Composante 3 : 92,9 % Composante 5 : 33,3 %		😞	↗
D-8	Augmentation des heures de service d'aide à domicile pour la clientèle SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées), DP (déficience physique), DI (déficience intellectuelle) et TED (trouble envahissant du développement).	117 338	115 628	140 709	21,69 %	😊	↗
DÉPENDANCES							
1.07.05	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par le CSSS.	73	98	104	6,1 %	😊	↗
SANTÉ MENTALE							
	Plan d'action locale de santé mentale.	S.O.	À réaliser	Réalisé		😊	
PARTENARIAT DANS LES PROGRAMMES-SERVICES							
	Ententes de services avec les organismes communautaires.	S.O.	Faire parvenir à l'agence une copie des ententes	En voie de réalisation		😐	

AUTRES ATTENTES SIGNIFIÉES (suite)							
No indicateur	Description indicateur	Résultats					
		2013-2014	Cible	2014-2015	Écart à la cible	Clignotant	Tendance
	Avoir transmis à l'agence la planification de la main-d'œuvre 2014-2017 pour le 30 septembre 2014.	Réalisé	Planification transmise	Réalisé		😊	
	Respect de l'équilibre budgétaire.	(763 410) \$	800 000 \$	(925 439) \$		😊	↗
1.01.14	Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin contre le DCaT-VIP-Hib ou DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais.	89,8 %	90 %	90,3 %	0 %	😊	↗
1.01.15	Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais.	77,8 %	90 %	83,8 %	-6,89 %	😞	↗
1.01.23	Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des clientèles vulnérables.	83	88	91	3 %	😊	↗
	Pourcentage des demandes de mammographies de dépistage en attente de moins de 3 mois.	S.O.	100 %	83,2 %	-16,8 %	😞	

ANNEXE 3

LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Gestion et contrôle des effectifs

Description	Catégorie SCT	Données janvier à mars 2014	Données janvier à mars 2015	Cible respectée	Écart	Mesure prise ou à prendre
Personnel d'encadrement	1	52 582	52 032	Oui	550	Aucune
Personnel professionnel	2	93 781	92 742	Oui	1 039	Aucune
Personnel infirmier	3	318 703	299 526	Oui	19 177	Aucune
Personnel de bureau, technicien et assimilé	4	448 372	426 402	Oui	21 970	Aucune
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	5	109 960	98 017	Oui	11 943	Aucune
Étudiants et stagiaires	6	625	844	Non	-219	Aucune
Grand total :		1 024 023	969 563		54 460	

Contrats de services

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	0	- \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	2	54 027,23 \$
Total des contrats de services	2	54 027,23 \$

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

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

ANNEXE 4

RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

**INFORMATIONS À FOURNIR CONCERNANT LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE
SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
(2002, c.71) ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SERVICES
DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q. c. S-4.2)
Exercice concerné : 2014-2015**

Identification de l'agence de développement : De la Mauricie et du Centre-du-Québec

Numéro d'identification de l'établissement : 1104 4385

Nom de l'établissement : Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

Nom du répondant : Marineau Prénom : Jean

Titre du répondant : Conseiller en gestion des risques

1. Comité de gestion des risques et de la qualité

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

1.2 Date de la mise en place du comité : 27 novembre 2006

1.3 Nombre de membres :

	Fonction	Fonction
1.4 Membres :	<u>Directeur de la qualité, des relations avec les partenaires et la communauté ainsi que de la santé publique</u>	<u>Personnel en santé et sécurité au travail</u>
	<u>Conseiller en gestion des risques</u>	<u>Représentant des services techniques et des ressources informationnelles</u>
	<u>Médecin</u>	<u>Représentant des ressources intermédiaires</u>
	<u>Pharmacienne</u>	<u>Représentant de la Direction des pratiques professionnelles</u>
	<u>Professionnel en prévention des infections</u>	<u>Représentant de la Direction des personnes en perte d'autonomie</u>
	<u>Personnel en entretien sanitaire (buanderie, déchets médicaux)</u>	<u>Représentant de la Direction de l'enfance, de la jeunesse et de la famille</u>
	<u>Responsable des mesures d'urgence</u>	<u>Représentant de la Direction de la santé physique</u>
	<u>Comité des usagers</u>	<u>Représentant de la Direction de la santé mentale et des dépendances</u>
	<u>Représentant du comité partenaire de soins et de services</u>	

1.5 Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours : 3

1.6 Les problèmes que le comité priorisera l'an prochain : ➤ Accent mis sur la prévention
➤ Audits
➤ Inspections préventives

1.7 Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain : ➤ Analyse prospective.
➤ Évaluation des situations à risques.

