

Rapport de GESTION

20¹⁴₁₅

Centre de santé et de services sociaux
de la MRC-de-Coaticook



TABLE DES MATIÈRES

Déclaration de fiabilité des données	4
Message du président et du directeur général	5
Mot de la présidente-directrice générale du CIUSSS de l’Estrie—CHUS	7
Conseil d’administration	8
Organigramme	9
Mission • Territoire et population desservie	10
Direction des services multidisciplinaires et des programmes-services à la population	12
Direction des soins infirmiers et des programmes de Santé physique	19
Direction des services administratifs	36
Direction de la performance, de la qualité et des communications	46
Comité de gestion des risques	51
Conseil multidisciplinaire	60
Conseil des infirmières et infirmiers	61
Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens	62
Comité de vigilance et de la qualité	63
Comité de gouvernance et d’éthique	64
Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	65
Comité des usagers et des résidents	66
Fondation du CSSS de la MRC-de-Coaticook	67
Bénévolat	68
Annexe 1 - Code d’éthique et de déontologie à l’intention des administrateurs	69
Annexe 2 - États financiers détaillés	76

Ce document est disponible en version électronique sur le site Web : cssscoaticook.ca.

Les genres masculin et féminin y sont utilisés sans discrimination et dans le seul but d’alléger le texte.

ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLPQS	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DPQC	Direction de la performance, de la qualité et des communications
DSA	Direction des services administratifs
DSISPh	Direction des soins infirmiers et des programmes de Santé physique
DSMPSP	Direction des services multidisciplinaires et des programmes-services à la population
EJFASP	Enfance-Jeunesse-Famille, Adulte et Santé publique (programme-services)
GMF	Groupe(s) de médecins de famille
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSI	Plan de service individualisé
RLS	Réseau local de services
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
TED	Troubles envahissants du développement
UTRF	Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle

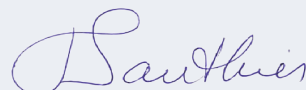
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

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

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

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



Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale
Centre intégré universitaire de santé et des services
sociaux de l'Estrie—Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

L'année 2014-2015 peut être caractérisée par la poursuite des travaux de mise en œuvre des différents projets prioritaires identifiés dans la planification stratégique. Le projet de fusion annoncé et amorcé avec le CSSS de Memphrémagog s'est vu « mis sur la glace » subitement, compte tenu du dépôt de la loi 10 par le ministre de la santé et des services sociaux, le 25 septembre dernier, dans lequel il annonçait un projet plus imposant de fusion de l'ensemble des établissements de la région. Malgré ce changement de cap historique, le CSSS de la MRC-de-Coaticook a réussi à concrétiser plusieurs projets d'amélioration au niveau des soins et services.

Parmi les améliorations les plus significatives, mentionnons au plan des soins et services cliniques :

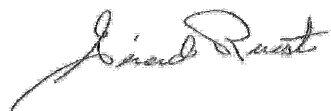
- Soutien au réseau local de service afin que les acteurs s'approprient l'approche de responsabilité populationnelle en collaboration avec la direction de santé publique.
- Déploiement local de la trajectoire régionale pour l'évaluation diagnostique des enfants atteints du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).
- Amorce d'un programme d'insertion socioprofessionnelle en collaboration avec l'organisme en santé mentale l'Éveil.
- Optimisation des pratiques cliniques pour les soins de plaies.
- Implantation d'un système automatisé et robotisé de distribution de médicaments (SARDM) qui permet de réduire, de façon drastique, les erreurs de médicaments.
- Aménagement d'un nouveau centre de prélèvements et optimisation des processus réduisant ainsi le temps d'attente.
- Prise en charge des services en inhalothérapie, auparavant achetés au CSSS-IUGS.
- Déploiement d'une approche de groupe pour les personnes souffrant de douleurs chroniques au dos.
- Déploiement d'une nouvelle offre de service, soit le dépistage des troubles de l'acquisition de la coordination (TAC) chez la clientèle pédiatrique.

Au plan de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services, mentionnons les améliorations suivantes :

- Implantation d'un programme global de prévention des chutes.
- Implantation d'un processus intégré de gestion des risques.
- Audit et mise en œuvre d'un plan d'action afin de renforcer l'hygiène des mains.

Au plan des services de soutien, nous considérons digne de mention les améliorations suivantes :

- Mise en œuvre de nouvelles routes de ménage et formation continue de la standardisation des techniques de travail et de désinfection.
- Création d'une vidéo de sensibilisation sur la santé psychologique au travail pour laquelle nous sommes en nomination pour « *Les Grands Prix santé et sécurité au travail - Finaliste régional 2015 - Catégorie Innovation* ».
- Amélioration de la salle d'attente rendant plus agréable l'attente à l'urgence et insonorisation du poste de garde dans ce secteur.



Gérard Ruest
Président du conseil d'administration

Nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble du personnel pour leur contribution exceptionnelle qui a permis d'améliorer la santé et le bien-être de la population de la MRC-de-Coaticook. Nous remercions également les membres du conseil d'administration qui ont gouverné avec diligence. Ces gens de cœur ont été bien appuyés par l'ensemble des membres des conseils professionnels, du comité des usagers et des résidents ainsi que de la Fondation. Avec tous ces gens de qualité, nous entrevoyons avec confiance le changement de gouverne qui s'amorcera le 1^{er} avril prochain.



Donald Massicotte
Directeur général

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS)

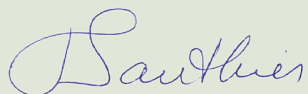
À partir du 1er avril 2015, l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales fait en sorte que la région doit créer un nouvel établissement afin d'améliorer l'accessibilité, la fluidité,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

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

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

Pour s'imprégner de cette nouvelle vision, une démarche participative a été lancée afin d'établir les nouvelles valeurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. En tout, c'est près de 2 500 personnes qui ont participé (membres du personnel, médecins, population, etc.). Les valeurs retenues sont l'**humanisme**, l'**engagement** et l'**adaptabilité**.

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



Mme Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale
Centre intégré universitaire de
santé et des services sociaux de
l'Estrie — Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au 31 mars 2015, le conseil d'administration était composé ainsi :

ADMINISTRATEURS

Gérard Ruest, président	Gaétan Couture
Robert Savage, vice-président	Vicky Désorcy
Donald Massicotte, secrétaire et directeur général	Albert Favreau
Chantal Bélanger	Line Gendron
Pierre Benoit	Carole J. Guay
Natasha Bird	Diane Lauzon-Rioux
Jean-Christian Blais	Philippe Limoges
Julie Bourque	Éric Ouellet
Gladys Bruun	Jean Provencher

COMITÉ DE VÉRIFICATION

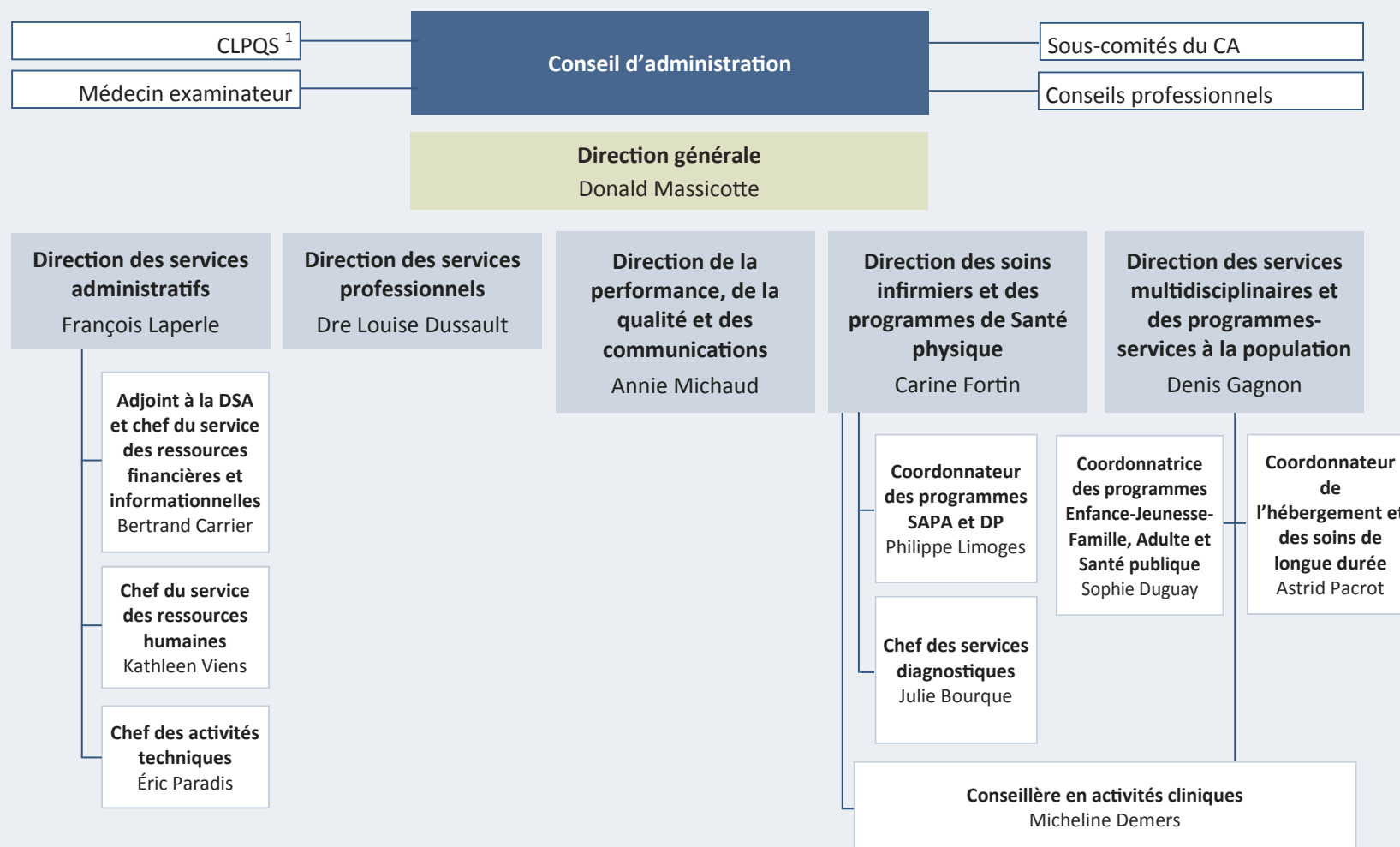
Albert Favreau
Gérard Ruest
Robert Savage

Le conseil d'administration est doté d'un code d'éthique et de déontologie qui définit et précise les obligations et devoirs généraux des administrateurs.

Ce code est présenté à l'annexe 1 du présent rapport.

Aucun manquement au respect du code d'éthique et de déontologie n'a été constaté au cours de la dernière année.

ORGANIGRAMME



¹ Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

MISSION

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) est un établissement à vocations multiples qui regroupe les missions de centre hospitalier (CH), de centre local de services communautaires (CLSC) et de centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD).

Il offre des services de santé, des services sociaux, des services d'hébergement ainsi que des services de courte durée gériatrique à l'ensemble de la population de la MRC de Coaticook.

S'ajoutent à ces activités, les services généraux, les services diagnostiques et l'exploitation d'une salle d'urgence ouverte 24 heures par jour, sept jours par semaine.

Par le biais des services qu'il offre et des activités qu'il réalise, l'établissement vise à maintenir et améliorer la santé et le bien-être des enfants, des jeunes et de leur famille, des adultes et des personnes âgées du territoire.

TERRITOIRE ET POPULATION DESSERVIE

La MRC de Coaticook est désignée rurale et elle englobe 12 municipalités. De façon sommaire, la partie Ouest de la MRC est consacrée à l'agriculture, alors que la partie Est se consacre à la foresterie; on trouve aussi dans la partie Est le centre des activités industrielles et commerciales.

La population totale de la MRC s'établit à **19 153¹ habitants** en 2013. Elle compte 9 786 hommes et 9 367 femmes. Les jeunes âgés de 0 à 14 ans composent 17,9 % de la population; les personnes âgées entre 15 et 64 ans représentent 64,7 %, et celles de 65 ans et plus représentent 17,4 %.

Données sur la santé de la population

Dans la MRC de Coaticook, les données relatives à la santé de la population présente certains écarts avec celles de la population de l'Estrie et de la population québécoise. Ils sont présentés dans les tableaux de la page suivante.

1. Source : 2012 à 2031

MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information. Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents, basées sur le recensement de 2006. Ces données tiennent compte de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien, version décembre 2009 (découpage en vigueur le 1^{er} janvier 2010).

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE (2007-2009) EN TERMES D'ANNÉES

	MRC de Coaticook	Etrie	Québec
Femmes	84,4	84,4	83,3
Hommes	79,8	79,1	78,7
Total	82,0	81,8	81,1

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS EN SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE (2009-2012) POUR 10 000 HABITANTS

	MRC de Coaticook	Etrie	Québec
Tumeurs malignes	48,3	61,1	57,3
Appareil circulatoire	100,2	128,0	106,7
Appareil respiratoire	55,4	86,4	74,2
Appareil digestif	65,1	79,5	75,5
Organes génito-urinaires	45,6	48,6	40,5
Traumatismes	94,3	100,2	75,9

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATIONS POUR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS (2009-2012) POUR 10 000 HABITANTS

	MRC de Coaticook	Etrie	Québec
Occupants de véhicules à moteur	9,2	6,4	4,3
Ensemble des traumatismes non intentionnels	63,1	63,3	47,9

DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES ET DES PROGRAMMES-SERVICES À LA POPULATION

La direction des services multidisciplinaires et des programmes-services à la population assure auprès de la population, l'offre des programmes-services généraux et spécifiques de façon à se coordonner avec la direction des services professionnels (services médicaux) et celle des soins infirmiers et des programmes de Santé physique.

