



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-Boucher



CRÉER DES LIENS POUR LA VIE

TABLE DES MATIÈRES

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST	4
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE	5
RAPPORT DE LA DIRECTION.	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	
Mission, vision, valeurs	6
Organigramme du CSSS Pierre-Boucher.	7
Faits saillants	8
Portrait de santé de la population du territoire	11
RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS	
Objectifs rattachés au Plan stratégique et clinique 2013-2018	13
Résultats de l'entente de gestion 2013-2014.	17
GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS	34
RECOMMANDATIONS FAITES PAR L'ORGANISME D'AGRÈMENT.	35
SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	36
EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS DES USAGERS	37
INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION	37
CONSEIL D'ADMINISTRATION	38
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	39
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES	41
RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT	43
ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS.	44
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	52
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES ANNEXES	53

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST

Avec l'entrée en vigueur, le 9 février dernier, de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences, l'entité administrative CSSS Pierre-Boucher n'existe plus depuis le 1^{er} avril 2015. Le personnel, les cadres, les médecins, les nombreux bénévoles et les fondations poursuivent dorénavant leurs activités au sein du nouveau Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est.

Dans ce contexte, l'année 2014-2015 a certes été une année de transition, mais elle demeure riche des nombreux projets réalisés pour l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts. Parmi les faits marquants de l'année visant les services de première ligne, mentionnons au passage le déploiement de l'accueil clinique informatisé pour les omnipraticiens du territoire, l'accueil centralisé pour la clientèle en perte d'autonomie, le déploiement du plan d'action pour la création d'un guichet d'accès unique en santé mentale, la mise en place d'ateliers de création artistique pour la clientèle en santé mentale, en collaboration avec l'organisme Les Impatients et Espace Création Dominique Payette. Au niveau des services spécialisés, il y a eu l'acquisition et la mise en opération d'un 2^e tomodensitomètre, le réaménagement des locaux et la révision des activités du Centre de référence pour investigation désigné (CRID) du cancer du sein, la mise en place d'une clinique d'hépatite et de maladies inflammatoires de l'intestin (MII) ainsi que l'ouverture de la clinique de grossesses à risques élevés au sein du service de la natalité, pour ne nommer que ceux-là.

Pour cette dernière édition du rapport annuel de gestion, nous tenons à remercier tous les membres de la grande équipe du CSSS Pierre Boucher qui, au fil des dix dernières années, en ont fait un milieu reconnu pour la qualité et la sécurité des soins et des services offerts à la population. Merci aux membres du conseil d'administration pour leur gouvernance compétente et bienveillante. Et que dire des cinq fondations, qui se sont investies avec générosité et engagement à offrir ces « plus » qui font la différence pour la clientèle.

Les principes de confiance et de bienveillance et les valeurs de respect, de responsabilité, d'équité et de prévoyance ont largement guidé les gestes et les comportements de chacun au quotidien. Ces principes et ces valeurs ainsi que l'expertise et l'expérience du personnel et des médecins font maintenant partie intégrante des fondements sur lesquels se construira le CISSS de la Montérégie-Est. Cet héritage est annonciateur d'un modèle d'organisation qui nous ressemble et où chacun continuera à se développer de façon à ce que la population puisse bénéficier du meilleur de ce que nous pouvons lui offrir.



Louise Potvin, B. Sc. inf., M.B.A.

Présidente-directrice générale du CISSS de la Montérégie-Est
Directrice générale sortante du CSSS Pierre-Boucher



Louise Potvin, B. Sc. inf., M.B.A.
Présidente-directrice générale

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

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.

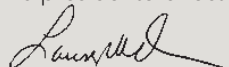
Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher :

- 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.

La présidente-directrice générale,



Louise Potvin, B. Sc. Inf., M.B.A.

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

La direction a vu à ce que le timbre valideur⁽¹⁾ est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier

annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement⁽²⁾.

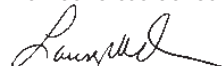
La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Toutefois, 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, la présidente-directrice générale de l'établissement exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première des

deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres indépendants du conseil soient nommés. Ainsi, la présidente-directrice générale dispose de tous les pouvoirs en vue d'accepter les états financiers au 31 mars 2015.

Les états financiers, inclus sous la section audité du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit. Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.



Louise Potvin, B. Sc. Inf., M.B.A.
Présidente-directrice générale



Marie-Christine Paradis
Directrice des ressources financières

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

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

MISSION

Le CSSS Pierre-Boucher est un établissement public de soins généraux et spécialisés ayant pour mission fondamentale d'améliorer la santé et le bien-être de la population dont il a la responsabilité. Le CSSS Pierre-Boucher réalise cette mission tout en permettant à sa population d'atteindre l'autonomie nécessaire au maintien de sa santé.

VISION

Grâce à l'expertise de ses équipes et de ses partenaires, le CSSS Pierre-Boucher se distinguera par ses soins et services humains, accessibles et de grande qualité.

Digne de confiance et résolument orienté vers la personne, ses proches, sa communauté et son environnement, le CSSS Pierre-Boucher aura intégré une culture de bienveillance, d'excellence et d'innovation dans le but ultime d'atteindre le plus haut niveau possible de santé et de bien-être pour sa population.

VALEURS

DEUX PRINCIPES D'ACTION SUR LESQUELS SONT FONDÉES NOS VALEURS

Assises incontournables constituant des moteurs pour vivre nos valeurs, nos principes d'action, la **CONFIANCE** et la **BIENVEILLANCE**, inspirent le comportement que l'on adopte, le mot d'ordre que l'on se donne dans notre approche collective.

La confiance constitue un élément fondamental de la vie en collectivité. Chaque action posée chaque jour contribue à édifier ou à fragiliser cette confiance nécessaire à notre bon fonctionnement. Faire confiance, c'est assumer que l'autre personne est elle-même digne de confiance. Notre loyauté à l'organisation est impossible si la confiance fait défaut.

La bienveillance est un souci de l'autre, elle suggère de tendre vers ce qui, pour l'autre, est considéré comme étant « bien » sans pour autant que ce « bien » coïncide avec le nôtre. C'est l'intérêt supérieur de l'utilisateur qui motive nos comportements bienveillants à leur égard et entre nous, employés, médecins et bénévoles du CSSS.

DES VALEURS HUMANISTES

- **Le respect** : « *Prendre le temps de poser un second regard afin de ne pas heurter inutilement* »

La mission même du CSSS Pierre-Boucher requiert que ses médecins et son personnel s'investissent dans des rapports sociaux harmonieux et qu'ils traitent les usagers, leurs proches, leurs collègues de travail et toute autre personne avec respect et considération.

- **La responsabilité** : « *S'engager dans la mission du CSSS Pierre-Boucher, faire les bons choix et honorer ses engagements* »

L'importance d'effectuer les bons choix pour l'atteinte des buts visés, en concordance avec la mission et les orientations de l'organisation. La personne responsable assume ses actes et leurs conséquences. Elle honore ses engagements dans un climat de confiance partagée et collabore avec l'équipe pour le bien-être de la clientèle.

- **L'équité** : « *Apprécier de manière juste ce qui est dû à chacun. L'équité, bien plus que l'égalité* »

Cette valeur s'applique en matière d'accessibilité, de qualité, de sécurité, de répartition des ressources, de prestation de soins et de services, de respect des droits et libertés et dans l'application de nos règles internes. Elle permet d'assurer que chaque usager est justement apprécié, selon ses besoins et caractéristiques propres.

- **La prévoyance** : « *Faire preuve de sensibilité et d'ouverture afin de mieux voir venir* »