2. Divulgaration de tout accident

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

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

2.2 Si oui, date de mise en vigueur du règlement (JJ/MM/AAAA) : Adopté : 14 mars 2006
Révisé : 17 avril 2007

2.3 Les règles de divulgation sont respectées :
Jamais Quelques fois La plupart du temps x Difficile à savoir

2.4 Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves :
Jamais Quelques fois La plupart du temps x Difficile à savoir

2.5 Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées suite à une analyse approfondie :
Jamais Quelques fois La plupart du temps x Difficile à savoir

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

3. Déclaration de tout incident et accident et constitution d'un registre local

3.1 Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 934

3.2 Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse : 747
20 % 40 % 60 % 80 % x 100 %

3.3 Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence : 448
20 % 40 % 60 % x 80 % 100 %

3.4 Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 4312

3.5 Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie : 3450
 20 % 40 % 60 % 80 % ☒ 100 %

3.6 Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence : 2070
 20 % 40 % 60 % ☒ 80 % 100 %

3.7 Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès : 4

3.8 Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés : **Données non disponibles**

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

3.10 Si oui, date de sa mise en place (JJ/MM/AAAA) : Logiciel GESRISK
1^{er} avril 2007

3.11 Nombre de rapports transmis à l'agence de développement sur les incidents ou accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 1

4. Agrément des services dispensés

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

4.2 Si oui, nom de l'organisme sollicité : **Programme conjoint Agrément
Canada et Conseil Québécois
d'Agrément (Programme Qmentum)**

4.3 Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité : _____

4.4 Date à laquelle cet organisme sera sollicité (JJ/MM/AAAA) : _____

4.5 Agrément obtenu : Oui ☒ Non ☐

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : Agréé

4.7 Rapport(s) abrégé(s) d'agrément transmis :	Oui	Non
– au ministre :	☒	☐
– à l'agence de développement :	☒	☐
– aux ordres professionnels concernés :	☒	☐

ANNEXE 5

LISTE DES ACRONYMES

Acronyme	Description
----------	-------------

A

ASI	Assistant du supérieur immédiat
-----	---------------------------------

B

BCM	Bilan comparatif des médicaments
-----	----------------------------------

C

CA	Conseil d'administration
----	--------------------------

CHJG	Centre d'hébergement Joseph-Garceau
------	-------------------------------------

CHL	Centre d'hébergement Laflèche
-----	-------------------------------

CIC	Centre d'intégration communautaire
-----	------------------------------------

CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
--------	--

CLSC	Centre local de services communautaires
------	---

CSSS	Centre de santé et de services sociaux
------	--

D

DPPA	Direction des personnes en perte d'autonomie
------	--

DSMD	Direction de la santé mentale et des dépendances
------	--

DSPHy	Direction de la santé physique
-------	--------------------------------

F

FADM	Feuille d'administration des médicaments
------	--

E

ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
-----	--

ETC	Équivalent temps complet
-----	--------------------------

G

GESRISK	Logiciel permettant la gestion d'entrée de donnée de tous les incidents-accidents
---------	---

H

HCM	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
-----	----------------------------------

M

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

P

PALV Perte d'autonomie liée au vieillissement

PCI Prévention et contrôle des infections

PCP Pratique clinique préventive

R

RNI Ressource non institutionnelle

S

SARM Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline

U

UCDG Unité de courte durée gériatrique

URG Unité de réadaptation gériatrique

Nos installations

Centre régional de santé mentale
1705, avenue Georges
Shawinigan (Québec) G9N 2N1
Téléphone : 819 536-7500

Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
50, 119^e Rue
Shawinigan-Sud (Québec) G9P 5K1
Téléphone : 819 536-7500

CLSC du Centre-de-la-Mauricie
1282, rue Sainte-Hélène
Shawinigan (Québec) G9N 0E6
Téléphone : 819 539-8371

Centre de formation et de services
80, 118^e Rue
Shawinigan-Sud (Québec) G9P 3E4
Téléphone : 819 536-7500

Centre d'hébergement Laflèche
1650, 6^e Avenue
Grand-Mère (Québec) G9T 2K4
Téléphone : 819 533-2500

Centre d'hébergement Saint-Maurice
555, avenue de la Station
Shawinigan (Québec) G9N 1V9
Téléphone : 819 536-0071

Centre de services de
Saint-Élie-de-Caxton
Maison du citoyen
20, chemin des Loisirs
Saint-Élie-de-Caxton (Québec) G0X 2N0
Téléphone : 819 221-2839

Centre administratif du CSSS de l'Énergie
243, 1^e rue
Shawinigan (Québec) G9N 1K2
Téléphone: 819 536-7500

Centre de services et de la santé au
travail du Haut-Saint-Maurice
885, boul. Ducharme
La Tuque (Québec) G9X 3C1
Téléphone : 819 523-4581

Centre de services de la santé
au travail - Trois-Rivières
48, Toupin (2^e étage)
Trois-Rivières (Québec) G8T 3Y5
Téléphone : 819 370-2100

Équipe de quartier, secteur Shawinigan
2623, avenue Georges
Shawinigan (Québec) G9N 8R6
Téléphone : 819 539-4282

Équipe de quartier, secteur Grand-Mère
500, 5^e Rue
Grand-Mère (Québec) G9T 5L5
819 533-4283

CIC de Drummondville
400, rue Saint-Georges, local 105
Drummondville (Québec) J2C 4H4
Téléphone : 819 479-0606

CIC de La Tuque
885, boul. Ducharme
La Tuque (Québec) G9X 3C1
Téléphone : 819 523-4581 poste 2706

CIC de Shawinigan
1650, avenue Georges
Shawinigan (Québec) G9N 2M8
Téléphone : 819 537-6647

CIC de Trois-Rivières
772, rue Champflour
Trois-Rivières (Québec) G9A 1Z4
Téléphone : 819 379-2526

CIC de Victoriaville
905, boul. des Bois-Francis Sud
Victoriaville (Québec) G6P 5W1
Téléphone : 819 357-3322

Visitez le www.etrehumain.ca !