En plus de voir à l'implantation des meilleures pratiques cliniques, elle s'assure du développement optimal des compétences des divers professionnels autres que médecins et infirmiers.

Elle est aussi responsable de la planification, du suivi et de l'évaluation du projet d'amélioration de la santé et du bien-être de la population (projet clinique), en collaboration avec les partenaires de la communauté.

Elle contribue au développement des communautés et supervise l'offre de service d'organisation communautaire.

LES PROGRAMMES-SERVICES REGROUPÉS SOUS CETTE DIRECTION :

Programmes Enfance-Jeunesse-Famille, Adulte et Santé publique

- Programme-services Services généraux
- Programme-services Santé publique
- Programme-services Jeunes en difficulté
- Programme-services Santé mentale
- Programme-services Dépendances
- Programme-services Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Programmes Hébergement et Soins de longue durée

- Hébergement
- Soins de longue durée

Services d'organisation communautaire

Les services d'organisation communautaire s'adressent principalement aux groupes et aux communautés affectés par les inégalités, l'appauvrissement, la marginalité et l'exclusion. Il s'agit d'une intervention professionnelle orientée vers un changement social par le renforcement de l'autonomie de la communauté, de la solidarité de ses membres et de la participation sociale de chacun.

L'arrivée d'une nouvelle ressource en octobre 2014 a permis de réaliser les principaux mandats suivants :

- Soutien au développement du Réseau local de services (RLS).
- Soutien au démarrage d'une nouvelle ressource de répit pour la clientèle Déficience intellectuelle et Trouble du Spectre de l'Autisme de 5 ans et plus. La ressource est en recherche active de financement et n'a pas vu le jour encore.
- Représentante du CSSS aux concertations locales et régionales suivantes: Mobilis'action 0-5 ans, Comité famille MADA, Comité pour la solidarité et l'inclusion sociale, Table de concertation régionale et Table de concertation régionale pour la lutte contre la maltraitance envers les aînés.
- Répondante « École en santé » en offrant du support et du soutien dans les écoles primaires et secondaires du territoire. Cinq écoles du territoire sont inscrites « École en santé » et développent des projets dans leur milieu afin d'améliorer la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes.
- Support dans la mise en place du projet de recherche-action sur la participation sociale des aînés - QADA, en participant à différents comités de travail et en effectuant les liens avec les
- chercheurs, l'équipe du CSSS de la MRC-de-Coaticook et la communauté.
- Implication dans un comité d'avancement des pratiques en développement des communautés.

Conseillère cadre aux activités cliniques

Outre le soutien clinique individuel et de groupe, le soutien lors de diverses situations d'urgence et le support à l'organisation clinique dans les équipes, voici les principaux mandats de la conseillère cadre aux activités cliniques au cours de la dernière année :

- Répondante régionale de l'approche auprès des familles vivant une situation de grande vulnérabilité (Programme Parent'Aise) et formation des intervenants et des partenaires sur l'approche et les outils.
- Agente de liaison pour les interventions de l'Équipe Intervention Jeunesse (EIJ).
- Responsable du déploiement de la trajectoire régionale du Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et soutien clinique pour l'application des outils cliniques auprès des intervenants et des partenaires.
- Gestionnaire d'accès pour les programmes en déficience.
- Soutien psychosocial au secteur Soutien aux personnes en perte d'autonomie (SAPA) pour la réalisation du plan d'action.
- Formatrice pour le « *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées* ».
- Répondante pour toutes questions en lien avec la curatelle et les régimes de protection.

Programmes Enfance-Jeunesse-Famille, Adulte et Santé publique

SERVICES GÉNÉRAUX

- Interventions auprès des personnes ayant des idéations suicidaires, troubles d'adaptation, premier épisode dépressif, suivis conjugaux.
- Co-animation du programme de prévention «Choisir de maigrir?».

SANTÉ PUBLIQUE

- Vaccination antigrippale saisonnière 3 043 doses administrées à la population, 186 doses au personnel de l'établissement.
- Maintien des différentes activités de prévention de l'équipe 0-5-30 et soutien au développement des saines habitudes de vie auprès des employés de la Caisse Desjardins des Verts-Sommets de l'Estrie.
- Maintien des services intégrés en périnatalité et petite enfance.
- Participation des infirmières en périnatalité à la trajectoire de la femme enceinte via l'étape des appels prénataux.
- Observation d'une diminution de l'offre de service Fluppy : programme de dépistage, de prévention et d'intervention au niveau des habiletés sociales chez les enfants de la maternelle. Encore cette année, peu d'enfants cadraient dans les critères d'admissibilité au programme. Les intervenantes ont dû, en concertation avec le partenaire scolaire, assouplir certains critères afin d'admettre des enfants au programme en concertation avec le partenaire

scolaire.

- Poursuite du projet « École en santé ». Ce programme de prévention favorise l'implantation et le maintien des saines habitudes de vie (ex : alimentation dans les cafétérias, saines habitudes par rapport au sommeil, activités physiques, sécurité dans les cours d'école, etc.). Ce volet de la santé publique se travaille en concertation avec le kinésiologue, l'organisatrice communautaire et les directions des quatre écoles rejointes ainsi qu'avec les partenaires pour les saines habitudes de vie.
- Collaboration avec le CSSS-IUGS pour les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE). Des cliniques de dépistage des ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang) ont eu lieu au CRIFA et au CSSS de la MRC-de-Coaticook. Treize personnes ont été rejointes. Promotion et sensibilisation ont été effectuées auprès des équipes à l'interne, de l'intervenante du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie (CRDE) ainsi qu'auprès de divers partenaires par exemple, le Centre Jeunesse Estrie (CJE).
- Maintien de la participation aux programmes Sentinelle et RESO (réseau d'organismes engagés à réduire le suicide chez les hommes).
- Application de scellants aux étudiants de secondaire 2 de la Polyvalente La Frontalière par les hygiénistes dentaires.

JEUNES EN DIFFICULTÉ

- Collaboration avec la MRC de Coaticook pour le maintien du travailleur de rue afin de favoriser des actions préventives.
- Maintien et consolidation du programme Parent'Aise, programme de négligence pour les familles vulnérables ayant des enfants âgés entre 0-12 ans. Collaboration étroite avec Avenir d'enfants et la Maison de la famille pour la tenue de rencontres de groupes de parents.
- Maintien du comité « La Voix des Parents » qui réunit des parents d'enfants de 0-5 ans. Les réflexions des parents sur les besoins de ces enfants sont rapportées à la Table 0-5 ans afin d'adapter l'offre de service aux besoins des familles.
- Maintien du programme CAFE (crise-ado-famille-enfance), un programme d'intervention de crise auprès des familles, offert de 15 h à 20 h 30 du lundi au vendredi. Par la suite, les familles bénéficient d'un suivi intensif permettant de préserver les liens familiaux. Cinq familles ont bénéficié de ce programme cette année.
- Extension du rôle du coordonnateur jeunesse dans la supervision clinique. Il est libéré 2 jours/semaine et remplacé dans ses fonctions et ce, pour une période de 18 mois.

SANTÉ MENTALE

- Participation et animation de la Table Santé mentale adulte, qui est intégrée à la Table de concertation 18-64 ans du Réseau local de service (RLS).

- Début du programme insertion socioprofessionnelle en collaboration avec l'Éveil, organisme communautaire en santé mentale. Il permet d'accompagner et supporter certaines clientèles : santé mentale, déficience physique et intellectuelle.
- Maintien de l'entente d'une place de dépannage pour la clientèle en santé mentale au Pavillon St-Gabriel de Martinville.
- Continuité du programme de soutien au logement communautaire (4 usagers bénéficiaires). Il comprend un support des intervenants de l'Éveil, en collaboration avec les intervenants du CSSS pour l'apprentissage et le maintien des acquis AVD-AVQ.
- Participation à un projet paritaire sur l'organisation du travail pour la clientèle avec des troubles graves du comportement avec suivi d'intensité variable (SIV). Le projet s'est terminé le 31 mars 2015. Il regroupait trois grands objectifs : la diminution du taux de roulement dans les équipes SIV, la diminution du taux de recours de la clientèle au service d'urgence psychiatrique et l'amélioration du sentiment de sécurité et de compétence des intervenants.
- Accueil de deux stagiaires dans l'équipe: un psychoéducateur et un technicien en éducation spécialisée.
- Départ du psychiatre répondant. En attente d'une réponse du CHUS concernant son remplacement.

DÉPENDANCES

- Maintien du comité Dépendances (comité de partenaires). Le maintien et le leadership sont assurés par l'intervenant dédié en dépendances au CSSS.
- Soutien financier à certains partenaires pour la mise en place d'activités de prévention. Des activités ont été réalisées afin de sensibiliser la population au phénomène des dépendances : soutien au camp des jeunes aidants de la Frontalière, activités du hockey mineur et du club de hockey Dynamick pour les jeunes de milieux défavorisés. Environ 150 jeunes de 12-15 ans provenant d'une clientèle plus vulnérable et considérée à risqué ont été rejoints. L'objectif du plan d'action a été atteint.
- Promotion et sensibilisation aux programmes Dépendances et Alcochoix auprès de divers partenaires de la région et auprès des équipes internes EJFA-Santé mentale et SAPA.
- Formation et promotion de l'outil de détection DÉBA (outil de détection en dépendances pour les services de 1^{re} ligne).
- ressource de répit locale.
- Implantation de la trajectoire TSA (Trouble du Spectre de l'Autisme).

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

- Rencontre avec le CRDITED-Estrie afin de revoir l'offre de service 1^{re} et 2^e lignes et présenter leurs services à l'équipe.
- Signature d'une entente avec l'Association sportive des jeunes handicapés de l'Estrie afin d'offrir du répit-stimulation ainsi qu'un camp de jour pour la période estivale à de jeunes déficients intellectuels du territoire.
- Soutien et accompagnement de la part de l'organisatrice communautaire à un groupe de parents qui souhaitent créer une ressource de répit locale.
- Implantation de la trajectoire TSA (Trouble du Spectre de l'Autisme).

Les tableaux suivants présentent un bilan des activités et des services offerts, selon les tranches d'âge de la clientèle.

CLIENTÈLE 0 - 5 ANS

Activités et services

- Programme OLO (œufs, lait, oranges)
- Suivis postnatals
- Rencontres prénatales
- Programme de soutien aux jeunes parents
- Services intégrés en périnatalité et petite enfance
- Vaccination
- Suivis de santé
- Services psychosociaux
- Orthophonie
- Relevailles

Année	2014-2015	2013-2014
Nombre d'utilisateurs	955	1 054
Nombre d'interventions	3 686	3 651

CLIENTÈLE 6 - 18 ANS

Activités et services

- Fiche de santé
- Soutien premiers soins, formations
- Couverture vaccinale (hépatite B en 4^e année primaire et D₂T₅ en 3^e secondaire)
- Services dentaires
- Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)
- Groupe-parents
- Parent'Aide (programme en négligence)
- Suivis réguliers
- Programme Santé mentale
- Programme « École en Santé »
- Intensification des services aux jeunes
- Projet Répit Vacances Famille
- Services psychosociaux
- Clinique des jeunes (exclusif aux 12-18 ans)

Année	2014-2015	2013-2014
Nombre d'utilisateurs	1 170	1 426
Nombre d'interventions	3 444	3 439

CLIENTÈLE 18 ANS ET PLUS

Activités et services

- Suivis psychosociaux (services courants en santé mentale)

Secteur « Adultes »	2014-2015	2013-2014	Secteur « Santé mentale »	2014-2015	2013-2014
Nombre d'utilisateurs	193	197	Nombre d'utilisateurs	276	257
Nombre d'interventions	1 012	1 125	Nombre d'interventions	3 386	3 054

ENSEMBLE DE LA CLIENTÈLE (0 - 100 ANS)

Activités et services

- Service d'accueil, d'évaluation et de référence, incluant les situations de crise, situations de violence, problématique suicidaire, interruption volontaire de grossesse (IVG)

Nombre total d'utilisateurs : 529

Nombre de demandes de services : 507

Note : Le nombre de demandes de services inclut toutes les demandes que l'Accueil psychosocial a reçues et traitées.

- Situations de crise, situations de violence, problématique suicidaire, interruption volontaire de grossesse (IVG), auxquelles ont répondu les intervenants des secteurs « Enfance, jeunesse, familles » et « Adultes »

Nombre d'utilisateurs : 84

Nombre d'interventions : 124

OBJECTIFS

- Assurer l'accessibilité des services en langue anglaise à la population anglophone
- Assurer les suivis auprès des utilisateurs anglophones (0-100 ans)

Nombre total d'utilisateurs : 39

Nombre total d'interventions : 134

Note : Un utilisateur peut avoir fait plus d'une demande de services.