C'est le souci et l'attention que l'on porte aux personnes, aux choses, aux situations, pour mieux voir venir. La prévoyance nous aide, dans des contextes empreints d'incertitudes, à anticiper et à prévoir ce qui est préférable et meilleur. C'est prendre les précautions nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être de notre population.

```

graph TD
    CS[CONSEIL D'ADMINISTRATION  
Mme Geneviève Grégoire, présidente]
    CS --> CUS[Comité des usagers]
    CS --> CR[Comité des résidents (7)]
    CS --> CG[Comité de bioéthique]
    CS --> CE[Comité exécutif]
    CS --> CV[Comité de vérification]
    CS --> CEV[Comité d'évaluation de la directrice générale]
    CS --> CSRH[Comité des ressources humaines]
    CS --> CRV[Comité de révision du traitement d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien]
    CS --> CVG[Comité de vigilance et de la qualité]
    CS --> CGO[Comité de gouvernance et d'éthique]
    CS --> CD[Comité de discipline]

    CG --> DGL[Directrice générale  
Mme Louise Potvin]
    DGL --> DCC[Directrice des communications et des relations publiques  
Mme France Descôteaux]
    DGL --> DAP[Directeur administratif des services professionnels et de l'information clinique  
M. Guy Bergeron]
    DGL --> DCS[Directeur des services cliniques]
    DGL --> DCSA[Directrice des services administratifs]
    DGL --> DCSM[Directrice des services médicaux]
    DGL --> DCSN[Directrice des services de nursing]
    DGL --> DCSO[Directrice des services de soins]
    DGL --> DCSR[Directrice des services de recherche]
    DGL --> DCSV[Directrice des services de vaccination]
    DGL --> DCSA2[Directrice des services administratifs]
    DGL --> DCSM2[Directrice des services médicaux]
    DGL --> DCSN2[Directrice des services de nursing]
    DGL --> DCSO2[Directrice des services de soins]
    DGL --> DCSR2[Directrice des services de recherche]
    DGL --> DCSV2[Directrice des services de vaccination]

    DCS --> DCSA3[Directrice clinico-administrative  
Mme Michèle Cormier]
    DCS --> DCSM3[Directrice clinico-administrative  
Mme Linda Langlais]
    DCS --> DCSN3[Directrice clinico-administrative  
Mme Michèle Bourassa]
    DCS --> DCSO3[Directrice clinico-administrative  
M. Aylre Boudreau]
    DCS --> DCSR3[Directrice clinico-administrative  
Mme Elisabeth Hamel]
    DCS --> DCSV3[Directrice clinico-administrative  
M. Doris Turcotte]

    DCSA3 --> DCSA4[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSA3 --> DCSM4[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSA3 --> DCSN4[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSA3 --> DCSO4[Programme-clients  
hébergement]
    DCSA3 --> DCSR4[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSA3 --> DCSV4[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSM3 --> DCSM5[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSM3 --> DCSM6[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSM3 --> DCSM7[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSM3 --> DCSM8[Programme-clients  
hébergement]
    DCSM3 --> DCSM9[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSM3 --> DCSM10[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSN3 --> DCSN11[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSN3 --> DCSN12[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSN3 --> DCSN13[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSN3 --> DCSN14[Programme-clients  
hébergement]
    DCSN3 --> DCSN15[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSN3 --> DCSN16[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSO3 --> DCSO17[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSO3 --> DCSO18[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSO3 --> DCSO19[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSO3 --> DCSO20[Programme-clients  
hébergement]
    DCSO3 --> DCSO21[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSO3 --> DCSO22[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSR3 --> DCSR23[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSR3 --> DCSR24[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSR3 --> DCSR25[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSR3 --> DCSR26[Programme-clients  
hébergement]
    DCSR3 --> DCSR27[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSR3 --> DCSR28[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSV3 --> DCSV29[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSV3 --> DCSV30[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSV3 --> DCSV31[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSV3 --> DCSV32[Programme-clients  
hébergement]
    DCSV3 --> DCSV33[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSV3 --> DCSV34[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSA4 --> DCSA5[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSA4 --> DCSA6[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSA4 --> DCSA7[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSA4 --> DCSA8[Programme-clients  
hébergement]
    DCSA4 --> DCSA9[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSA4 --> DCSA10[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSM4 --> DCSM11[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSM4 --> DCSM12[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSM4 --> DCSM13[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSM4 --> DCSM14[Programme-clients  
hébergement]
    DCSM4 --> DCSM15[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSM4 --> DCSM16[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSN4 --> DCSN17[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSN4 --> DCSN18[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSN4 --> DCSN19[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSN4 --> DCSN20[Programme-clients  
hébergement]
    DCSN4 --> DCSN21[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSN4 --> DCSN22[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSO4 --> DCSO23[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSO4 --> DCSO24[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSO4 --> DCSO25[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSO4 --> DCSO26[Programme-clients  
hébergement]
    DCSO4 --> DCSO27[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSO4 --> DCSO28[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSR4 --> DCSR29[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSR4 --> DCSR30[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSR4 --> DCSR31[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSR4 --> DCSR32[Programme-clients  
hébergement]
    DCSR4 --> DCSR33[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSR4 --> DCSR34[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSV4 --> DCSV35[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSV4 --> DCSV36[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSV4 --> DCSV37[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSV4 --> DCSV38[Programme-clients  
hébergement]
    DCSV4 --> DCSV39[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSV4 --> DCSV40[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSA5 --> DCSA11[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSA5 --> DCSA12[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSA5 --> DCSA13[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSA5 --> DCSA14[Programme-clients  
hébergement]
    DCSA5 --> DCSA15[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSA5 --> DCSA16[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSM5 --> DCSM17[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSM5 --> DCSM18[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSM5 --> DCSM19[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSM5 --> DCSM20[Programme-clients  
hébergement]
    DCSM5 --> DCSM21[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSM5 --> DCSM22[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSN5 --> DCSN23[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSN5 --> DCSN24[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSN5 --> DCSN25[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSN5 --> DCSN26[Programme-clients  
hébergement]
    DCSN5 --> DCSN27[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSN5 --> DCSN28[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSO5 --> DCSO29[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSO5 --> DCSO30[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSO5 --> DCSO31[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSO5 --> DCSO32[Programme-clients  
hébergement]
    DCSO5 --> DCSO33[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSO5 --> DCSO34[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSR5 --> DCSR35[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSR5 --> DCSR36[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSR5 --> DCSR37[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSR5 --> DCSR38[Programme-clients  
hébergement]
    DCSR5 --> DCSR39[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSR5 --> DCSR40[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSV5 --> DCSV41[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSV5 --> DCSV42[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
    DCSV5 --> DCSV43[Programme-clients  
déficiente physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées]
    DCSV5 --> DCSV44[Programme-clients  
hébergement]
    DCSV5 --> DCSV45[Programme-clients  
santé mentale et déficiente intellectuelle adulte]
    DCSV5 --> DCSV46[Programme-clients  
santé physique chirurgie]

    DCSA11 --> DCSA21[Programme-clients  
santé physique médecine]
    DCSA11 --> DCSA22[Programme-clients  
famille-enfance-jeunesse]
```

FAITS SAILLANTS

Plusieurs faits saillants ont marqué l'année 2014-2015. Voici les principaux :

Le projet d'amélioration des processus à l'approvisionnement (APA) s'est traduit par une augmentation de l'efficacité des services offerts en réorganisant les façons de faire en termes de gain de temps et des délais de livraison, de l'amélioration de l'entreposage et par l'informatisation des requêtes, sans papier.

Le projet d'accueil centralisé pour la clientèle en perte d'autonomie a permis, en regroupant le service dans une seule installation et en révisant plusieurs processus, d'augmenter la capacité de réponse aux demandes de soutien à domicile des usagers.

La phase I du projet clinique s'est conclue en octobre 2014 avec le dépôt des plans d'action générés par les partenaires des différentes tables de continuum de services pour les clientèles du CSSS Pierre-Boucher. Les activités projetées pour l'intégration des services dans les phases subséquentes seront intégrées dans le cadre du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est. L'intégration des services au sein du CISSS doit faciliter la réponse aux besoins des personnes en limitant les barrières entre les établissements et entre les professionnels.

Le programme de promotion de l'autonomie (PPA) « Bougez vers la santé » est déjà bien implanté à l'Hôpital Pierre-Boucher. À ce jour, près de 615 personnes ont reçu des formations sur ce programme et la philosophie de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) dans laquelle il s'inscrit. Le PPA est un exemple concret d'adaptation des pratiques auprès des aînés afin d'éviter le déclin fonctionnel et de préserver l'autonomie de l'utilisateur par la marche et la mobilisation à travers les activités de la vie quotidienne pendant le séjour hospitalier.

Le programme-clientèle santé mentale et déficience intellectuelle adulte (PSMDIA) a conclu un partenariat avec deux organismes, Les Impatients et Espace Création Dominique Payette, pour la mise en place d'un projet pilote

offrant à une dizaine de nos usagers 20 ateliers hebdomadaires d'expression artistique. L'objectif des ateliers est d'offrir aux participants un espace de création et leur permettre de laisser libre cours à leur expression artistique. Une bande dessinée intitulée « Un moment d'impatience » a été créée au profit de l'organisme Les Impatients pour financer les ateliers de création.

L'implantation de la procédure relative à l'utilisation exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle en milieu hospitalier a débuté cette année sous le thème + de solutions / - de contentions. Elle s'est traduite par la tenue d'activités d'éducation et de sensibilisation ainsi que par la création d'outils d'information et de sensibilisation destinés au personnel, aux usagers et à leurs proches.