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES PROGRAMMES DE SANTÉ PHYSIQUE ET DE SOUTIEN À DOMICILE (DSI-SPh-SAD)

La direction des soins infirmiers et des programmes de Santé physique et de Soutien à domicile (DSI-SPh-SAD) s'assure, entre autres, de développer une vision transversale pour les soins infirmiers dans tous les programmes-clientèles. En plus de voir à l'implantation des meilleures pratiques cliniques, elle favorise les programmes de formation continue. Enfin, elle soutient la formation de la relève, le développement et le transfert des connaissances dans la pratique clinique.

La DSI-SPh-SAD participe aussi activement à différents comités au niveau local et régional et exerce un leadership essentiel au bon fonctionnement des différents services sous sa responsabilité. Ses actions sont guidées par son souci à la fois d'offrir une excellente qualité de prestation de soins et par la sécurité des usagers.

En lien avec les soins infirmiers, la DSI, assistée de la conseillère clinique en soins infirmiers, chapeaute de nombreux dossiers comme :

- Approche adaptée à la personne âgée
- Prévention des infections nosocomiales
- Gestion des produits immunisants
- Gestion des soins de plaies
- Gestion des mesures de contrôle
- Prévention et gestion des chutes
- Gestion des médicaments
- Gestion des compétences
 - Infirmières
 - Infirmière praticienne
 - Infirmières auxiliaires
 - Préposés aux bénéficiaires

En lien avec la Santé physique, cette direction, épaulée de la chef des services diagnostiques et du coordonnateur des programmes de Soutien à domicile, de Déficience physique et de Santé physique (SAD-DP-SPh), regroupe une grande variété de services destinés à la population tels que :

- Guichet d'accès à la clientèle orpheline (en attente d'un médecin de famille)

CHEF DES SERVICES DIAGNOSTIQUES

- Accueil, admission et centre de rendez-vous
- Archives
- Centre de prélèvements et laboratoire de biologie médicale
- Imagerie médicale
- Unité de retraitement des dispositifs médicaux (service de stérilisation)

COORDONNATEUR DES PROGRAMMES SAD-DP-SPh

- Centre de jour
- Continuum orthopédie / physiothérapie
- Déficience physique
- Électrophysiologie
- Guichet unique
- Inhalothérapie
- Nutrition
- Parc d'équipements
- Polysomnographie
- Prévention et gestion des maladies chroniques

- Programme Convalescence / Répit
- Programme Intervention multifactorielle personnalisée (IMP)
- Programme Proches aidants
- Réadaptation physique – volet ergothérapie
- Réadaptation physique – volet physiothérapie
- Ressources non institutionnelles (RNI)
- Soins infirmiers courants ambulatoires
- Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)—volet SAD
- Unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF)
- Urgence

Sont présentés par thèmes, dans les pages qui suivent, les faits saillants des travaux menés et des activités réalisées au cours de l'année par la DSI-SPh-SAD.

SOINS INFIRMIERS

SOINS DE PLAIES

- Soutien de l'ensemble du développement des soins de plaies par le biais de rencontres avec les infirmières ressources en soins de plaies.
- Optimisation des pratiques concernant la gestion des fournitures en soins de plaies.

GROUPE DE MÉDECINS DE FAMILLE (GMF)

- Déploiement d'un programme d'orientation IPS-SPL.
- Soutien de la pratique infirmière et consolidation des liens avec les services du CSSS par le biais de réunions avec les infirmières du GMF.
- Collaboration dans le développement des ordonnances collectives.
- Collaboration dans la démarche de la contribution et du rendement des infirmières relevant de la DSI.

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE

- Déploiement d'un module de formation auprès du personnel des secteurs de l'urgence :
 - Opérationnalisation de l'approche adaptée.
- Consolidation des mécanismes de communication avec les résidences de personnes âgées.

HÉBERGEMENT

- Soutien au secteur de l'hébergement dans l'appropriation des rôles professionnels.
- Consolidation des rôles infirmiers qui permettent d'optimiser les activités infirmières.
- Soutien de la pratique infirmière et consolidation des liens par le biais de réunions avec les infirmières du CHSLD.
- Formation en leadership infirmier.
- Mise en œuvre du plan d'action 2013-2015 DSI-CHSLD :
 - Élaboration et implantation d'un programme de prévention et gestion des chutes;
 - Implantation d'un système automatisé et robotisé de distribution de médicaments (SARDM);
 - Élaborer un programme de prévention et gestion des chutes;
 - Précision des modalités d'évaluation du risque de développer une plaie;
 - Développement d'un programme de soins de plaies;
 - Développement du leadership infirmier;
 - Évaluation de la qualité de la rédaction des plans thérapeutiques infirmiers.

DÉVELOPPEMENT

- Consolidation d'un poste à temps complet d'infirmière conseillère clinique en soins infirmiers.
- Implantation du projet de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments en CHSLD et à la salle d'urgence en partenariat avec le CSSS de Memphrémagog, le SARDM.
- Collaboration à la rédaction d'une entente de services professionnels et d'approvisionnement en médicaments avec le CSSS de Memphrémagog.
- Collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, à l'élaboration d'ordonnances collectives.
- Implantation d'un programme de prévention des chutes aux secteurs d'imagerie médicale, de laboratoire et de soins infirmiers courants.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS (CPI)

- Surveillance des infections nosocomiales par le biais de l'analyse trimestrielle d'un tableau de bord.
- Collaboration à la campagne de vaccination saisonnière antigrippale pour le personnel et les résidents en CHSLD.
- Élaboration d'un plan d'action 2014-2015 :
 - Surveillance de l'opérationnalisation du dossier des zones grises à l'urgence;
 - Rédaction d'un document de gestion des éclosions de gastro-entérites;
 - Élaboration d'audits en lien avec les précautions additionnelles.
- Émission de recommandations relatives au code vestimentaire.
- Organisation d'une activité de sensibilisation en lien avec l'hygiène des mains.
- Participation à la Table régionale des infirmières en prévention des infections nosocomiales, la TRIPIN.
- Participation de la DSI à la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN).

SANTÉ PHYSIQUE

ACCUEIL, ADMISSION ET CENTRE DE RENDEZ-VOUS

- Le bureau de l'accueil, de l'admission et du centre de rendez-vous est la porte d'entrée de l'établissement. Le personnel a, entre autres, la responsabilité de :
 - répondre aux appels téléphoniques et les transférer vers les personnes concernées;
 - accueillir les usagers souhaitant une consultation à l'urgence ou ayant un rendez-vous avec un médecin spécialiste ou un professionnel et procéder à leur inscription dans le système informatique;
 - diriger les usagers aux endroits appropriés;
 - fixer des rendez-vous.

ARCHIVES

- Le personnel des archives est composé d'une archiviste médicale, d'une secrétaire médicale et d'une agente administrative. Elles ont la responsabilité de :
 - gérer les dossiers;
 - colliger, coder et analyser des éléments des dossiers;
 - appliquer la politique de divulgation des informations inscrites au dossier;
- Application d'une politique relative à la gestion des dossiers des usagers.
- Épuration des dossiers inactifs.
- Réaménagement majeur des filières de dossiers actifs et inactifs.

UNITÉ DE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (UDRDM), SERVICE DE STÉRILISATION

- L'UDRDM assure la collecte, le nettoyage, la décontamination, la stérilisation ainsi que la distribution du matériel et de l'équipement stériles utilisés dans le CSSS selon les normes et lignes directrices ministérielles.

CENTRE DE PRÉLÈVEMENTS ET LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

- Aménagement d'un nouveau centre de prélèvements.
- Optimisation des processus au centre de prélèvements réduisant le temps d'attente.
- Restructuration des postes de technologistes médicaux.
- Élaboration et déploiement d'un sondage de satisfaction de la clientèle au centre de prélèvements.
- Participation au plan des mesures d'urgence Ébola.
- Support aux médecins par le biais de présentations au CMDP.
- Remplacement d'un analyseur d'urine (ADVANTUS).

L'application des recommandations de l'INESSS par les médecins du territoire engendre une diminution du nombre d'analyses en biochimie et en hématologie tel que souhaité.

Analyses	2014-2015	2013-2014
Biochimie	181 240	187 070
Hématologie	18 038	18 925
Hémostase	6 912	8 049
Microbiologie	13 911	13 022
Pathologie	239	255
Total des analyses effectuées au CSSS	220 340	227 321
Banque de sang	320	659
Biochimie	6 943	8 178
Hématologie	1 242	1 504
Microbiologie	3 298	3 305
Pathologie	1 331	1 473
Total des analyses effectuées au CHUS	13 134	15 119

IMAGERIE MÉDICALE

Le CSSS offre une accessibilité à un service de radiographie sans rendez-vous sur semaine. Il est en soutien à la salle d'urgence et à la clinique médicale sans rendez-vous 24 h par jour et sept jours sur sept.

En utilisant les différentes technologies disponibles, le service d'imagerie médicale a pour responsabilité la production d'examen diagnostiques.

La non-disponibilité de médecins spécialistes occasionne une réduction de l'offre de service de proximité dans notre établissement. Les requêtes de repas baryté, transit de marqueurs, pyélographie intraveineuse et d'échographies autres que cardiaques sont acheminées au CSSS de Memphrémagog. L'échographie cardiaque demeure disponible grâce à la présence d'une cardiologue à raison d'environ deux journées par mois.

Déploiement du module radiologie de l'ordonnance électronique et de la révision des résultats du dossier clinique informatisé Continuum Ariane-Estrie (DCI-CAE).

Production d'un manuel qualité du service d'imagerie médicale répondant à la norme d'Agrément.

Nombre d'examen		
2014-2015	2013-2014	2012-2013
10 010	11 003	11 663

GUICHET D'ACCÈS À LA CLIENTÈLE ORPHELINE

- Le guichet d'accès à la clientèle orpheline est le lieu de réception des demandes pour un médecin de famille.
- Une évaluation est effectuée par l'infirmière du guichet unique afin de prioriser les demandes reçues.
- Le coordonnateur médical assure la prise en charge en fonction des critères et des délais établis selon la disponibilité des médecins.
- Transition effectuée le 1^{er} avril 2014, de l'ancien système informatique de gestion de la clientèle orpheline de médecins de famille vers un nouveau système informatique, le Système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien (SIGACO).

Le tableau ci-dessous présente le nombre de dossiers traités selon la cote de priorité au guichet d'accès à la clientèle orpheline.

GUICHET UNIQUE

- Porte d'entrée des demandes de services professionnels, l'infirmière du guichet unique reçoit toutes les demandes de services de santé pour tout type de clientèle à l'exception des demandes psychosociales.
- Divers programmes sont disponibles via le guichet unique afin d'assurer les services à la clientèle orpheline de médecin de famille et/ou vulnérable.
- Provenance des demandes :
 - Médecins;
 - Usagers;
 - Autres centres;
 - Professionnels internes.

DOSSIERS TRAITÉS AU GUICHET D'ACCÈS À LA CLIENTÈLE ORPHELINE

COTE DE PRIORITÉ	2014-2015		2013-2014		2012-2013	
	Nb de patients en attente	Nb de patients attribués	Nb de patients en attente	Nb de patients attribués	Nb de patients en attente	Nb de patients attribués
P0 : Accessibilité médicale dans un délai de 72 heures.	0	0	0	0	0	0
P1 : Prise en charge médicale immédiate (moins de 30 jours).	0	5	0	6	0	13
P2 : Prise en charge à court terme (30 jours à 3 mois).	16	49	24	59	6	56
P3 : Prise en charge à moyen terme (3 à 6 mois).	250	51	139	127	5	171
P4 : Prise en charge non urgente (entre 6 mois à 1 an).	411	42	185	274	259	94
P5 : Toutes clientèles en bonne santé sans problèmes de santé connus.	139	17	63	76	91	210
Total	816	164	411	542	361	544

INHALOTHÉRAPIE

- Actualisation de l'offre de service de polysomnographie (étude du sommeil).
- Consolidation de l'offre de service en inhalothérapie par l'embauche d'une 2^e inhalothérapeute.
- Soutien aux médecins dans l'optimisation des traitements respiratoires.
- Maintien du programme des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).
- Prise en charge des services en inhalothérapie à domicile; services auparavant achetés à l'IUGS
- Offre de service :
 - Électrocardiogramme;
 - «Holter» (enregistrement du rythme cardiaque);
 - Inhalothérapie à domicile;
 - Moniteur de tension artérielle;
 - Polysomnographie;
 - Saturométrie;
 - Titration de CPAP.
- Participation de la direction de la Santé physique aux travaux régionaux de Télésoins MPOC à domicile.

PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES CHRONIQUES CARDIO-MÉTABOLIQUES

- Déploiement du nouveau cadre de référence intégré pour la prévention et la gestion des maladies chroniques cardio-métaboliques *Agir sur sa santé*.
 - Approche interdisciplinaire de soins, d'enseignement, de suivis et de réadaptation: infirmière, nutritionniste, conseiller en promotion de la santé (kinésologue) et inhalothérapeute.

- Centre d'abandon tabagique;
- Clinique satellite d'insuffisance cardiaque;
- Programme de gestion des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).