Le comité environnement durable a déposé son premier rapport d'activités. Parmi les grandes réalisations du comité, notons la collaboration avec la direction des services techniques pour l'obtention de la certification niveau 3 de BOMA BEST Santé (Building Owners and Managers Association – Building Environmental Standards), un standard dans l'industrie des gestionnaires d'édifices au Canada des pratiques de gestion de l'environnement et de l'énergie. À noter également le projet d'optimisation de la consommation de l'eau à la buanderie, les travaux de caractérisation des matières plastiques à des fins de récupération, les initiatives de développement des connaissances et de mobilisation des employés, la collecte des cyberdéchets et des appareils électroniques défectueux ainsi que la récupération des ciseaux médicaux à usage unique qui devrait nous permettre de recueillir des redevances de 150 \$/tonne sur les métaux.

Les docteurs Jean-Pierre et Jean-Luc Doray ont réalisé une étude comparative sur les taux de mortalité périnatale à l'Hôpital Pierre-Boucher avec d'autres hôpitaux québécois et canadiens du niveau de soins IIB (soins spécialisés offerts aux bébés de 32 semaines et plus de gestation). Depuis 1998, le taux de

mortalité périnatale est particulièrement faible à l'Hôpital Pierre-Boucher puisqu'il se maintient à 2,17/1 000 naissances à raison d'environ 3 000 à 3 400 naissances annuellement, nettement inférieur aux taux observés dans d'autres centres de même catégorie au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique.

Au cours de l'année, des visites d'appréciation de la qualité du milieu de vie ont été effectuées de manière impromptue aux centres d'hébergement De Lajemmerais et du Chevalier-De Lévis par une équipe composée de représentants du MSSS, de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ainsi que d'organismes de promotion des droits des résidents et des aînés. Dans l'ensemble, les bilans ont été très positifs et les visiteurs ont tenu à souligner l'accueil chaleureux qui leur a été réservé et l'engagement réel des équipes à humaniser et à faire de leur centre d'hébergement un milieu de vie de qualité pour les personnes qui y vivent.

Le projet FORTERESSS-PAB visant à améliorer le taux de fidélisation et de satisfaction des préposés aux bénéficiaires (PAB) des centres d'hébergement a permis de revoir le programme d'accueil et d'intégration des nouveaux PAB, à recruter et à former 27 PAB orienteurs triés sur le volet pour leur approche à la clientèle et leur capacité à transmettre leur savoir-faire. La formation leur a permis d'optimiser leur rôle et de s'approprier différentes notions de communication et de coaching. Ils accompagneront les nouveaux PAB dans leur développement.

Le CSSS a adopté une politique de sécurité et d'accès aux services en obstétrique et néonatalogie afin d'assurer un milieu de soins et de services sécuritaire et centré sur les personnes, les familles et les proches, d'assurer un milieu de travail sain et sécuritaire ainsi que de développer et de maintenir une relation de confiance entre la clientèle et les personnes qui y œuvrent.

Cinq gestionnaires ont reçu leur « Green belt » du micro-programme de 2^e cycle en gestion de la performance dans le système de santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette formation permet d'appliquer la méthodologie Lean par l'optimisation de processus et d'améliorer les services aux usagers.

Le CSSS Pierre-Boucher a adopté une politique de promotion de la santé qui s'inscrit dans le contexte de l'adhésion de l'établissement au Réseau québécois des établissements promoteurs de santé. Elle vise à promouvoir la santé et le bien-être de la population de même que celle des usagers, des employés, des médecins, des stagiaires et des bénévoles qui œuvrent au sein de l'établissement. Elle a également pour but de soutenir l'ensemble des politiques et plans d'action de l'établissement qui sont en lien avec la promotion de la santé.

La clinique GARE (Grossesses à risques élevés) a ouvert ses portes en mai 2014 afin de maximiser le continuum de services offerts aux femmes enceintes. Cette approche intégrée améliore grandement le service offert à la clientèle puisqu'elle assure un arrimage interdisciplinaire entre la médecine interne, le suivi obstétrical, l'enseignement infirmier et le suivi avec la nutritionniste.

L'accueil clinique informatisé a été mis en ligne en avril 2014. Ce site Internet héberge des ordonnances en ligne et de la documentation pour aider les médecins de famille à référer les patients dont la condition est sérieuse, mais non urgente, à des médecins spécialistes ou pour des tests diagnostiques. L'information disponible permet de guider le médecin à travers les services du CSSS, des coordonnées et précisions sur les services offerts dans une spécialité ou un programme, aux formulaires de prescription pour des conditions de santé spécifiques. À la fin mars 2015, 8 protocoles et 45 aides/guides étaient disponibles en ligne.

La direction des ressources humaines et du développement organisationnel a déployé en janvier 2015 un portail Internet destiné exclusivement aux gestionnaires du CSSS Pierre-Boucher. Il héberge de l'information et des outils

de gestion en matière de ressources humaines et financières. Les cadres y ont, entre autres, directement accès à l'information nécessaire pour leur suivi budgétaire et la planification de la main-d'œuvre, un coffre à outils RH comprenant divers formulaires, dont l'évaluation de rendement et la gestion des postes, ainsi que des capsules d'information sur divers sujets. Il comporte également des renseignements de nature plus générale sur la création du CISSS de la Montérégie-Est et les négociations nationales. Les gestionnaires peuvent de plus y interroger l'entrepôt de données en ressources humaines.

PRIX ET MENTIONS

Agrément Canada a reconnu comme pratique exemplaire le Programme de soutien à la pratique professionnelle basé sur une approche intégrée des compétences. Confrontés à des difficultés de recrutement et de fidélisation de leur main-d'œuvre professionnelle, les CSSS Pierre-Boucher et Jardins-Roussillon ont développé ce programme intégrant divers moyens, de l'accueil des nouveaux intervenants jusqu'au développement continu des compétences.

La direction de santé mentale a également été reconnue à quelques reprises, plus particulièrement :

- elle a été reconnue par le Programme Alliance par le Centre National d'excellence en santé mentale (CNESM) pour l'innovation des soins de collaboration avec les omnipraticiens;
- elle a été récipiendaire de « Bell cause pour la cause » pour le développement d'une fonction de pair aidant au suivi intensif dans la communauté;
- elle a obtenu le Prix d'innovation clinique « Expérience unique de l'implantation des pratiques en prévention du suicide sur les unités de soins » par l'Ordre des infirmières et infirmiers de la Montérégie (ORIIM).

Le projet d'Amélioration des processus au service de l'approvisionnement (APA) a été retenu parmi les trois finalistes aux Prix de l'AQESSS 2014 dans la catégorie services de soutien.

Le Conseil multidisciplinaire du CSSS Pierre-Boucher a remis ses Prix Mérite en mai 2014. Les lauréates sont :

- **Catégorie Projet**
Renée Bérubé (inhalothérapeute), Dzuy An Mai (kinésiologue) et Anne-Marie Ferraro (nutritionniste), pour leur programme de réadaptation pulmonaire.
- **Catégorie Qualité de la pratique**
Anne-Marie Ferraro, nutritionniste.
- **Catégorie Relève**
Julie Bolduc, intervenante en soins spirituels.

CORRIDORS DE SERVICES

Le CSSS Pierre-Boucher et le CSSS Champlain-Charles-Le Moyne ont signé une entente visant à établir un corridor de services en hémodynamie. Cette entente permettra d'assurer une continuité de services, lors d'un arrêt temporaire de fonctionnement de l'une au l'autre des salles d'hémodynamie de la Montérégie.

Le CSSS Pierre-Boucher a également signé une entente avec le CSSS du Haut-Saint-Laurent afin d'établir un corridor de services de soins intensifs. Elle a pour objet la prise en charge des patients hémodynamiquement instables, en choc ou intubés non traumatiques en transfert de l'Hôpital Barrie Memorial et ne nécessitant pas d'hémodialyse dans le cas où le CSSS du Suroît serait en surcapacité et ne pourrait accueillir le patient.

TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT ET DE RÉNOVATION

Les travaux entourant la relocalisation des services administratifs situés à l'hôpital ont débuté cette année afin de libérer des espaces requis dans le cadre du projet de soins et services de proximité 514-450. Ceci permettra à terme d'ajouter 23 lits de courte durée à l'aile Nord au 7^e étage de l'hôpital pour la clientèle du territoire qui obtient des services dans les centres hospitaliers universitaires de Montréal ou d'autres établissements hospitaliers.

Déjà, la direction administrative des services professionnels, le service des approvisionnements, une partie de l'équipe de la direction des services informationnels et le génie biomédical

ont aménagé au centre administratif situé au 1215, chemin du Tremblay.

D'autres mouvements sont à prévoir au cours de l'année qui vient, dont la direction générale et la direction des services professionnels qui aménageront d'ici peu dans un nouveau complexe modulaire de 535 m² adjacent à l'hôpital.