Nombre d'usagers suivis			
Programmes	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Diabète	45	47	55
Réadaptation cardiaque	23	32	51
MPOC	38	37	38
Insuffisance cardiaque	21	25	21

NUTRITION

- Actualisation de l'offre de service de nutrition.
- CHSLD
 - Dépistage de la dysphagie;
 - Individualisation du menu pour les résidents.
- Soutien à domicile.
- Gestion des maladies chroniques:
 - Suivis individuels;
 - Programme *Agir sur sa santé*.
- Programme «Choisir de maigrir?».
- Nutrition clinique
 - Consultation individuelle;
 - Clientèle ambulatoire;
 - Diagnostics variés.

RÉADAPTATION PHYSIQUE, VOLET PHYSIOTHÉRAPIE

- Actualisation de l'offre de service de physiothérapie.
- Déploiement d'une approche de groupe pour la clientèle souffrant de douleur chronique au dos.
- Continuum en orthopédie (prothèses de hanches et de genoux).
- Programme CSST.
- Clientèle desservie :
 - CHSLD;
 - Soins de courte durée;
 - Clinique externe;
 - Soutien à domicile.
 - UTRF.

Requêtes cliniques externes			
	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Reçues	546	588	521
Traitées	428	365	383
Terminées	416	355	354

Physiothérapie à domicile			
	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Nb d'utilisateurs	161	144	114
Nb d'interventions	695	635	545 ¹

¹ Embauche de 0,6 ETC en lien avec le budget SAPA

Physiothérapie en hébergement (Hébergement permanent, soins de courte durée, UTRF, soins palliatifs, répit)

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Utilisateurs évalués	107	111	63
Jours-traitements	619	616	409

GESTION DES PRODUITS IMMUNISANTS

- Poursuite de l'application des normes et pratiques de gestion des produits immunisants.

SOINS INFIRMIERS COURANTS AMBULATOIRES

- Les soins infirmiers courants offrent une gamme de services à une clientèle ambulatoire :
 - Soins de plaies;
 - Administration de médicaments injectables;
 - Enseignement;
 - Traitements divers.

Nombre d'interventions		
2014-2015	2013-2014	2012-2013
5 999	6 664	6 944

URGENCE

- Aménagement de la pharmacie.
- Implantation d'un système automatisé et robotisé de distribution de médicaments (SARDM).

ÉLECTROPHYSIOLOGIE

L'inhalothérapeute et les infirmières des services infirmiers courants ont procédé aux examens suivants :

Types d'examen	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Électrocardiogramme (ECG)	2 471	2 425	2 397
Holter	254	173	160
Mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)	50	10	n/d

Programmes SAPA — volet SAD Déficience physique

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

- Consolidation des douze places alternatives à l'hébergement par une entente avec la résidence Boiscastel et augmentation de trois places en fin d'année.
- Poursuite des rencontres avec les résidences de personnes âgées de la MRC de Coaticook. Maintien du support à la certification relative aux activités déléguées aux non-professionnels.
- Poursuite d'ententes de collaboration avec la Société d'Alzheimer afin de référer les familles et usagers nécessitant un support en lien avec la maladie d'Alzheimer.

Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)

- L'épisode de soins à l'UTRF survient à la suite d'une hospitalisation et vise la récupération fonctionnelle afin d'assurer un retour à domicile sécuritaire.
- L'établissement dispose de deux lits assignés à cette vocation.
- L'intervention dans le cadre d'un épisode de soins est assurée en interdisciplinarité et requiert un plateau technique minimal pour l'investigation.

UTRF

Nombre cumulatif d'usagers admis	18
Durée moyenne de séjour cumulative (jour)	21,37 jours

Collaboration avec les organismes communautaires et les associations

- Renouvellement d'une entente avec le *Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook* incluant le repérage d'âinés vulnérables.
- Formalisation d'une entente avec *l'Aide communautaire de Lennoxville et des environs*.
 - Programme IMP-Waterville.
- Formalisation d'une entente avec *l'Association des personnes handicapées de Coaticook*.
 - Volet Répit-stimulation pour la clientèle en perte d'autonomie.

Parc d'équipements

- Adoption et mise en oeuvre de la politique régionale sur les aides techniques et les ententes entre établissements afin d'offrir les mêmes services.
- Consolidation d'un poste de préposé aux équipements pour le volet CHSLD.

Parc d'équipements

Prêts court terme incluant post opératoire et oxygénothérapie	79
Prêts pour soins palliatifs	25
Prêts long terme	97
Prêts à l'OPHQ	290
Prêts en hébergement	152
Total des prêts actifs au 31 mars 2015	644
Total de clients actifs au 31 mars 2015	237
Total de clients desservis dans l'année	401
Total des prêts durant l'année	1 395

Programme convalescence

- Période de convalescence offerte en CSSS ou en résidence pour aînés à la suite d'un épisode de soins, en transition pour le domicile.
- Convalescence offerte dans le cadre du continuum en orthopédie pour la clientèle en phase post-opératoire.

SOUTIEN À DOMICILE

Programme Soutien aux proches-aidants

Le *Programme Soutien aux proches-aidants* vise l'atteinte des éléments suivants:

- Soutenir les proches-aidants des personnes en perte d'autonomie, leur permettre d'avoir accès à cette offre de service afin qu'ils puissent assumer leurs responsabilités spécifiques dans les différentes sphères de leur vie et ce, dans les meilleures conditions possibles.
- Développer et offrir aux proches-aidants et aux personnes aidées un service personnalisé et de qualité.
- Favoriser et développer une concertation avec les divers organismes du milieu concernés par le maintien à domicile.

Les services offerts via le *Programme Soutien aux proches-aidants* en partenariat avec les différents partenaires dont, entre autres, le Service d'aide domestique de la MRC de Coaticook:

- Présence/surveillance;
- Répit;
- Dépannage;
- Appui aux tâches quotidiennes;
- Services psychosociaux.

Programme Soutien aux proche -aidants

Nombre d'utilisateurs rejoints durant l'année	35
Utilisateurs en attente	2

Programme Coup de main

Le *Programme Coup de main* permet aux participants d'échanger, de s'entraider et de partager de l'information pertinente en lien avec leur réalité de personnes prenant soin quotidiennement d'un proche ayant des problèmes de santé.

Le *Programme Coup de main* aborde différents thèmes comme les manifestations de l'épuisement, comment y faire face, les ressources du milieu et les aides techniques.

CENTRE DE JOUR

- Ajustement de l'offre de service en raison d'une augmentation significative de la clientèle présentant des problèmes cognitifs:
 - Formation de groupes plus homogènes permettant au personnel d'offrir des services adaptés aux besoins spécifiques des usagers fréquentant le Centre de jour.

Données sur la clientèle du Centre de jour		
	2014-2015	2013-2014
Personnes inscrites au 1 ^{er} avril (nb)	45	37
Inscriptions durant l'année (nb)	25	23
Personnes desservies durant l'année (nb)	70	68
Départs durant l'année (nb)	25	22
Attrition annuelle (%)	36 %	32 %
Personnes inscrites au 31 mars 2015 (nb)	45	45

PROGRAMME D'INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE (IMP)

Ce programme de prévention des chutes cible les aînés en perte d'autonomie qui présentent une histoire de chute et un risque élevé de tomber à nouveau en raison de leur état de santé.

Cinq facteurs de risque sont passés en revue lors de la visite de l'intervenant pivot, puis celui-ci fait des recommandations à l'utilisateur dans le but de prévenir les chutes.

DÉFICIENCE PHYSIQUE

- Maintien des mesures financières de soutien.
- Programme de répit stimulation en externe pour 6 clients afin de favoriser le maintien à domicile et éviter les mesures de placement.

RÉADAPTATION ET ERGOTHÉRAPIE

OFFRE DE SERVICE

Soutien à domicile

- Évaluation de l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations à domicile dont son fonctionnement au niveau des AVQ et AVD, l'appréciation des fonctions cognitives, le dépistage des capacités à la conduite automobile, l'évaluation de la dysphagie.
- Interventions/recommandations: Aides techniques, équipement et adaptation du domicile, support aux intervenants, clients et aidants naturels pour les soins d'hygiène et transferts (PDSB).
- Vignette de stationnement si le client est suivi et connu en ergothérapie.

Unité gériatrique - soins palliatifs - UTRF

- Évaluation, intervention et suivis des usagers selon la nature de la demande.
- Attribution d'aides techniques et d'équipements adaptés.
- Interventions pour le positionnement, le confort, la sécurité et la mobilité de la personne.

CHSLD

- Bilan du rendement occupationnel dans les premières semaines suivant l'admission en CHSLD.
- Évaluation, intervention et suivis des usagers selon la nature de la demande.
- Attribution d'aides techniques et d'équipements adaptés.
- Interventions pour le positionnement, le confort, la sécurité et la mobilité de la personne.
- Réévaluation des usagers et participation à l'équipe interdisciplinaire.

Ambulatoire

- Déploiement d'une nouvelle offre de service: Dépistage des troubles de l'acquisition de la coordination (TAC) chez la clientèle pédiatrique à l'aide d'outils standardisés .

Programmes Hébergement et Soins de longue durée

ACCÈS À L'HÉBERGEMENT

Étude par le comité d'accès à l'hébergement de 84 demandes d'hébergement comparativement à 63 l'année précédente. Au 31 mars 2014, aucun usager en attente.

Taux de roulement

Taux de roulement annuel de 73 %, ce qui a exercé une pression supplémentaire sur l'ensemble du personnel.

Accueil de 41 nouvelles résidentes (moyenne d'âge: 86 ans) et de 22 nouveaux résidents (moyenne d'âge: 82 ans). Départ de 69 résidents (fins de transit, transferts, décès). Parmi ces personnes, 35 avaient été admises la même année, avec une durée moyenne de séjour de 63 jours.

La durée moyenne de séjour des résidents est 445 jours.

21 des demandes d'accès à l'hébergement ont été des demandes de transit (un transit consiste à accueillir une personne en attente d'hébergement dans un autre CSSS, jusqu'à ce qu'une place se libère dans sa MRC).

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE

La tranche d'âge la plus importante des résidents en hébergement est celle située entre 85 et 94 ans. Le nombre de femmes est majoritaire avec le double du nombre d'hommes.

Il y a très peu de résidents dans la tranche d'âge de 95 ans et plus et, encore là, les femmes sont toujours majoritaires.

Il y a autant d'hommes que de femmes dans la tranche d'âge de 75 à 84 ans.

COMITÉ MILIEU DE VIE

- Un comité milieu de vie a été mis en place pour faire le suivi du plan d'action intégré visant l'amélioration de l'approche milieu de vie en CHSLD, des pratiques cliniques, de l'organisation du travail ainsi que du climat de travail.
- Le comité formé d'un travailleur social, d'un représentant des professionnels, d'un membre du comité des résidents, d'un membre du comité des bénévoles, d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires ainsi que de gestionnaires déterminent les orientations et établissent des actions à prendre pour effectuer les suivis.

ÉCLOSIONS EN CHSLD

- Gestion de symptômes d'allure grippale et gestion d'un épisode de gastroentérite consécutivement en mars 2015 avec l'apport important des membres du personnel, de la direction des soins infirmiers et de la direction des ressources humaines.

BÉNÉVOLAT ET LOISIRS

- Apport important des bénévoles impliqués au secteur hébergement, grâce à qui les résidents profitent davantage des activités de loisirs et des activités spirituelles.
- Gestion et organisation du bénévolat (environ 100 bénévoles) afin de revoir la philosophie et l'adaptation des loisirs.

FORMATION

- Approche adaptée à la personne âgée pour les préposés travaillant en hébergement.
- Leadership infirmier se poursuit pour les assistants au supérieur immédiat. Cette démarche se veut permanente et des rencontres hebdomadaires ont lieu.
- Évaluation annuelle et suivi sur la formation pour les infirmières et infirmières auxiliaires sur la prévention des chutes, sur l'utilisation du système de mesures de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), sur l'utilisation du réseau intégré informatisé et sur le « Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées ».

SERVICES GÉRIATRIQUES

L'ensemble des lits, selon la vocation attribuée, demeure une nécessité et des efforts se poursuivent afin d'ajouter des lits de courte durée gériatrique (dossier toujours en cours).

Le tableau ci-contre présente la mission de ces lits et le nombre de personnes qui les ont occupés au cours de l'année.

Mission des lits	Nb d'occupants
Courte durée gériatrique (permet d'évaluer la situation d'une personne qui vit un déséquilibre au plan de sa santé, et d'y trouver une solution)	118
Hébergement pour répit (en support à l'aidant naturel qui prend soin d'une personne en perte d'autonomie; l'usager vit dans l'établissement une semaine par période de 4 à 6 semaines)	52
Convalescence (accueil d'une personne qui a des besoins temporaires de soins d'assistance)	11
Soins palliatifs (accueil de personnes en fin de vie et de leurs proches)	11
Unité transitoire de récupération fonctionnelle (nouvelle mission visant à supporter une personne de plus de 65 ans qui vit une perte d'autonomie temporaire; nous mettons en place divers services pour favoriser le retour à domicile)	11

DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

La direction des services administratifs (DSA) a comme principal mandat de supporter et conseiller de façon concertée les différents secteurs qui offrent les services directs à la population.

La direction regroupe trois services :

- Service des ressources humaines
- Services des ressources financières et informationnelles
- Service des activités techniques

Service des ressources humaines

Le service des ressources humaines a comme principaux mandats la planification, la dotation et le développement de la main-d'œuvre, les relations de travail et la santé et sécurité au travail.

RECONNAISSANCE

En ce qui concerne la reconnaissance du personnel, des médecins et des bénévoles, l'établissement a souligné l'apport exceptionnel de 18 employés dans le cadre du Coquetel des Fêtes qui s'est déroulé le 12 décembre 2014. L'activité visait à reconnaître la contribution du personnel ayant atteint 25 ou 35 ans de service ou qui quittait pour la retraite en 2014.

De plus, la Rencontre annuelle du personnel (RAP) de juin 2014 a été, pour les représentants de tous les secteurs de l'organisation, une journée consacrée au bilan des réalisations, aux projets à venir et à une initiation à l'Approche Planetree.

Les principaux travaux menés et les activités réalisées par ces services au cours de l'année 2014-2015, les faits saillants qui ont marqué les derniers mois, ainsi que les états financiers sont présentés dans les pages suivantes.

DOTATION

Suite à la réception de nouveaux argents de développement, les années 2012-2014 ont été importantes au niveau de l'embauche. Avec un taux de rétention en hausse depuis 2 ans, l'embauche 2014-2015 a été marquée par le maintien du nombre d'effectifs tout au cours de l'année. Le tableau qui suit présente le nombre d'embauches et de départs pour l'année 2014-2015 et les précédentes.

	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Embauches	48	59	65
Départs	47	41	48

EFFECTIFS

Type d'effectifs	2014-2015	2013-2014
Cadres (au 31 mars)		
Cadres à temps complet ¹	12	13
Cadres à temps partiel (ETC) ¹	0,2	0,2
Cadres en stabilité d'emploi (nb)	0	0
Employés réguliers (au 31 mars)		
Employés réguliers à temps complet ²	161	162
Employés réguliers à temps partiel (ETC) ²	81	80
Employés en sécurité d'emploi (nb)	0	0
Employés occasionnels (au 31 mars)		
Nb d'heures rémunérées	94 835	96 488
ETC	52	53

¹ Excluant les personnes en stabilité d'emploi

² Excluant les personnes en sécurité d'emploi

ETC : équivalents temps complet

Nb : nombre de personnes

TAUX D'ASSURANCE SALAIRE

Au niveau du taux d'assurance salaire, les difficultés rencontrées au cours des dernières années ont perduré. Cependant, les efforts déployés en termes de prévention et de gestion des retours au travail semblent porter fruit avec des périodes avoisinant le 7 % en fin d'année.

2014-2015	2013-2014	2012-2013	2011-2012
8,84 %	8,24 %	7,99 %	8,00 %

Au niveau de la CSST, l'établissement demeure très performant avec des taux à près de 0,19 %.

LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS DES MINISTÈRES, DES ORGANISMES ET DES RÉSEAUX DU SECTEUR PUBLIC AINSI QUE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT

Gestion et contrôle des effectifs (janvier à mars - 2014 versus 2015)

- Globalement, une augmentation de 4 782 heures rémunérées.
- On remarque une diminution des heures travaillées (157 heures).
- Éléments explicatifs non récurrents :
 - Hausse marquée des droits parentaux: 1 411 heures.
 - Augmentation des libérations syndicales : 802 heures.
 - Personnel libéré pour les négociations nationales. Écart 100% remboursé par le syndicat.
 - Hausse des congés fériés, vacances et maladies court terme: 2 576 heures.
 - La distribution entre les périodes de l'année de ces heures peut varier d'une année à l'autre.
- Total des éléments explicatifs non récurrents: 4 789 heures.

Contrats de services

- Aucun contrat de services de 25 000\$ et plus entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015.

Service des ressources financières et informationnelles

RESSOURCES FINANCIÈRES

- L'établissement a terminé l'année avec un déficit de son solde d'exploitation de 321 772 \$ sur un budget global de 20 933 395 \$.
- Adaptation et amélioration des outils de suivis et de planification budgétaire.
- Finalisation de la politique sur la budgétisation de l'établissement.
- Poursuite des activités d'optimisation du processus d'approvisionnement et de réapprovisionnement des salles d'entreposage des fournitures.
- Mise à jour du processus d'achat au service alimentaire suite à un changement de fournisseur majeur pour les denrées alimentaires.
- Rehaussement du progiciel Espresso-GRF à la version 7.04.

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

- Participation à des comités régionaux sur la sécurité des actifs informationnels.
- Participation à des comités régionaux sur l'optimisation de la gestion du parc informatique (projet VirtuOse) et aux travaux du bloc axe-client de ce projet, notamment participation à la prise d'inventaire des postes et des applications ainsi qu'à la définition d'une stratégie de déploiement des postes en mode bien géré.

- Gestion de tout le processus d'appel d'offres pour le remplacement de notre système anti-fugue (géolocalisation).
- Poursuite de l'implantation du Dossier Santé Québec (DSQ - volet médicaments).
- Participation aux activités d'implantation du système automatisé, robotisé et distribution des médicaments (SARDM), notamment contribution à l'installation des équipements et des interfaces.
- Poursuite des activités de migration des postes de travail et des serveurs ainsi que de la reconfiguration de la salle de serveurs vers un mode se rapprochant du modèle CTI-D prévu dans le projet VirtuOse.
- Transfert des prises de sauvegarde vers l'infrastructure régionale.

ACHAT D'ÉQUIPEMENTS

- | | |
|--|------------|
| • Maintien des actifs informationnels (remplacement) | 5 097 \$ |
| • Équipements non médicaux (mobiliers et autres) | 288 337 \$ |
| • Aides techniques aux personnes handicapées | 3 386 \$ |
| • Équipements médicaux (remplacement) | 335 613 \$ |

CONTRIBUTION DE LA FONDATION

En plus de la contribution financière de la Fondation du CSSS de la MRC-de-Coaticook (voir page 61), nous avons pu compter sur des contributions de la Légion Royale Canadienne de Coaticook pour l'achat de déambulateurs et des Clubs Lions de Coaticook et de Compton pour offrir un dîner de Noël à des personnes en contexte de négligence.

Service des activités techniques

HYGIÈNE SALUBRITÉ

- De nouveaux outils de travail ont été introduits dans le secteur contribuant ainsi au maintien de la prévention des infections et à la sécurité des usagers. Les employés se sont appropriés de nouvelles méthodologies de travail et nous avons poursuivi la formation continue au niveau de la standardisation des techniques de travail et au niveau de la désinfection. Les travaux se sont poursuivis au niveau de l'intégration des nouvelles routes de ménage. L'implantation de la réorganisation du travail se poursuivra au fil de la prochaine année.

SERVICE ALIMENTAIRE

- Au cours de l'année 2014-2015, les travaux préparatoires en prévision d'une réorganisation du service alimentaire se sont accentués visant l'uniformité de notre mode de distribution. Une firme de consultants a été mandatée afin d'appuyer la démarche organisationnelle. Une vision court, moyen et long terme du service a été établie afin de ne pas perdre de vue les nombreux défis qui nous attendent tant sur le plan organisationnel que pour les besoins de notre clientèle. Le principal objectif pour 2015-2016 sera de consolider le service tout en continuant les efforts dans l'amélioration du milieu de vie des résidents.

RESSOURCES MATÉRIELLES

- Dans la quête de l'amélioration de nos services visant à offrir un environnement fonctionnel et sécuritaire, des travaux de mise aux normes et d'aménagement se sont poursuivis.

Mise aux normes :

- Leviers sur rails
- Sécurité de la machinerie pour l'atelier de maintenance
- Gaz médicaux

Aménagement :

- Amélioration de la salle d'attente
- Insonorisation du poste de garde de l'urgence
- Changement du revêtement de sol

Nous avons également procédé à plusieurs remplacements et ajouts d'équipements contribuant ainsi à l'amélioration des services :

- Cabinets de distribution informatisée des médicaments
- Ajout de matériel facilitant la pratique infirmière
- Leviers sur rails

États financiers

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook 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.



Patricia Gauthier

Présidente-directrice générale

Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

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

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

Les états financiers ont été audités par la firme **Roy, Desrochers, Lambert, SENCRL**, dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme **Roy, Desrochers, Lambert, SENCRL** peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Pierre-Albert Coubat

Directeur des ressources financières et logistiques

Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

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

États financiers (suite)

ÉTAT DES RÉSULTATS POUR L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2015				
	Exploitation	Immobilisations	Total	
Revenus (\$)	2014-2015	2014-2015	2014-2015	2013-2014
Subventions Agence et MSSS	18 873 045	1 155 493	20 028 538	19 786 205
Contribution des usagers	1 726 170		1 726 170	1 689 538
Autres revenus	334 180	44 148	378 328	367 073
Total	20 933 395	1 199 641	22 133 036	21 842 816
Dépenses (\$)				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	17 169 213		17 169 213	16 565 470
Fournitures et médicaments	376 190		376 190	408 842
Amortissement des immobilisations		729 146	729 146	722 779
Autres charges	3 709 764	467 834	4 177 598	4 063 179
Total	21 255 167	1 196 980	22 452 147	21 760 270
Surplus (déficit) de l'exercice	(321 772)	2 661	(319 111)	82 546

Une version détaillée des états financiers est présentée à l'annexe 2.

RAPPORT SUR LES ÉTATS FINANCIERS

Nous avons effectué l'audit des états financiers de Centre de Santé et des Services sociaux de la MRC-de-Coaticcok inclus dans la section auditée du rapport financier annuel qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015, ainsi que les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers (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 de la section auditée. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660 puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction relative aux états financiers

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

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit.

Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous

planifions et réalisons l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

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

RAPPORT SUR LES ÉTATS FINANCIERS

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre de Santé et des Services sociaux de la MRC-de-Coaticook au 31 mars 2015, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

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

- aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses à l'exception de l'élément qui est mentionné à l'annexe au rapport de l'auditeur indépendant;

- 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 dans ses pratiques comptables.



Roy Desrochers Lambert SENCRL ¹
Société de comptables professionnels agréés

Victoriaville,
le 11 juin 2015

¹ Joël Minville, CPA auditeur, CA
Roy Desrochers Lambert SENCRL est une entité juridique distincte et indépendante qui n'est pas associée ni mandataire des autres entités membres du Groupe RDL.

RAPPORT SUR LES ÉTATS FINANCIERS (SUITE)

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Nom de l'établissement CSSS de la MRC-de-Coaticook		Code 1104-2975	Page / Idn. 140-00 /			
exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE						
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
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
Réserve dérogation à l'équilibre budgétaire	14-15	R	Vise équilibre 2016			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
Aucune réserve	13-14	C	Des recommandations on été faites à la direction			
Aucune réserve	14-15	C	Des recommandations on été faites à la direction			
<i>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</i>						
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
Aucun élément particulier						
<i>Rapport à la gouvernance</i>						
Aucun élément particulier						

AS-471 - Rapport financier annuel	Gabarit LPRG-2015.1.0	Émise: 2012-2013
Timbre valideur: 2015-06-08 09:24:43		Rapport V 0.5

DIRECTION DE LA PERFORMANCE, DE LA QUALITÉ ET DES COMMUNICATIONS

La direction de la performance, de la qualité et des communications (DPQC), sous l'autorité de la direction générale, organise, planifie et coordonne la mise en place et le suivi des activités relatives au maintien et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Elle assume aussi la responsabilité de l'évaluation de la performance du CSSS, du processus de reddition de comptes, notamment dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité. Elle assure aussi la gestion des communications interne et externe au sein du CSSS.

Agrément Qmentum — Des équipes engagées dans l'amélioration continue

En octobre 2013, nous avons reçu les visiteurs d'Agrément Canada. Avec une moyenne de conformité de près de 85 %, provenant de l'évaluation de 1 505 critères, l'établissement s'est vu attribuer le statut d'agrée. Par conséquent, les résultats de la visite nous ont amenés à prioriser nos projets d'amélioration continue afin de se conformer aux exigences prescrites par Agrément Canada. Au cours de l'année 2014-2015, les équipes d'amélioration continue de la qualité consacrent les efforts nécessaires afin de répondre aux attentes de l'organisme d'accréditation.

Les travaux effectués au regard des recommandations d'Agrément Canada ont porté sur les dimensions suivantes :

- Élaboration d'un cadre conceptuel d'éthique (adopté en janvier 2015).
- Implantation d'indicateurs de qualité au laboratoire permettant d'évaluer la performance au laboratoire.
- Mise à jour du programme de prévention des infections.
- Audit sur l'hygiène des mains et déploiement d'un plan d'action suite aux résultats de l'audit.

- Implantation du programme de prévention des chutes en CHSLD et au service de radiologie.
- Implantation de procédures liées à l'évaluation lors de l'admission des résidents et résidentes en hébergement.
- Mise en place de règles de soins concernant les plaies de pression.
- Élaboration d'un plan de sécurité et de prévention pour les usagers et le personnel.
- Implantation d'un processus intégré de gestion des risques.
- Formation des chefs de secteur et du personnel de l'accueil concernant leur rôle lors de mesures d'urgence.
- Élaboration d'un programme intégré de la gestion de la qualité.
- Implantation d'un tableau de bord afin de suivre et d'évaluer le rendement de l'établissement.