D'autres travaux ont été entrepris en cours d'année dans les installations :

- rehaussement de 4 lits de l'unité d'intervention brève de psychiatrie réalisé à la fin de l'été 2014;
- réaménagement de la salle d'angiographie réalisé à l'automne 2014 dans les locaux de l'imagerie médicale adjacents à l'urgence;
- remplacement en août 2014 des 325 fenêtres de type résidentiel des Centre d'hébergement De Lajemmerais et de Mgr-Coderre par de nouvelles de type « institutionnel », plus sécuritaires et plus performantes au niveau énergétique;
- travaux de rénovation au Centre d'hébergement René-Lévesque entrepris à l'automne 2014 en raison des problèmes d'infiltration d'eau causée par les débordements fréquents de toilettes aux étages et l'absence de drains dans les salles de bains;
- travaux de réfection de l'entrée Sud de l'hôpital réalisés à l'hiver 2015; remplacement des portes et consolidation de la structure adjacente. L'entrée principale fera également l'objet de travaux de réfection au printemps 2015;
- agrandissement du CLSC des Seigneuries de Sainte-Julie, la superficie passant de 322 m² à 577,9 m² ce qui a permis notamment d'avoir une plus grande salle d'attente et d'améliorer la fluidité du service de prélèvements;
- acquisition de deux groupes électrogènes incluant une enceinte contre les intempéries dans le cadre de la réalisation du rehaussement de la distribution électrique d'urgence à l'Hôpital Pierre-Boucher. Les deux nouvelles génératrices ont été mises en fonction en mars-avril 2015.

ACQUISITION D'ÉQUIPEMENTS ET NOUVELLES TECHNOLOGIES

- rehaussement du système informatique de laboratoire (SIL) réalisé en novembre 2014. Cette mise à jour importante a touché plus de 1500 utilisateurs du CSSS qui ont été formés à l'utilisation de cette nouvelle version plus conviviale et plus performante du SIL;
- acquisition d'un 2^e tomodesitomètre (scanner) au montant de 684 143 \$, inauguré en décembre 2014 par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr Gaétan Barrette. Cet appareil vient s'ajouter à un appareil existant dont la durée de vie est atteinte; le remplacement de ce dernier est prévu en 2015.
- autorisation pour l'acquisition d'un colorateur pour immunohistochimie au montant de 1 288 884 \$ pour remplacer l'appareil existant;
- acquisition d'un moniteur cardiaque ou isolette de transport avec la collaboration d'Opération Enfant Soleil qui a remis, avec la contribution additionnelle du MSSS, un montant de 41 878 \$.

1. CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

Selon les estimations de population du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le RLS Pierre-Boucher compte plus de 253 000 personnes en 2014, dont environ 7 000 en milieu rural¹. Il s'agit du 1^{er} territoire en importance en Montérégie quant à la taille de sa population (16,8 %), du 9^e territoire quant à sa superficie (460 km²) et du 2^e territoire quant à sa densité de population (551 hab./km²). La population du RLS s'est accrue de 6,5 % entre 2004 et 2014, soit une augmentation plus faible que celle de la Montérégie (11,6 %).

La répartition selon l'âge de la population du RLS Pierre-Boucher est relativement semblable à celle de la Montérégie. En 2014, la proportion de jeunes de moins de 18 ans du RLS atteint 19 % (20 % en Montérégie), tandis que celle de personnes âgées de 65 ans et plus est de 16 % (17 % en Montérégie).

Néanmoins, à l'instar de la région et du Québec, le RLS n'échappera pas au vieillissement de sa population. Entre 2014 et 2036, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 16 à 26 %. Le vieillissement de la population se produit à un rythme semblable sur le territoire de Pierre-Boucher par rapport à la Montérégie. Entre 2014 et 2036, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 60 % dans le RLS comparativement à 58 % en Montérégie.

2. CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES ET CULTURELLES

Dans l'ensemble, le RLS présente un profil socioéconomique un peu plus défavorable que celui de la région. Si le RLS compte proportionnellement plus de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (12 c. 9 % en 2010) et un taux d'emploi légèrement inférieur (62 c. 63 %), il affiche toutefois une proportion plus faible de personnes sous-scolarisées (17 c. 19 % en 2011).

Le RLS Pierre-Boucher présente une proportion de personnes d'expression anglaise² (5 %) plus faible que la valeur régionale (11 %). Selon le Recensement de 2011, leur nombre s'élève à environ 11 010 personnes, soit environ 7 % de la

population d'expression anglaise de la Montérégie.

En 2011, on dénombre 23 330 immigrants sur le territoire de Pierre-Boucher, soit 10 % de la population du RLS, mais 19 % des immigrants de la Montérégie.

3. ESPÉRANCE DE VIE

En 2007-2011, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui résident sur le territoire de Pierre-Boucher s'élève à 81,7 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance plus élevée que celle des hommes (83,7 c. 79,4 ans), quoique l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec le temps. Les femmes et les hommes du RLS ont une espérance de vie à la naissance significativement plus longue que celle de leurs homologues québécois (83,4 et 78,9 ans respectivement).

4. NOUVEAU-NÉS

En 2011, les femmes du RLS ont donné naissance à 2 651 enfants et le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,69. Pour la période 2007-2011, 7,9 % des nouveau-nés étaient prématurés (moins de 37 semaines), soit une proportion significativement supérieure à celle du Québec. Par ailleurs, 8,8 % des naissances (non gémellaires) avaient un faible poids pour l'âge gestationnel. Depuis le milieu des années 1980, la proportion de naissances de faible poids pour l'âge gestationnel a diminué, tandis que celle des bébés prématurés a augmenté. Pour la période 2007-2011, 7,3 % des nouveau-nés avaient une mère faiblement scolarisée (moins de 11 ans de scolarité) et 3 %, une mère âgée de moins de 20 ans.

5. SANTÉ PHYSIQUE

5.1 Les tumeurs

En 2007-2011, 35 % des décès enregistrés dans le RLS Pierre-Boucher sont attribuables aux tumeurs malignes. Avec une moyenne de 548 décès par année, les tumeurs malignes figurent au premier rang des causes de décès.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. Dans le RLS, le nombre annuel

moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 790 à 1 214 entre les périodes 1991-1995 et 2006-2010. Le taux ajusté d'incidence est toutefois légèrement à la baisse et il s'avère significativement inférieur à celui du Québec en 2006-2010.

En 2013-2014, on compte 1 822 hospitalisations pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 9 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée.

5.2 Les maladies de l'appareil circulatoire

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

En 2011-2012, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque, ce qui représente près de 11 090 personnes sur le territoire de Pierre-Boucher. Chez les Montérégiens de 65 ans et plus, cette proportion grimpe à 16 %.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, le nombre de personnes âgées de 20 ans et plus atteintes d'hypertension artérielle est passé de 25 800 à 44 800 personnes, soit une augmentation de 74 %. Au cours de cette même période, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle a augmenté d'environ 31 % dans le RLS. Depuis 2000-2001, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle est significativement plus élevée dans le RLS qu'au Québec. En 2010-2011, la prévalence brute de l'hypertension artérielle se chiffre à 24 % dans le RLS.

En 2013-2014, 13 % des hospitalisations en soins physiques de courte durée de la population du RLS – soit 2 641 hospitalisations – sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès, mais également d'hospitalisations. Pour cette même période, le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus faible dans le RLS qu'au Québec.

¹ Selon le recensement de 2011.

² Définis selon la première langue officielle parlée.

5.3 Les maladies de l'appareil respiratoire

Selon les dernières données disponibles, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 7 % des décès et de 10 % des hospitalisations de la population du RLS. Ce dernier affiche un taux de mortalité significativement inférieur, mais un taux d'hospitalisations significativement supérieur à ceux du Québec.

En 2011-2012, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 4 % des Montérégiens de 35 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir de bronchite chronique, d'emphysème ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, ce qui représente respectivement 18 900 et 5540 personnes à l'échelle du RLS.

5.4 Le diabète

Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a doublé depuis 2000-2001, pour atteindre 16 162 personnes en 2010-2011, soit 8,5 % de la population de 20 ans et plus dans le RLS. Depuis 2000-2001, la prévalence ajustée du diabète du RLS ne diffère pas de celle du Québec.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, la prévalence ajustée du diabète a augmenté de près de 50 % dans le RLS. Fort heureusement, cette hausse de la prévalence ne s'accompagne pas d'une hausse de la mortalité due au diabète. Au contraire, depuis le début des années 2000, la mortalité ne cesse de diminuer chez les diabétiques. Cette baisse de la mortalité contribue d'ailleurs à l'augmentation de la prévalence du diabète³.

5.5 Quelques facteurs de risque

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

- environ 43 % consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour;
- environ 36 % pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine;
- environ 22 % fument tous les jours ou à l'occasion;
- environ 53 % présentent un surplus de poids, soit 35 % de l'embonpoint et 18 % de l'obésité.

6. SANTÉ MENTALE/PSYCHOSOCIALE

En 2013-2014, on dénombre 1 223 hospitalisations pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

En 2007-2011, le nombre annuel moyen de suicides s'élève à 32 sur le territoire de Pierre-Boucher. Le taux de mortalité par suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

7. JEUNESSE

En 2013-2014, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 2 084 signalements concernant les enfants du RLS, soit une augmentation de 50 % par rapport à 2002-2003. Le nombre de signalements retenus a lui aussi augmenté pour se chiffrer à 886 en 2013-2014. Depuis 2007-2008, les abus physiques et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Au nombre de 237, les nouvelles prises en charge représentent 27 % des signalements retenus en 2013-2014.

En Montérégie, en 2010-2012, le taux de grossesse chez les adolescentes se situe à 9,2 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans. À l'échelle du RLS, cela représente en moyenne 55 grossesses par année.

8. UN PORTRAIT À NUANCER

Un portrait global comme celui-ci peut difficilement traduire adéquatement la réalité de l'ensemble de la population d'un territoire donné. Ainsi, le RLS Pierre-Boucher doit composer avec des disparités importantes entre et à l'intérieur des CLSC. En comparaison au CLSC des Seigneuries, les CLSC de Longueuil-Ouest et Simonne-Monet-Chartrand présentent proportionnellement plus de personnes âgées, d'immigrants et de personnes d'expression anglaise. Ces CLSC se distinguent également par une forte proportion de personnes sous-scolarisées et de personnes vivant sous le seuil de faible revenu. Nul doute que cette situation génère des disparités de santé ou de bien-être, qui cependant, ne peuvent toutes être identifiées ou mesurées.

En 2006-2010, le CLSC de Longueuil-Ouest affiche un taux ajusté d'incidence du cancer du poumon significativement supérieur à celui du Québec et le CLSC Simonne-Monet-Chartrand, un taux ajusté

d'incidence du cancer de la prostate supérieur à celui du Québec, tandis qu'au CLSC des Seigneuries, le taux ajusté d'incidence du cancer du poumon est significativement inférieur à celui du Québec. Les données sur l'espérance de vie à la naissance illustrent de tels écarts de santé. En 2007-2011, on note en effet un écart de 3,7 ans entre l'espérance de vie à la naissance des hommes du CLSC des Seigneuries et ceux du CLSC Simonne-Monet-Chartrand (81,0 c. 77,3 ans). Chez les femmes, l'écart est de 4,2 ans entre le CLSC de Longueuil-Ouest et le CLSC Simonne-Monet-Chartrand (85,7 c. 81,5 ans). Ces données rappellent également qu'en plus des conditions socioéconomiques, la santé des hommes et des femmes diffère. En ce qui concerne les indicateurs de santé, cela se traduit par des taux de mortalité significativement en deçà ou semblables aux taux québécois pour toutes les grandes causes de décès pour les CLSC de Longueuil-Ouest et des Seigneuries, tandis que le CLSC Simonne-Monet-Chartrand présente des taux de mortalité comparables ou supérieurs (tumeurs malignes, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire et maladies de l'appareil digestif) à ceux de la province. Fait à noter, la prévalence du diabète en 2010-2011 chez les personnes de 20 ans et plus des CLSC de Longueuil-Ouest (10,1 %) et Simonne-Monet-Chartrand (9,2 %) est significativement plus élevée que celle du Québec (8,8 %). À l'inverse, celle du CLSC des Seigneuries est significativement plus faible (7,3 %). La prévalence de l'hypertension est aussi plus élevée dans les CLSC de Longueuil-Ouest (25,3 %) et Simonne-Monet-Chartrand (24,8 %) que celle du Québec (23,6 %). Le même portrait se dessine pour les naissances de faible poids pour l'âge gestationnel – on observe des proportions significativement plus élevées aux CLSC de Longueuil-Ouest (9,5 %) et Simonne-Monet-Chartrand (9,4 %) qu'au Québec (8,3 %). Il importe que l'identification des besoins de santé tienne compte le plus possible des disparités du territoire.

³ Pigeon, É. et I. Larocque (2011). « Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007. » Surveillance des maladies chroniques (5). Disponible sur : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1239_TendancesDiabete2000-2001A2006-2007.pdf

RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS

En mai 2013, le conseil d'administration a procédé à l'adoption du Plan stratégique et clinique 2013-2018 de l'établissement. Quatre grands axes stratégiques de développement ont été identifiés :

Axe 1 : Les relations soutenues avec la population et les partenaires

Axe 2 : L'adaptation et la qualité des soins et services

Axe 3 : La reconnaissance des personnes œuvrant dans l'organisation

Axe 4 : Les développements technologiques et les infrastructures immobilières

Aux termes de l'année 2014-2015, voici le bilan des réalisations :

AXE 1 - LES RELATIONS SOUTENUES AVEC LA POPULATION ET LES PARTENAIRES : *puisque, ensemble, on fait la différence.*

Objectifs organisationnels	Réalisations au 31 mars 2015
Mener à terme les travaux et assurer le suivi des projets cliniques avec les partenaires	- Les pistes d'amélioration ont été révisées et un plan d'action 2015-2018 a été convenu par les partenaires de la table du continuum soins à la personne âgée. - Le rapport final et le plan d'action pour le projet clinique en déficience physique réalisés en collaboration avec les partenaires communautaires et du réseau, ont été déposés en novembre 2014. Le plan d'action comporte les actions retenues par les membres de la table du continuum de services en déficience physique et les actions priorisées pour la 1^{re} année. - Le plan d'action sommaire 2013-16 du projet clinique maladies chroniques a été réalisé. Un comité local de coordination des maladies chroniques a été implanté. Les priorités d'action ciblées ont été mises en œuvre.
Consolider et développer des partenariats contribuant à assumer pleinement la responsabilité populationnelle du réseau local de services	- Dans le cadre de son mandat régional en néonatalogie, Pierre-Boucher a signé en 2014 cinq ententes afin de formaliser des corridors de services avec les CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, Pierre-De Saurel, Richelieu-Yamaska, Haut-Richelieu-Rouville et de la Haute-Yamaska. Les établissements œuvrent actuellement à préciser les critères de transfert des nouveau-nés prématurés. - Le développement et l'implantation d'une offre de services visant l'accessibilité et la continuité des services pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle et une problématique de santé mentale ont été réalisés, plus particulièrement en ce qui concerne la trajectoire de service à l'urgence et à l'hospitalisation.
Renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs afin de se concerter sur les actions visant l'amélioration de la santé et le développement des communautés	Une entente a été signée avec les trois commissions scolaires du territoire Pierre-Boucher en lien avec la Loi visant à prévenir et combattre la violence et l'intimidation à l'école. L'établissement contribue au plan d'action et participe à une table de travail des clientèles 16-24 ans (report de l'entente avec le Carrefour jeunesse-emploi pour jeunes décrocheurs, arrimage entre la santé mentale jeunesse et adulte pour assurer une transition harmonieuse aux services adulte, etc.)

AXE 2 - L'ADAPTATION ET LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES : en réponse à l'évolution des besoins de la population.

Objectifs organisationnels	Réalisations au 31 mars 2015
Poursuivre le rapatriement des clientèles du RLS Pierre-Boucher actuellement desservies à Montréal	Un guichet d'accès unique en santé mentale a été implanté. L'embauche de professionnels en santé mentale œuvrant en groupe de médecine de famille a été réalisée.
Poursuivre le développement des services de première ligne, consolider la hiérarchisation des services et formaliser les trajectoires convenues	- Ouverture d'une clinique externe spécialisée pour les grossesses à risques élevés (GARE), notamment pour la clientèle ayant un diabète de grossesse. - Intégration de 11 professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, kinésiothérapeutes, nutritionnistes et infirmières en santé mentale) répartis dans les GMF Marguerite d'Youville, Pierre-Boucher et des Îles Percées.
Faciliter l'accessibilité aux services et en diminuer les délais d'accès	- Depuis avril 2014, les médecins omnipraticiens ont accès à l'Accueil clinique, outil internet qui leur permet d'avoir accès aux plateaux techniques et diagnostiques de l'hôpital et aux médecins spécialistes. Il permet d'amorcer certains traitements selon des ordonnances prédéterminées dans le but de référer les usagers en médecine de jour et ainsi éviter le recours à l'urgence. Le site héberge au 31 mars 2015, 8 protocoles et 45 aides/guides pour les médecins du territoire. - La salle du 2^e tomodensitomètre est en opération depuis mai/juin 2014. Ce nouvel appareil a permis d'augmenter le volume de ce type d'examen réalisés dans l'établissement et de réduire de façon importante le temps d'attente. - Dans le cadre du développement des suivis systématiques de la clientèle en chirurgie, la trajectoire pour la clientèle de chirurgie de l'épaule a été définie et tous ces patients passent par le suivi systématique.
Élaborer et actualiser une planification des activités médicales en cohérence avec les orientations de l'établissement	Afin d'améliorer l'accessibilité des places en hébergement pour les résidents, le personnel infirmier de tous les centres a réévalué le profil de la clientèle hébergée en fonction des nouvelles exigences ministérielles.
Poursuivre l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	L'implantation de l'approche se poursuit sur les unités de soins; à ce jour près de 615 personnes ont été formées.
Développer les approches cliniques adaptées aux clientèles spécifiques	- Un plan de bonification des services en ressources intermédiaires (RI) a été adopté. Les services et les pratiques ont été adaptés en fonction du nouveau système de classification des ressources. - Les activités du Centre de référence pour investigation désigné (CRID) du cancer du sein ont été révisées, et les locaux réaménagés à cette fin ont été ouverts à la mi-avril 2014. Les travaux ont permis de prévoir une salle d'attente et une salle de déshabillage réservée à cette clientèle, ainsi que de faire l'acquisition de nouveaux appareils de radiologie numérique. Le profil professionnel des technologues assignés à ce service est également adapté à cette clientèle. - Un programme de soins de fin de vie est en cours d'élaboration au niveau régional, en collaboration avec le CSSS Champlain-Charles-Le Moyne. Plusieurs membres du personnel de Pierre-Boucher y participent. - La révision du programme clinique des unités prothétiques pour répondre aux besoins des résidents présentant des comportements perturbateurs est complétée; les éléments de programmation sont en voie d'adaptation et de consolidation sur les unités pour offrir des services adaptés à ce type de clientèle. - Une clinique d'hépatite et de maladies inflammatoires de l'intestin (MII) a été mise en place. Des protocoles de suivi clinique ont été développés dans le but d'éviter les visites à l'urgence et les hospitalisations.