Bien que plusieurs actions aient été réalisées en cours d'année, il demeure essentiel de poursuivre les travaux relatifs à l'amélioration des soins et services au sein de notre organisation.

Qualité — consultation auprès de la population

Par ailleurs, dans l'objectif de connaître la satisfaction de la population et d'améliorer ses soins et services, l'établissement a consulté la population de son territoire par différents moyens :

- Sondage de satisfaction auprès des utilisateurs des services du laboratoire.
- Sondage de satisfaction auprès des résidents et résidentes en CHSLD.
- Démarche de concertation auprès des partenaires et de la population afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire du CSSS de la MRC-de-Coaticook.
- Périodes de questions offertes au public lors des assemblées du conseil d'administration.
- Participation de la population à l'assemblée générale annuelle.

Performance — Une responsabilité partagée

L'année 2014-2015 fut marquée par l'implantation d'outils permettant de suivre la performance de l'établissement et de baliser les pratiques organisationnelles liées à la performance.

Dès le retour des activités du conseil d'administration suite à la pause estivale, ce dernier a pu suivre la performance de l'établissement par la mise en place d'un tableau de bord de gestion. L'objectif du tableau de bord est de fournir aux membres du conseil d'administration l'information significative afin de les soutenir dans leurs activités liées à la gouvernance.

Le tableau de bord présentait 16 indicateurs répartis dans quatre axes soit :

- l'accès des soins et services;
- la qualité et la sécurité des soins et services;
- l'efficience et le bien-être de nos ressources humaines;
- la gestion budgétaire.

En octobre 2014, le comité de direction a adopté un cadre de référence concernant les *Ententes de gestion et d'imputabilité* (EGI). Ce cadre de référence vise notamment à :

- Doter l'organisation d'une démarche structurée qui encadre les différentes étapes menant à la signature de l'EGI et de la reddition de comptes;
- Préciser les rôles et les responsabilités des acteurs qui participent, de près ou de loin, aux activités liées à l'EGI et au suivi de gestion et de reddition de comptes.

De plus, les résultats d'une évaluation relative à la qualité et la fiabilité des données statistiques dans le système d'information sur la clientèle et les services en CLSC (I-CLSC) ont démontré que certaines interventions ne sont pas comptabilisées ce qui fausse notre réel niveau de productivité. Afin de corriger la situation, une formation sur l'application du cadre normatif et la codification des statistiques a été déployée auprès des intervenants utilisant le I-CLSC. Plus de 60 employés ont participé à cette formation.

Sachant que les grands mouvements de fond exigeront une augmentation des activités liées à l'imputabilité et la reddition de comptes, l'établissement poursuivra le développement de pratiques et l'implantation d'outils qui permettront aux gestionnaires de suivre la performance de leur secteur d'activité et, par le fait même, répondre à leurs engagements en ce qui concerne les ententes de gestion et d'imputabilité.

Communication — Une dimension stratégique

Le Service des communications s'est positionné comme un partenaire stratégique au sein de l'organisation. Son soutien et son implication dans plusieurs projets organisationnels a grandement contribué à l'atteinte d'objectifs organisationnels ou à la réussite de divers projets. À cet égard, le Service des communications a mis en œuvre des stratégies et plans de communication, développé des outils promotionnels, organisé des événements médiatiques pour les projets ci-dessous :

- Production vidéo pour souligner le 150^e de la Ville de Coaticook et le 60^e anniversaire du CSSS.
- Événement Tapis rouge pour la diffusion à la population de la vidéo du 60^e anniversaire du CSSS.
- Campagne de sensibilisation sur les problématiques de santé mentale au travail.
- Promotion du programme de prévention des chutes.
- Promotion du programme « Choisir de maigrir? ».
- Campagne de vaccination antigrippale annuelle.
- Optimisation des mécanismes de communication en hébergement.
- Déploiement du programme des mesures d'urgence et de sécurité civile.
- Organisation et réalisation de la rencontre annuelle du personnel.

De plus, deux projets de fusion ont commandé une participation importante du Service des communications. Le premier trimestre de l'année 2014 a été marqué par le projet de fusion entre le CSSS de la MRC-de-Coaticook et le CSSS de Memphrémagog. Toutefois, à l'automne 2014, le dépôt du projet de loi 10 visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux a mis fin au dit projet de fusion. Ces événements ont exigé une gestion stratégique de l'information et le déploiement de plans de communication et diverses actions de communication telles :

- Émission de communiqués de presse.
- Gestion de demandes médias et accompagnement des porte-paroles aux entrevues.
- Rencontres d'information auprès du personnel.
- Mise en place d'une boîte vocale dédiée à la transformation.
- Élaboration de fiches de communication dédiées aux gestionnaires.

De plus, le Service des communications a également été sollicité afin de participer au comité de coordination régionale en lien avec le projet de transformation du réseau.

Le Service des communications a élaboré une Politique intégrée de communication. Cette dernière a été adoptée par le conseil d'administration en janvier 2015. Cette politique balise les pratiques organisationnelles notamment en ce qui concerne :

- La langue de communication.
- La protection des renseignements personnels.
- L'accès à l'information.
- Les communications internes.
- Les relations avec les médias et les relations publiques.
- La gestion du site Web du CSSS.
- L'utilisation du courrier électronique, du Web 2.0 et des réseaux sociaux.
- L'utilisation du babillard électronique.
- L'affichage au sein du CSSS.
- La publicité, la promotion, la vente et la sollicitation.

Le Service des communications a poursuivi son engagement à informer la population, les partenaires et employés du CSSS. Voici les actions ayant contribué à cet engagement :

- 5 diffusions du journal interne pour un total de 64 pages.
- Plus de 15 communiqués dédiés au personnel.
- Réponse à plus de 25 demandes médias.
- Réponse à près de 10 demandes d'accès à l'information.

De plus, afin d'informer la population à l'égard de l'organisation des soins et services, plusieurs actions de communication ont été déployées auprès des médias sociaux. À ce titre, mentionnons la campagne de vaccination, la promotion du programme « *Choisir de maigrir?* » ainsi que programme qualité « *Initiative des amis des bébés* ». La population peut également être informée de l'offre de service de l'établissement via son site internet.

Le dynamisme, le professionnalisme et l'engagement du Service des communications émanent de son désir à soutenir l'organisation à l'atteinte de ses objectifs organisationnels et, par le fait même, l'amélioration de la qualité et de l'accès des soins et services.

Comité de gestion des risques

La gestion des risques : élément essentiel à une approche proactive et préventive pour des environnements sécuritaires

Soucieux d'être une instance significative pour assurer la mise en place d'un environnement et le déploiement d'une prestation de services sécuritaires, le comité de gestion des risques s'est rencontré 4 fois au cours de l'année 2014-2015.

Le comité a priorisé les dossiers suivants au cours de l'année soit :

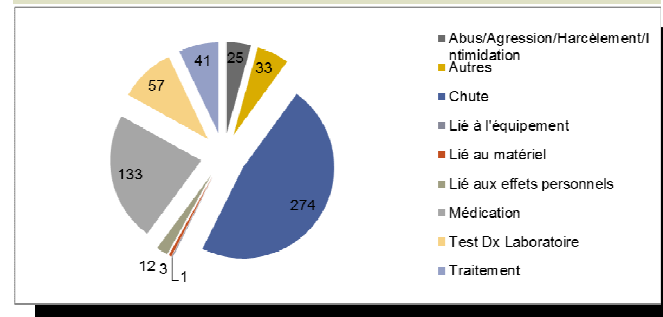
- Camper le rôle stratégique du comité au sein de l'organisation.
- Évaluer les pratiques liées à la gestion de incidents et accidents.
- Systématiser et uniformiser l'utilisation du SISSS.

Le comité s'assure de la sécurité des usagers et des résidents notamment par l'analyse des données extraites du SISSS.

Voici le portrait des déclarations des évènements.

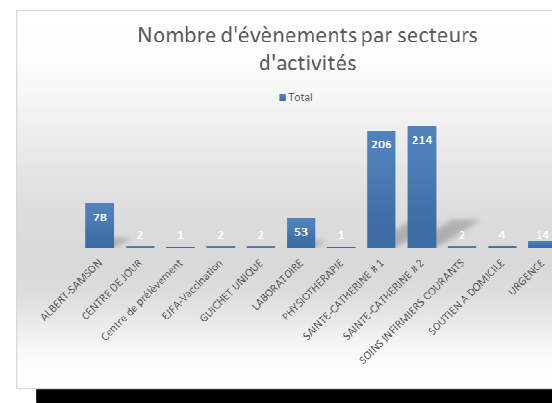
NOMBRE D'ÉVÈNEMENTS DÉCLARÉS				
	2014-2015		2013-2014	
	Nb	%	Nb	%
Incidents	103	18 %	84	15 %
Accidents	476	82 %	461	85 %
Total	579		545	

RÉPARTITION PAR TYPE D'ÉVÈNEMENTS



Les incidents / accidents liés aux chutes représentent près de 48 % des déclarations. Taux similaire à 2013-2014 (47 %).

22 % des incidents / accidents sont liés à la médication. Plus de 90 % de ceux-ci sont liés à l'utilisation des timbres transdermiques. Un audit de l'utilisation des timbres transdermiques est en cours.



Plus de 87 % des incidents et accidents ont lieu en CHSLD. Les unités Sainte-Catherine I et Saint-Catherine II présentent plus de chutes qu'à Albert-Samson étant donné que les résidents sont plus mobiles.

En 2014-2015, 71 % des événements étaient des chutes (399/562).

RÉPARTITION PAR GRAVITÉ		
Gravité	Nb	%
A - Situation à risque	61	11
B - Échappé belle	42	7
C - Usager touché / Sans conséquences	207	36
D - Usager touché / Conséquences craintes ou anticipées / Surveillance	233	40
E ¹ - Conséquences mineures et temporaires	18	3
E ² - Conséquences temporaires / Soins spécialisés	7	1
F - Conséquences temporaires / Prolongation d'hospitalisation	0	0
G - Conséquences permanentes	0	0
H - Intervention de maintien en vie	1	0
I - Contributif au décès	0	0
Non déterminé	10	2
Total	579	100 %

18 % des événements sont des incidents (A & B).

54 % des événements ont été sans conséquences (A, B & C).

44 % des événements ont eu des conséquences auprès des usagers (E à I).

Les taux 2013-2014 sont similaires à 2014-2015.

Non déterminé : Lors de la production du rapport, le code de gravité était à être déterminé.

Par ailleurs, la gestion des incidents et accidents étant identifiée comme un élément essentiel à une approche proactive et préventive qui permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services, des travaux majeurs sont en cours afin de favoriser la déclaration d'incidents ou d'accidents. Ainsi, l'actualisation des pratiques organisationnelles (voir les recommandations du comité de gestion des risques) liées à l'utilisation du SISSS permettra d'optimiser et d'améliorer les principales dimensions de la gestion d'un incident ou d'un accident soit: la déclaration, l'analyse, la divulgation et la transmission des rapports.

Le comité a également assuré un suivi rigoureux en ce qui a trait aux rapports :

- d'incidents et accidents.
- de surveillance des infections nosocomiales.
- des critères non conformes aux normes d'Agrément.

Le comité de gestion des risques a également fait les recommandations suivantes :

- Élaborer et implanter un programme intégré de gestion des risques.
- Systématiser et uniformiser l'utilisation du SISSS.
- Clarifier les rôles et responsabilités liés à la gestion des incidents et accidents.
- Former le personnel à l'utilisation des civières d'évacuation.

Un évènement sentinelle a fait l'objet d'une attention particulière auprès des membres du comité. Les résultats d'une analyse exhaustive ont été exposés auprès du comité. Les actions mises en place suite à l'analyse ont été approuvées par le comité. Ce dernier est en attente du rapport du coroner.

Membres du comité

Annie Michaud, directrice de la performance, de la qualité et des communications
 Annie-Claude Desrosiers, à titre d'ergothérapeute et membre du conseil multidisciplinaire
 Carine Fortin, à titre de directrice des soins infirmiers et des programmes de Santé physique et du programme de soutien à domicile
 Francine Lowe, représentante du comité des usagers
 Donald Massicotte, à titre de directeur général du CSSS
 Patrick Shea, assistant au supérieur immédiat (ASI) en hébergement

Entente de gestion et d'imputabilité

OBJECTIFS ET INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	ENGAGEMENTS 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015
Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne			
3.07 – Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne Commentaires : Une IPS titularisée offre des services au GMF des Frontières. Un nouvel IPS a été recruté. Entrée en fonction prévue pour décembre 2015.	n/d	suivi	1
Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique			
1.08.09 – Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC) Commentaires : Pour les moins de 18 ans, certaines données n'ont pas été comptabilisées au SM jeunes étant donné le profil de l'intervenant JED. Un plan d'action est en cours de déploiement pour assurer la fiabilité et la qualité des données. De plus, moins de références du scolaire (absence de leur ressource pour évaluation TDAH). Pour les 18 ans et plus, suivi en cours. L'intensité demandée au SIV ampute les suivis ambulatoires.	230	323	275
1.08.05 – Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	31,5	29,0	30,8
1.07.05 – Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	20	18	26

OBJECTIFS ET INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	ENGAGEMENTS 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015
Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS			
1.03.06 – Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux de services Commentaires : Une revalidation des éléments de l'implantation a été faite et certaines portions sont en cours d'actualisation. Un cadre de référence en gestion de cas est en cours d'implantation ainsi qu'un mécanisme de suivi quant à l'atteinte des objectifs liés à la complétion des évaluations annuelles concernant l'autonomie fonctionnelle.	84,4 %	86,1 %	85,8 %
Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants			
1.03.05.01 – Nombre total d'heures de service de soutien à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	17 351	augmentation	17 938

OBJECTIFS ET INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	ENGAGEMENTS 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015
Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an			
1.45.04.01 – Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès Déficience physique – TOUS ÂGES – PRIORITÉ TOUS	84,6 %	90 %	100 %
1.45.04.02 – Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès Déficience physique – TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	100 %	90 %	n/a
1.45.04.03 – Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès Déficience physique – TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE	n/a	90 %	100 %
1.45.04.04 – Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès Déficience physique – TOUS ÂGES – PRIORITÉ MODÉRÉE	83,3 %	90 %	100 %
1.45.05.01 – Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès Déficience intellectuelle et TED – TOUS ÂGES– PRIORITÉ TOUS	100 %	90 %	80 %
1.45.05.02 – Taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès Déficience intellectuelle et TED – TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	n/a	90 %	n/a
1.45.05.03 – Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès Déficience intellectuelle et TED – TOUS ÂGES– PRIORITÉ ÉLEVÉE	n/a	90 %	50,0 %
1.45.05.04 – Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès Déficience intellectuelle et TED – TOUS ÂGES – PRIORITÉ MODÉRÉE	100 %	90 %	100 %

Commentaires : 1.45.05.01, 1.45.05.02, 1.45.05.03: départ non prévu de la seule ressource ETC au DI-TED. Nous sommes en processus d'embauche.

OBJECTIFS ET INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	ENGAGEMENTS 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015
Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière			
1.09.31 – Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	11,9 %	< 13%	12,8 %
1.09.03 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	3,5 %	0 %	3,8 %
1.09.01 – Séjour moyen sur civière Commentaires : Nous avons poursuivi l'objectif d'avoir un portrait réel des activités de l'urgence. Maintenant, la clientèle nécessitant une hospitalisation brève impacte la durée moyenne de séjour sur civière. Une demande de développement a été déposée à l'Agence pour une unité multivocationnelle. Nous attendons la visite de la Direction Nationale des urgences.	11,6	< 10	12,1
Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles			
Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail			
Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité			
Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique			
3.08 – Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	réalisé	réalisé	réalisé
3.09 – Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation de travail	réalisé	réalisé	réalisé

OBJECTIFS ET INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	ENGAGEMENTS 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015
3.05.01 – Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières Commentaires : La situation s'explique principalement par l'assurance salaire et les postes vacants difficilement remplaçables. Pour pallier la situation, des heures de remplacement ont été converties en postes stables.	4,83 %	< 2,83 %	4,78 %
3.05.02 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du réseau	2,35 %	< 1,89 %	2,34 %
3.06.01 – Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières Commentaires : La situation s'explique principalement par l'assurance salaire dans des secteurs spécialisés dont les absences sont difficilement remplaçables. Pour pallier la situation, des heures de remplacement ont été converties en postes stables.	1,96 %	0 %	3,34 %
3.06.02 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires Commentaires : La situation s'explique principalement par l'absentéisme anormalement élevé difficilement remplaçable : l'assurance salaire et les congés parentaux combinés ont atteint près de 20 % d'absence.	1,68 %	< 0,32 %	0,81 %
3.06.03 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires Commentaires : La situation s'explique principalement par l'absentéisme anormalement élevé au niveau de l'assurance salaire.	0,45 %	0 %	0,80 %
3.06.04 - Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0 %	0 %	0 %

OBJECTIFS ET INDICATEURS	RÉSULTATS 2013-2014	ENGAGEMENTS 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015
Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé			
Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail			
3.14 – Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	réalisé	réalisé	réalisé
3.13 – Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail Commentaires : Adhésion au Réseau Planetree Québec et membre de RPQ.	non réalisé	réalisé	non réalisé
3.01 – Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées Commentaires : Le problème se concentre maintenant dans un département, pour lequel nous continuons de déployer un plan d'action bien spécifique.	8,19 %	< 5,5 %	8,92 %
3.10 – Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat	réalisé	réalisé	réalisé

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Au cours de 2014-2015, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CM) s'est réuni 4 fois dans le cadre de réunions régulières et à quelques reprises en réunions informelles. L'assemblée générale annuelle a eu lieu le 4 juin 2014.

Parmi les principaux travaux menés, on trouve les suivants :

- Rôle de vigie dans la poursuite des travaux du comité de travail sur les recommandations des professionnels en hébergement.
- Organisation de la 7^e édition de la Journée des professionnels pour les membres du CM. Cette journée souligne l'apport de tous les professionnels de l'établissement et se veut un encouragement à poursuivre leur bon travail.
- Organisation d'un midi-rencontre visant à mieux faire connaître le conseil multidisciplinaire et faire la promotion des comités de pairs. La présentation avait pour sujet la nutrition.
- Participation au Colloque des conseils multidisciplinaires organisé par l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec dont le sujet était l'optimisation.
- Participation à la Table des présidents des conseils multidisciplinaires.

Mentionnons qu'un budget de travail officiel de 100 heures a été attribué cette année au comité exécutif du CM, avec la possibilité d'un supplément de 50 heures sur demande en cours d'année. Un total de 112 heures ont été utilisées en 2014-2015.

Pour 2015-2016, une reconduction du budget et des heures allouées au CECM est demandée afin de participer activement à l'organisation du nouveau CECM du CIUSSS de l'Estrie—CHUS. Les officiers actuellement en poste continuent de maintenir les activités d'un CECM transitoire en attendant la formation officielle du CECM unifié.

Membres du comité exécutif

Geneviève Desrosiers, thérapeute en réadaptation physique, présidente

Cynthia Pelletier, travailleuse sociale, vice-présidente

Hélène Couture, psychoéducatrice, secrétaire

Audrey Therriault, nutritionniste, officier

Stéphanie Jolin, technicienne en éducation spécialisée, officier

Micheline Demers, conseillère clinique, personne désignée

Denis Gagnon, directeur des services multidisciplinaires et des programmes-services à la population, cadre délégué

Donald Massicotte, directeur général

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECI) a tenu une rencontre durant l'année.

Les membres du comité exécutif ont œuvré aux activités suivantes :

- Coordination des rencontres « midis-cliniques » par le biais des services de visioconférences de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.
- Participation au conseil d'administration de l'établissement.

Membres du comité exécutif

Philippe Limoges, président

Martine St-Germain, vice-présidente

Nicole Sage, conseillère

Patrick Shea, conseiller

Cassandra Nadeau, représentante du CIIA

Sonia Bouffard, représentante du CIIA

Donald Massicotte, à titre de directeur général

Carine Fortin, à titre de directrice des soins infirmiers et des programmes de Santé physique et de Soutien à domicile

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CSSS de la MRC-de-Coaticook a tenu 10 réunions au cours de l'année 2014-2015.

Au 31 mars 2015, le CMDP est composé de 15 médecins, 1 pharmacien, 2 dentistes et du directeur général.

Activités réalisées au cours de l'année :

- Poursuite des travaux sur la coordination médicale à la prise en charge des clientèles orphelines vulnérables.
- Mise en jour du Règlement de régie interne du CMDP.
- Travaux sur l'évaluation de l'acte médical « Pyélonéphrite à la salle d'urgence ».
- Élaboration d'un rapport par le comité d'étude des décès 2012-2013.
- Révision des statuts et privilèges des membres du CMDP.
- Participation à l'élaboration de critères d'admissibilité en services gériatriques.
- Élaboration d'un plan de gestion de crise en période grippale.
- Participation à la consultation sur l'organisation des services médicaux sur le territoire de la MRC de Coaticook.
- Travaux et préparation en vue de la visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins en septembre 2014.
- Privilèges accordés à des pharmaciens du CSSS et Memphrémagog dans le cadre de travaux pour le projet SARDM.
- Participation de deux médecins au Salon des résidents de l'Université de Sherbrooke et de l'Université Laval en août 2014.

- Accueil de quatre stagiaires en médecine pour un stage d'observation.
- Accueil de deux étudiants pour un stage Apprentissage par problèmes (APP) en communauté et profession médecin.
- Adoption des ordonnances collectives :
 - Initier une mesure diagnostique: effectuer une culture de plaie à l'aide d'un écouvillon pour fin d'analyse microbiologique.
 - Initier une mesure thérapeutique: protection de la santé des voyageurs.
 - Initier une mesure thérapeutique: infection fongique chez l'enfant et la mère.
 - Initier une mesure diagnostique: effectuer une glycémie veineuse lors d'un contrôle positif d'une valeur critique pour une glycémie capillaire.
 - Administrer un médicament (per os ou par voie rectale (laxatif).
 - Faire une demande de stratification, de consultation en cardiologie ou d'échographie dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque.

Membres du comité exécutif

Dr Bernard Frenette, président

Dre Patricia Landry, vice-présidente

Dr Richard Germain, secrétaire

Dre Louise Dussault, à titre de directrice des services professionnels

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Soucieux de la qualité et de la sécurité des soins et services ainsi que du respect des droits des usagers, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni 4 fois au cours de l'année.

En début d'année, le comité a identifié deux priorités :

- Assurer le suivi aux différentes recommandations d'Agrément Canada.
- Assurer le suivi quant aux recommandations du Protecteur du citoyen.

Outre ces priorités, le comité a exercé ses responsabilités et réalisé son mandat en assurant le suivi des dossiers suivants :

- Les recommandations du commissionnaire local aux plaintes et à la qualité des services.
- Les rapports de progression des plans d'amélioration de la qualité.
- Les rapports trimestriels des incidents et accidents.
- Les rapports d'activité du comité de gestion des risques.
- Le rapport d'actualisation des recommandations émises par le ministère concernant l'Approche milieu de vie en hébergement.
- Le diagnostic organisationnel et relationnel en CHSLD.
- Une vigie sur la qualité de l'environnement par le biais du tableau de bord sur la prévention des infections et la gestion des éclosions.

Les membres du comité ont également eu l'occasion d'assister à diverses présentations concernant la qualité et la sécurité. Les présentations ont permis à ces derniers de prendre connaissance des dossiers suivants:

- La mise en place de plans d'intervention spécifiques liés aux mesures d'urgence.
- Le résultat de l'audit sur l'hygiène des mains.
- Les résultats d'un audit en lien avec la diversité de l'offre alimentaire.

Un évènement sentinelle a fait l'objet d'une attention particulière auprès de membres du comité. Les résultats d'une analyse exhaustive ont été exposés auprès du comité. Les actions mises en place suite à l'analyse font l'objet de suivis par le comité. Ce dernier est en attente du rapport du coroner.

Le comité a fait rapport de ses activités et de ses préoccupations au conseil d'administration après chacune de ses rencontres.

Membres du comité

Gladys Bruun, présidente
M^e Isabelle Duclos, commissaire locale aux plaintes
Donald Massicotte, à titre de directeur général
Pierre Benoit, représentant du comité des usagers
Gérard Ruest, président du C.A.
Annie Michaud, directrice de la performance, de la qualité et des communications

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Le comité de gouvernance et d'éthique est un comité obligatoire du conseil d'administration. Il a pour fonction de veiller à :

- Élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement.
- Élaborer un code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.
- Élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration.
- Élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration.
- Élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni quatre fois en 2014-2015. Les principaux dossiers traités sont présentés ici.

- Poursuite des travaux sur l'intention de fusion entre les CSSS de la MRC-de-Coaticook et de Memphrémagog.
- Suivi du plan d'amélioration continue et validation du plan d'action post agrément de la norme « gouvernance » d'Agrément Canada.

- Bilan et analyse du questionnaire d'autoévaluation 2014 des membres du conseil d'administration.
- Élaboration d'une nouvelle grille d'autoévaluation de la contribution des membres du conseil d'administration.
- Élaboration d'un cadre conceptuel d'éthique.

Membres du comité

Gérard Ruest, président du C.A. et du comité

Robert Savage, vice-président du C.A.

Jean-Christian Blais, administrateur

Gladys Bruun, administratrice

Donald Massicotte, à titre de directeur général

RAPPORT DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Tout usager ou son représentant peut formuler une plainte ou une insatisfaction en lien avec les services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir par l'établissement, au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS). Les plaintes sont traitées en toute confidentialité.

Au cours de la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, le CLPQS a reçu 9 plaintes. Les plaintes sont réparties dans plusieurs services et il ne semble pas y avoir de problématiques particulières en rapport au nombre et aux motifs.

Trois plaintes concernant les soins et services dispensés ont été reçues par un médecin examinateur dont deux sont en cours d'examen à la fin de l'exercice.

Le rapport complet peut-être consulté sur demande auprès de la direction générale.

Des dépliants sur le régime d'examen des plaintes sont disponibles dans tous les secteurs de l'établissement.

L'établissement bénéficie des services de M^e Isabelle Duclos à titre de commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Cette dernière a participé à 4 rencontres du comité de vigilance et de la qualité de l'établissement depuis le début de son mandat.