AXE 2 - L'ADAPTATION ET LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES : en réponse à l'évolution des besoins de la population.

Objectifs organisationnels	Réalisations au 31 mars 2015
Promouvoir l'approche collaborative du « patient partenaire »	- Le programme proche-accompagnateur, élaboré par l'équipe interdisciplinaire du Centre d'hébergement de Mgr-Coderre, a été finalisé en juillet 2014. Ce programme vise en tout premier lieu à faciliter l'intégration du résident à son nouveau milieu de vie. Diverses activités ont été réalisées afin de préparer l'implantation du programme à l'automne 2015, dont celle d'éclaircir le processus de sélection des proches-accompagnateurs, d'identifier des personnes intéressées à ce rôle, de préciser leur besoin de formation et de la planifier avec l'Université de Montréal. - L'implantation d'une culture de soins collaboratifs en néonatalogie avec les parents prestataires de soins va bon train. Des outils et guides d'enseignement ont été développés par le comité de travail, en collaboration avec les familles. Déjà, une grande part des soins non invasifs sont prodigués par les parents, par exemple, les bains des bébés aux soins intermédiaires (prématurés).
Accroître le travail en interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle	Le développement des pratiques professionnelles basées sur la contribution des membres du personnel clinique et administratif (en cogestion) au niveau de la chirurgie est bien en place; des échanges hebdomadaires pour certaines chirurgies (bariatrique, prothèse totale de la hanche, prothèse totale du genou) et la planification des départs sont bien intégrés dans les pratiques des équipes.
Diminuer les temps d'attente pour les usagers dans les différents secteurs d'activités	- Une démarche LEAN réalisée à l'urgence a permis d'améliorer le délai de prise en charge pour les usagers avec la cote de priorité 1 de 76 %, les priorités 2 de 28 % et les priorités 3 de 4 %. On note une augmentation de 5,2 % d'usagers réorientés vers la 1^{re} ligne (clinique réseau, GMF) et une diminution de 7,6 % d'usagers qui quittent sans prise en charge médicale. L'équipe de l'urgence poursuit ses efforts pour améliorer sa performance, dans un contexte de fort achalandage. - Dans le cadre de l'optimisation de l'hospitalisation en médecine, le plan de soins informatisés a été déployé, le rôle contemporain de l'ASI (assistante infirmière-chef) et les soins modulaires ont été implantés aux unités Nord et Sud du 6^e étage.
Analyser les impacts, établir des priorités et assurer la réalisation de nouveaux mandats, en tenant compte des compétences distinctives et de la capacité de l'organisation	La relocalisation dans l'hôpital de certains services ambulatoires dont la colposcopie, le suivi de la clientèle de grossesse à risques élevés et la clinique préopératoire a permis d'accroître la clientèle desservie et d'améliorer l'efficacité des services.
Poursuivre l'adaptation des processus de travail de façon à améliorer la qualité et la sécurité des soins et services pour les usagers	- Le bilan comparatif du médicament (BCM) a été implanté entièrement dans 3 unités de soins. Les travaux ont débuté dans 3 autres unités. Ce bilan consiste à établir, sur une fiche, le profil de médicaments des patients à l'arrivée dans notre établissement et à la sortie et vise à assurer la continuité des soins entre notre établissement et le médecin de famille en pratique privée. - Dans la poursuite des travaux de déprofessionnalisation des soins dans tous les secteurs de la 1^{re} ligne, les auxiliaires familiales ouvrant au soutien à domicile et les préposés aux bénéficiaires en ressources d'hébergement non institutionnelles, ont été formés et dispensent les services selon la règle de soins. La formation est offerte en continu, au besoin.
Soutenir et assurer de façon intégrée le développement de stratégies d'optimisation dans un souci de performance	- Le logiciel de Gestion des Ressources Intégrées a été installé et est utilisé par les gestionnaires. Cette mesure vise à rendre disponibles les données plus rapidement afin d'effectuer plus efficacement le suivi des dépenses. - Un audit sur la qualité des données pour valider l'information dans l'ensemble des rapports de reddition de comptes a été complété et les modifications nécessaires ont été apportées. - Afin de favoriser une utilisation optimale des ressources dans le suivi du projet des grands utilisateurs de services, des plans d'action ont été complétés pour assurer le suivi de 105 usagers. Certains de ces usagers ont été pris en charge par le réseau et ne sont pas venus à l'urgence depuis 6 mois ou plus. Un groupe de 47 de ces utilisateurs est suivi depuis plus d'un an par l'intervenante réseau assignée au projet; 81 % de ces usagers ont diminué de 50 % ou plus leurs visites à l'urgence. - Le suivi systématique de la clientèle hospitalisée en psychiatrie a aussi permis de réduire de 11 jours la durée d'hospitalisation depuis son implantation. - Dans le cadre de l'optimisation des trajectoires de services, les activités de certains secteurs ont été transférées : la clinique de la douleur a été déplacée de la médecine de jour vers les soins périopératoires, la colposcopie de la chirurgie mineure vers les cliniques externes spécialisées.

AXE 3 - LA RECONNAISSANCE DES PERSONNES OEUVRANT DANS L'ORGANISATION : *puisqu'elles y jouent un rôle fondamental.*

Objectifs organisationnels

Réalisations au 31 mars 2015

Soutenir la mise en place d'un milieu de travail de qualité et des conditions de pratique stimulantes, facilitant l'accueil et favorisant la satisfaction au travail, contribuant à la fidélisation du personnel ainsi qu'à la gestion des talents et des carrières

- Les mesures visées dans le plan d'action pour l'amélioration de la fidélisation (rétention) des préposés aux bénéficiaires en hébergement ont été déployées en mai 2014. On note déjà une amélioration de la rétention des PAB de plus de 25 %.
- Le modèle ARTERE, outil d'appréciation, de reconnaissance du travail et des résultats d'équipe, a été déployé à Pierre-Boucher dans le cadre du Programme de soutien des cadres pour la réalisation des activités de reconnaissance individuelles et d'équipes. Déjà, il y a eu 33 rencontres individuelles et d'équipe en 2014 et 2015 en utilisant l'outil ARTERE.

Favoriser le développement de compétences managériales du personnel d'encadrement et des médecins ayant des responsabilités de gestion en s'appuyant sur notre vision et nos engagements

- Cinq gestionnaires ont gradué du micro-programme de deuxième cycle en gestion de la performance dans le système de santé de l'UQTR. Cette formation permet d'appliquer la méthodologie LEAN par l'optimisation de processus et d'améliorer les services aux usagers.

AXE 4 - LES DÉVELOPPEMENTS TECHNOLOGIQUES ET LES INFRASTRUCTURES IMMOBILIÈRES : *des leviers pour la réalisation de notre mission.*

Objectifs organisationnels

Réalisations au 31 mars 2015

Assurer le déploiement des systèmes et des technologies de l'information sur les plans administratif et clinique

- La mise en place du nouveau réseau informatique est pratiquement complétée; 90 % des utilisateurs ont migré et 10 % n'ont pu l'être, considérant que les applications utilisées ne peuvent fonctionner avec Windows 7.
- Tous les médecins de l'urgence, de l'imagerie médicale, des neuf GMF sur le territoire et des 48 pharmacies ont maintenant accès au Dossier Santé Québec; 369 postes informatiques ont été configurés et 245 dispositifs d'accès sont distribués.

Déterminer et cibler les besoins immobiliers prioritaires couvrant l'ensemble des sites du CSSS

- En regard de l'intégration des nouveaux intervenants issus des développements au soutien à domicile, une étude de faisabilité évaluant les besoins en espaces au CLSC de Sainte-Julie a été réalisée. À la suite de la mise en disponibilité de locaux adjacents au CLSC existant, des travaux d'agrandissement ont été réalisés et complétés en janvier 2015.

Réaliser les projets de réaménagement visant l'adaptation et l'amélioration des services à la clientèle ainsi que l'environnement de travail

- Dans le cadre du rapatriement des clientèles du 514 vers le 450, la direction générale a obtenu la confirmation de l'Agence de la santé et des services sociaux pour l'actualisation du 7^e étage, côté Nord en unité de soins de 23 lits. Les travaux d'aménagement débuteront à l'été 2015.
- Nous avons obtenu le financement pour la réalisation des aménagements à l'urgence visant à permettre d'améliorer de façon transitoire le fonctionnement des activités cliniques, notamment la mise aux normes de la salle de choc. L'étude préparatoire avec la firme d'architecture est en cours.
- L'amélioration des services à la clientèle et de l'environnement de travail des services ambulatoires de 2^e ligne en santé mentale s'est concrétisée par l'ajout de 3 lits à l'unité d'intervention psychiatrique brève (UIPB).

Poursuivre l'intégration, à l'échelle de l'organisation, d'actions visant à rechercher un développement durable et à créer des environnements sains et sécuritaires

- Le comité environnement durable est très actif dans la poursuite du plan d'action pour la gestion de l'environnement durable. L'hôpital et le CLSC Simonne-Monet-Chartrand ont d'ailleurs obtenu la certification de niveau 3 BOMA BESt, un programme de certification environnementale d'avant-garde pour les immeubles commerciaux, accordée par la Building Owners and Managers Association (BOMA) of Canada.

RÉSULTATS DE L'ENTENTE DE GESTION 2014-2015

Les établissements de santé et de services sociaux sont tenus de signer une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux de leur territoire. Cette entente est axée sur la production de résultats et sur l'imputabilité de l'administration publique. Le bilan de cette entente, au terme de l'année 2014-2015, est positif pour le CSSS Pierre-Boucher. La grande majorité des cibles ont été atteintes, voire dépassées, et plusieurs sont en bonne voie de l'être.

Taux d'atteinte des engagements					
	< 80%	80%-94%	>= 95%	NA ¹	Total
Engagement 2014-2015 du CSSS Pierre-Boucher					
Direction du programme-clientèle Famille-Enfance-Jeunesse	4	3	10	0	17
Direction du programme-clientèle Déficience physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées	4	3	4	0	11
Direction du programme-clientèle Santé mentale et déficience intellectuelle adulte	4	0	7	0	11
Direction du programme-clientèle Santé physique chirurgie	5	0	10	0	15
Direction du programme-clientèle Santé physique médecine	3	0	3	0	6
Direction Ressources humaines et du développement organisationnel	1	0	11	0	12
Direction Soins infirmiers, qualité et programmes de santé publique	0	0	1	0	1
Direction Services professionnels	6	6	30	0	42
Direction Services techniques	1	0	3	0	4
Ensemble des programmes et directions	28	12	79	0	119
	24%	76%	0%		

Note 1 : NA = Non applicable. Indicateurs dont le suivi des résultats se fait à une période ultérieure.

Direction du programme-clientèle : Famille-Enfance-Jeunesse

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
Engagement 2014-2015 du CSSS Pierre-Boucher										
Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance (SIPPE)										
1.01.12.B1-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	I-CLSC	P06-P10-P13	0,40	0,40	0,42	95%	0,41	0,41	
1.01.12.B2-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	I-CLSC	P06-P10-P13	0,62	0,62	0,67	93%	0,66	0,66	
1.01.12.B3-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	I-CLSC	P06-P10-P13	0,28	0,28	0,28	100%	0,27	0,27	
1.01.12.B4-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	I-CLSC	P06-P10-P13	0,19	0,19	0,21	90%	0,20	0,20	
Santé publique										
1.01.13-EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	I-CLSC	P13	98,3%	98,3%	60,0%	164%	93,2%	93,2%	
1.01.14-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	I-CLSC	Périodique	87,1%	87,1%	90,0%	97%	93,3%	93,3%	
1.01.15-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	I-CLSC	Périodique	87,3%	87,3%	90,0%	97%	72,4%	72,4%	
Déficience intellectuelle et TED										
1.45.05.01-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	I-CLSC	Périodique	89,3%	89,3%	90,0%	99%	94,2%	94,2%	Détail du calcul : 134 sur 150 dans les délais.
1.45.05.02-PS	Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE (3 jours)	I-CLSC	Périodique	50,0%	50,0%	90,0%	56%	100,0%	100,0%	Détail du calcul : 1 sur 2 dans les délais.
1.45.05.03-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE (33 jours)	I-CLSC	Périodique	66,7%	66,7%	90,0%	74%	84,4%	84,4%	Détail du calcul : 12 sur 18 dans les délais.
1.45.05.04-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE (360 jours)	I-CLSC	Périodique	93,1%	93,1%	90,0%	103%	97,7%	97,7%	Détail du calcul : 121 sur 130 dans les délais.

Direction du programme-clientèle : Famille-Enfance-Jeunesse

Indicateurs ¹		Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires
				Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13	
Jeunes en difficulté										
1.06.10 PS	Mise en place d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert - Déploiement d'au moins 2 des 5 volets du programme	Formulaire	P13	Oui	Oui	Oui	100%	—	Non	Note : Les 5 volets sont implantés
Jeunes en difficulté - Objectifs spécifiques de la planification stratégique régionale										
16.06.01	Nombre d'usagers âgés de moins de 22 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) - DITED / DP	Formulaire	P13	62	62	73	85%	62	62	
16.06.02	Nombre d'usagers âgés de moins de 18 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) - JED	Formulaire	P13	51	51	89	57%	41	41	
Santé mentale										
1.08.09-PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	2 459	2 459	2 446	101%	2 315	2 315	
1.08.09-PSi	Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	794	794	837	95%	706	706	
1.07.05-PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	I-CLSC	Périodique	56	56	83	67%	35	35	Détail du calcul : 56 = 53 adultes + 3 jeunes Plan d'actions : L'application à venir du cadre normatif, pour les clientèles jeunes, aura un impact certain sur les résultats au cours des prochaines périodes. - Les intervenants petite-enfance ont été formés pendant l'été 2014. - Les intervenants des équipes FEJ et SMJ seront formés en 2015. - Les travaux sont en cours pour l'implantation du rôle de clinicien intégrateur en dépendance qui soutiendra les intervenants dans cette pratique.

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**. Entre 80% et 94% : **Jaune**. Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times 1) / \text{Eng.}) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un **ratio de performance** (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times -1) / \text{Eng.}) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un **ratio de contre-performance** (on veut être plus < ou = à l'engagement)

Direction du programme-clientèle : Déficience physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateurs ¹		Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires
				Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13	
Engagement 2014-2015 du CSSS Pierre-Boucher										
Soins à domicile longue durée										
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	327 492	327 492	332 779	98%	322 844	322 844	
S1.3.5.2	Nombre d'usgers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	4 481	4 481	5 340	84%	4 570	4 570	
Déficience physique										
1.45.04.01-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	I-CLSC	Périodique	82,3%	82,3%	90,0%	91%	93,2%	93,2%	<u>Détail du calcul :</u> 130 sur 158 dans les délais.
1.45.04.02-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE (3 jours)	I-CLSC	Périodique	28,6%	28,6%	90,0%	32%	66,7%	66,7%	<u>Détail du calcul :</u> Dans les faits, c'est 5 demandes sur 5 dans les délais puisque des erreurs se sont glissées dans la codification par nos intervenantes. Codification à revoir sur l'autorisation du MSSS. <u>Causes des 4 demandes hors délais :</u> 1) Erreur de code de priorité, le prélèvement a été fait dans les délais requis. Le code de priorité sera corrigé pour "élevé" par l'archiviste et un suivi sera fait auprès de l'intervenante du guichet d'accès. 2) La patiente a été vue dans le délai de 72 heures mais une erreur de code d'objet a été fait par l'intervenante. Le code d'objet sera corrigé pour "700 SAPA" au lieu de "710 SAPA". 3) Le patient a été hospitalisé et les services étaient requis ultérieurement. La notification n'a pas été faite par l'intervenante et la correction sera effectuée par l'archiviste. 4) La patiente a été en réadaptation à St-Lambert et les services étaient requis ultérieurement. La notification n'a pas été faite par l'intervenante et la correction sera effectuée par l'archiviste.
1.45.04.03-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE (33 jours)	I-CLSC	Périodique	83,0%	83,0%	90,0%	92%	93,5%	93,5%	<u>Détail du calcul :</u> 39 sur 47 dans les délais.
1.45.04.04-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE (360 jours)	I-CLSC	Périodique	85,6%	85,6%	90,0%	95%	96,1%	96,1%	<u>Détail du calcul :</u> 89 sur 104 dans les délais.