Dossiers de plaintes, autres que médicales, traités par le CLPQS—2014-2015

Motif de la plainte	Plaintes reçues	Plaintes traitées avec mesure	Plaintes traitées sans mesure
Accessibilité	0	0	0
Aspect financier	0	0	0
Droits particuliers	2	2	0
Organisation du milieu et des ressources matérielles	2	1	1
Relations interpersonnelles	3	3	0
Soins et services dispensés	2	2	0
Autres	0	0	0
Total	9	8	1

COMITÉ DES USAGERS ET DES RÉSIDENTS

Au cours de l'année 2014-2015, le Comité des usagers et des résidents du CSSS de la MRC-de-Coaticook s'est réuni 7 fois dans le cadre de rencontres régulières et a tenu son assemblée générale annuelle le 29 octobre 2014.

Pour 2014-2015, les activités et faits marquants sont les suivants :

- Recherche de nouveaux membres avec des compétences enrichissantes pour le Comité des usagers.
- Présence de 2 membres du comité au sein du conseil d'administration du CSSS.
- Présence d'un membre au comité de vigilance et de la qualité du CSSS.
- Formation des membres des comités des usagers et des résidents afin de leur permettre de mieux jouer leur rôle au sein des comités.
- Implication dans le processus de changements souhaités pour l'amélioration de la qualité de vie et de soins des usagers.
- Membre actif auprès du Regroupement des comités des usagers de l'Estrie.

Membres de l'exécutif

Louyse J. Philibert, présidente
Francine Lowe, vice-présidente
Carole J. Guay, trésorière
Pierre Benoit
Germaine Deschênes
Lise Bissonnette Limoges, représentante du comité des résidents

Membres du comité des résidents

Lise Bissonnette Limoges, présidente
Sonia Péloquin, secrétaire
Lucienne Boissonneault
Céline Péloquin
Geneviève Rivard-Charland

FONDATION DU CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK

Encore cette année, plusieurs activités ont permis à la Fondation de générer des recettes de 178 130\$ dont 95 000\$ provenant d'un don successoral important. À cette somme viennent s'ajouter les profits du « *Tournoi de golf annuel* » et du « *Défi tête rasée* » qui demeurent les activités principales de la Fondation. Nous sommes également très fiers de la levée de fonds de notre campagne annuelle qui fonctionne très bien.

Encore une fois, grâce aux efforts et au travail de qualité de tous les intervenants du CSSS, il nous est facile de convaincre la population du bien-fondé de la Fondation. L'apport de tous les gens du milieu dans les différentes activités ainsi que leurs dons démontrent l'importance qu'occupent la Fondation et le CSSS auprès des citoyens de Coaticook.

La Fondation compte poursuivre son partenariat avec la Chambre de Commerce et d'Industrie de la région de Coaticook dans l'organisation du tournoi de golf. Plusieurs partenaires nous ont confirmé leur appui dont les restaurants McDonald et Tim Horton ainsi que les organisateurs du Gala de lutte ELA. À cette liste se sont ajoutés cette année la Caisse Desjardins des Verts-Sommets de l'Estrie et le Demi-marathon de la Ville de Coaticook.

Durant l'importante période de changements et de transition dans le réseau de la santé, nous avons que l'un de nos gros défis sera d'expliquer le bien-fondé de notre Fondation à la population et, par le fait même, de la rassurer.

Nancy Couture, présidente du conseil d'administration

CONTRIBUTIONS DE LA FONDATION 2014-2015 : 76 677 \$

- Leviers sur rail (15) servant au transfert des résidents.
- Robots coupe pour le cuisine (2) servant à optimiser le temps de production au service alimentaire.
- Laveuse de type domestique.
- Matelas bariatriques et rallonges (2) pour augmenter le confort et diminuer le risque de plaies pour les résidents obèses.
- Moniteurs TAB's et tapis sensitifs (12) afin de favoriser la prévention des chutes et servant de mesure alternative aux contentions.
- Chaise de douche/aisance bariatrique pour permettre aux personnes obèses d'avoir accès à des soins d'hygiène à la douche.
- Fauteuil berçant autobloquant et fauteuil auto souleveur qui visent la prévention des chutes.
- Fauteuil d'aisance bariatrique pour améliorer la qualité de vie et le mieux-être des résidents.
- Grille pain rotatif pour favoriser le temps de préparation des rôtis.
- Ustensiles adaptés afin de favoriser l'autonomie à l'alimentation pour la clientèle ayant des atteintes physiques et qui participe aux activités du centre de jour.
- Cabinet auxiliaire au cabinet principal de distribution des médicaments.
- Exerciseur de bras pour la réadaptation physique.

Membres du conseil d'administration

Nancy Couture, présidente
Jean-Pierre Dupuis, vice-président
Paul-Émile Thibault, secrétaire-trésorier
Patricia Comeau
Marjolaine Custeau
Marie Drolet
Albert Favreau
Roma Fluet
Carine Fortin
Ginette Fortin
Anne-Sophie Francoeur
Jessika Kerwin
François Laperle
Nadia Thibeault
Donald Massicotte, directeur général du CSSS

BÉNÉVOLAT

Les membres de l'Association des auxiliaires bénévoles et les autres bénévoles ont, encore cette année, apporté une précieuse contribution.

Quotidiennement, des bénévoles offrent de l'accompagnement aux personnes hébergées lors d'activités supervisées par la technicienne en éducation spécialisée et lors d'activités spéciales au Centre de jour.

L'Association des auxiliaires bénévoles organise chaque année

une levée de fonds, un « brunch printanier » auquel la population est invitée. Les auxiliaires participent aussi à la vente de billets pour un véhicule récréatif (VR) et une part des profits est versée à la Fondation du CSSS.

La majorité des bénévoles œuvrent au sein des services d'hébergement et des soins de longue durée, mais d'autres bénévoles sont actifs ailleurs dans l'organisation et offrent généreusement de leur temps pour répondre aux besoins de la population.

ANNEXE 1 — CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS

1. Préambule

En vertu du paragraphe 2 de l'article 181.0.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), le comité de gouvernance et d'éthique d'un établissement de santé et de services sociaux doit élaborer un Code d'éthique et de déontologie, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30) applicable aux membres du conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux.

2. Objectifs généraux et champ d'application

Le Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs de l'établissement 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 la MRC-de-Coaticook, 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.

Il a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, il 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.

LE CODE :

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

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

3. 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 juste.

- 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 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.

4. 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'administrateur.

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.

l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

RESPECT

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

SOIN ET COMPÉTENCE

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

NEUTRALITÉ

- 4.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à

- 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 ne doit pas utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui

d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

RELATIONS PUBLIQUES

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

CHARGE PUBLIQUE

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

BIENS ET SERVICES DE L'ÉTABLISSEMENT

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

gouvernement.

AVANTAGES ET CADEAUX

- 4.18 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- 4.19 L'administrateur doit déclarer au président du conseil d'administration tout avantage qu'il a reçu ou pourrait recevoir et 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.

5. 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 à cet effet du Code, au plus tard dans les vingt (20) jours

6. Conflit d'intérêts

- 6.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du 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 :
- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil

d'administration;

- Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

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

- 6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire à cet effet du Code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.
- 6.9 La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

7. Fin du mandat

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

8. Application du code

8.1 ADHÉSION AU CODE

- 8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquiescer de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le Code ainsi que les lois applicables.
- 8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement du Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
- 8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du 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 du CSSS a pour fonctions de :
 - 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);
 - Diffuser et promouvoir le Code auprès des membres du conseil d'administration;
 - Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du Code;
 - Conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du Code;
 - Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

- Réviser, au besoin, le Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- Évaluer périodiquement l'application du Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- Réviser, au besoin, le Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- Évaluer périodiquement l'application du 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 3 membres et, d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.
- 8.3.2 De plus, le comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.
- 8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.
- 8.3.4 Le comité de discipline a pour fonctions de :
 - 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 Code;
 - Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au Code;
 - Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ANNEXE 2—ÉTATS FINANCIERS DÉTAILLÉS

ÉTAT DES RÉSULTATS POUR L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2015

	Exploitation	Immobilisations	Total	
Revenus (\$)	2014-2015	2014-2015	2014-2015	2013-2014
Subventions Agence et MSSS ¹	18 873 045	1 155 493	20 028 538	19 786 205
Subventions Gouvernement du Canada				
Contribution des usagers	1 726 170		1 726 170	1 689 538
Ventes de services et recouvrements	186 654		186 654	162 366
Donations	7 500	44 148	51 648	38 783
Revenus de placement	13 557		13 557	16 862
Revenus de type commercial				
Gain sur disposition				
Autres revenus	126 469		126 469	149 062
Total	20 933 395	1 199 641	22 133 036	21 842 816
Charges (\$)				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales ¹	17 169 213		17 169 213	16 565 470
Médicaments	118 776		118 776	169 429
Produits sanguins				
Fournitures médicales et chirurgicales	257 414		257 414	239 413
Denrées alimentaires	302 576		302 576	325 711
Rétributions versées ressources non institutionnelles	396 678		396 678	336 346
Frais financiers		237 159	237 159	218 307
Entretien et réparations, incluant les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	205 953	230 214	436 167	343 651
Créances douteuses	18 499		18 499	2 709
Loyer	84 135		84 135	116 784
Amortissement des immobilisations		729 146	729 146	722 779
Perte sur disposition d'immobilisations		461	461	1 551
Autres charges ²	2 701 923		2 701 923	2 718 120
Total	21 255 167	1 196 980	22 452 147	21 760 270
Surplus (déficit) de l'exercice	(321 772)	2 661	(319 111)	82 546

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE POUR L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2015

	Fonds		Total	
Actifs financiers (\$)	Exploitation	Immobilisations	2014-2015	2013-2014
Encaisse (découvert de banque)	1 276 693	147 433	1 424 127	1 277 054
Placements temporaires				
Débiteurs (Agence et MSSS)	230 127	68 527	298 654	1 019 868
Autres débiteurs	429 645	124 274	553 919	418 862
Créances interfonds (dettes interfonds)	319 832	(319 832)	0	0
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	1 573 484	1 654 018	3 227 502	2 878 569
Placements à long terme				
Frais reportés liés aux dettes		33 102	33 101	42 433
Autres éléments	1 412		1 412	1 198
Total des actifs financiers	3 831 193	1 707 522	5 538 715	5 638 084
Passifs (\$)				
Emprunts temporaires		877 774	877 774	326 131
Créditeurs (Agence et MSSS)				
Autres créditeurs et autres charges à payer	1 517 364	55 200	1 572 564	1 514 016
Avances de fonds en provenance de l'Agence (enveloppes décentralisées)		468 028	468 028	285 812
Intérêts courus à payer		68 527	68 527	55 388
Revenus reportés	73 187	262 310	335 497	359 744
Dettes à long terme		9 703 906	9 703 906	10 263 892
Passifs environnementaux				
Passif au titre des avantages sociaux futurs	2 016 083		2 016 083	1 999 759
Autres éléments	(10 719)		(10 719)	11 633
Total des passifs	3 595 915	11 435 745	15 031 660	14 816 375
Actifs financiers nets (dette nette)	235 278	(9 728 223)	(9 492 945)	(9 178 291)

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE POUR L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2015 (SUITE)

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	2014- 2015	2013-2014
Actifs non financiers				
Immobilisations		9 740 311	9 740 311	9 837 485
Stocks de fournitures	85 634		85 634	55 790
Frais payés d'avance	179 652		179 652	116 779
Total des actifs non financiers	265 286	9 740 311	10 005 597	10 010 054
Capital-actions et surplus d'apport				
Surplus (déficits) cumulés	500 564	12 088	512 652	831 763

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) POUR L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 2015

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	2014-2015	2013-2014
Actifs financiers nets (dette nette) au début déjà établis	649 767	(9 828 058)	(9 178 291)	(9 644 220)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures				
Actifs financiers nets (dette nette) au début redressés	649 767	(9 828 058)	(9 178 291)	(9 644 220)
Surplus (déficit) de l'exercice	(321 772)	2 661	(319 111)	82 546
Variations dues aux immobilisations				
Acquisitions		(632 433)	(632 433)	(301 429)
Amortissement de l'exercice		729 146	729 146	722 779
(Gain) / Perte sur dispositions		461	461	1 551
Produits sur dispositions				
Réduction de valeurs				1 105
Ajustements des immobilisations				
Intérêts capitalisés				
Coûts indirects capitalisés				
Total des variations dues aux immobilisations		97 174	97 174	424 006
Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance				
Acquisition de stocks de fournitures	(351 737)		(351 737)	(289 614)
Acquisition de frais payés d'avance	(464 398)		(464 398)	(412 204)
Utilisation de stocks de fournitures	321 893		321 893	291 820
Utilisation de frais payés d'avance	401 525		401 525	369 375
Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance	(92 717)		(92 717)	(40 623)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés				
Augmentation (diminution) des actifs financiers nets (dette nette)	(414 489)	99 835	(314 654)	465 929
Actifs financiers nets (dette nette) à la fin	235 278	(9 728 223)	(9 492 945)	(9 178 291)

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrle – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

Centre administratif
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894
www.santeestrie.qc.ca

**Centre de santé et de services sociaux
de la MRC-de-Coaticook**
138, rue Jeanne-Mance
Coaticook (Québec) J1A 1W3
Téléphone : 819 849-4876
Télécopieur : 819 849-6735
www.cssscoaticook.ca