Direction du programme-clientèle : Déficience physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
Perte d'autonomie liée au vieillissement										
1.03.06-PS	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	OSIRSIPA	P13	82,6%	82,6%	79,0%	105%	78,7%	78,7%	
1.03.07-PS	Niveau d'atteinte de la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	Formulaire GESTRED	P13	76,7%	76,7%	100,0%	77%	58,3%	58,3%	
Urgences - Désencombrement										
4.01.01-EG2	Nombre moyen de patients hospitalisés en processus ou en attente d'éval./orient. vers la longue durée et occupant des lits de courte durée	RQSUCH	Périodique	8,1	8,1	3,0		6,7	6,7	Actions en cours : 1) Travaux afin de diminuer la durée de l'hébergement à l'hôpital, dont l'amélioration de la trajectoire au DP-SAPA 2) Ajout de lits supplémentaires en RI et hébergement.
4.01.05-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée, excl. la santé mentale	RQSUCH	Périodique	11,5	11,5	3,0		13,8	13,8	
4.01.06-EG2	Nombre moyen de patients hospitalisés en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excl. la santé mentale	RQSUCH	Périodique	2,3	2,3	3,0	123%	1,8	1,8	

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times 1) / \text{Eng.}) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un **ratio de performance** (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times -1) / \text{Eng.}) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un **ratio de contre-performance** (on veut être plus < ou = à l'engagement)

Direction du programme-clientèle : Santé mentale adulte et déficience intellectuelle adulte

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
Engagement 2014-2015 du CSSS Pierre-Boucher										
Déficience intellectuelle et TED										
1.45.05.01-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	I-CLSC	Périodique	89,3%	89,3%	90,0%	99%	94,2%	94,2%	Détail du calcul : 134 sur 150 dans les délais.
1.45.05.02-PS	Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE (3 jours)	I-CLSC	Périodique	50,0%	50,0%	90,0%	56%	100,0%	100,0%	Détail du calcul : 1 sur 2 dans les délais.
1.45.05.03-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE (33 jours)	I-CLSC	Périodique	66,7%	66,7%	90,0%	74%	84,4%	84,4%	Détail du calcul : 12 sur 18 dans les délais.
1.45.05.04-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE (360 jours)	I-CLSC	Périodique	93,1%	93,1%	90,0%	103%	97,7%	97,7%	Détail du calcul : 121 sur 130 dans les délais.
Urgences - Désencombrement										
4.01.07-EG2	Nombre moyen de patients hospitalisés en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	RQSUCH	Périodique	2,8	2,8	3,0	107%	2,1	2,1	
Santé mentale										
1.08.05-PS	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services - CSSS Pierre-Boucher	Formulaire GESTRED	Périodique	52	52	49	106%	52	52	
1.08.05i-PS	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services - Entente avec organismes communautaires (OC)	Formulaire GESTRED	Périodique	46	46	74	62%	51	51	Notes : Des travaux entre l'Agence et le Centre National d'Expertise en Santé Mentale sont actuellement effectués afin d'encadrer l'offre de services SIV avec les organismes communautaires.
1.08.06-PS	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	Formulaire GESTRED	Périodique	103	103	100	103%	101	101	
1.08.09-PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	2 459	2 459	2 446	101%	2 315	2 315	

Direction du programme-clientèle : Santé mentale adulte et déficience intellectuelle adulte

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
1.08.09-PSii	Nombre d'usagers (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	1 665	1 665	1 609	103%	1 609	1 609	
1.07.05-PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	I-CLSC	Périodique	56	56	83	67%	35	35	Détail du calcul : 56 = 53 adultes + 3 jeunes Plan d'actions : L'application à venir du cadre normatif, pour les clientèles jeunes, aura un impact certain sur les résultats au cours des prochaines périodes. - Les intervenants petite-enfance ont été formés pendant l'été 2014. - Les intervenants des équipes FEJ et SMJ seront formés en 2015. - Les travaux sont en cours pour l'implantation du rôle de clinicien intégrateur en dépendance qui soutiendra les intervenants dans cette pratique.

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times 1) / \text{Eng.}) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un **ratio de performance** (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times -1) / \text{Eng.}) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un **ratio de contre-performance** (on veut être plus < ou = à l'engagement)

Direction du programme-clientèle : Santé physique chirurgie

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
Engagement 2014-2015 du CSSS Pierre-Boucher										
Santé physique - Chirurgie et durée de l'attente										
1.09.20.01-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais (6 mois) pour une arthroplastie totale de la hanche	SIMASS	Périodique	99,3%	99,3%	90,0%	110%	95,9%	95,9%	
1.09.20.02-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais (6 mois) pour une arthroplastie totale du genou	SIMASS	Périodique	99,7%	99,7%	90,0%	111%	95,7%	95,7%	
1.09.20.03-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais (6 mois) pour une chirurgie de la cataracte	SIMASS	Périodique	99,9%	99,9%	90,0%	111%	99,8%	99,8%	
1.09.20.04-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais (6 mois) pour une chirurgie d'un jour	SIMASS	Périodique	88,0%	88,0%	90,0%	98%	82,8%	82,8%	
1.09.20.05-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais (6 mois) pour une chirurgie avec hospitalisation	SIMASS	Périodique	90,4%	90,4%	90,0%	100%	92,0%	92,0%	
1.09.20.06-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais (6 mois) pour une chirurgie bariatrique	SIMASS	Périodique	37,0%	37,0%	90,0%	41%	26,6%	26,6%	Détail du calcul : 226 sur 611 dans les délais. Suivi : Les patients hors délais font l'objet d'un tableau de bord et suivi spécifique avec l'Agence.
1.09.32.01-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	SIMASS	Périodique	0	0	0	100%	0	0	
1.09.32.02-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	SIMASS	Périodique	0	0	0	100%	0	0	
1.09.32.03-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	SIMASS	Périodique	0	0	0	100%	0	0	
1.09.32.04-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	SIMASS	Périodique	19	19	0		23	23	
1.09.32.05-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	SIMASS	Périodique	9	9	0		12	12	Actions : Révision des priorités opératoires en fonction des listes d'attente. Suivi : Les patients hors délais font l'objet d'un tableau de bord et suivi spécifique avec l'Agence.

Direction du programme-clientèle : Santé physique chirurgie

Indicateurs ¹		Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires
				Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13	
1.09.32.06-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	SIMASS	Périodique	74	74	0		87	87	Actions : Révision des priorités opératoires en fonction des listes d'attente. Suivi : Les patients hors délais font l'objet d'un tableau de bord et suivi spécifique avec l'Agence.
Urgences - Désencombrement										
4.01.04-EG2	Nombre moyen de patients hospitalisés en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	RQSUCH	Périodique	2,3	2,3	3,0	123%	1,9	1,9	
Santé physique - Soins palliatifs et radio-oncologie										
1.09.33.01-PS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	SIMASS	Périodique	66,7%	66,7%	90,0%	74%	59,5%	59,5%	Détail du calcul : 855 sur 1 282 dans les délais. Causes : Retour progressif d'un chirurgien absent durant une période importante. Suivi : Les patients hors délais font l'objet d'un tableau de bord et suivi spécifique avec l'Agence.
1.09.33.02-PS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	SIMASS	Périodique	97,1%	97,1%	100,0%	97%	89,9%	89,9%	1 245 sur 1 282 dans les délais.

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times 1) / \text{Eng.}) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un **ratio de performance** (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times -1) / \text{Eng.}) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un **ratio de contre-performance** (on veut être plus < ou = à l'engagement)

Direction du programme-clientèle : Santé physique médecine

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
Engagement 2014-2015 du CSSS Pierre-Boucher										
Santé physique - Séjour à l'urgence										
1.09.01-PS	Séjour moyen sur civière (durée)	SIURGE	Périodique	24,1	24,1	12,0		22,4	22,4	
1.09.03-PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	SIURGE	Périodique	12,3%	12,3%	0,0%		9,3%	9,3%	
1.09.31-PS	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	SIURGE	Périodique	39,1%	39,1%	15,0%		36,8%	36,8%	
Urgences - Désencombrement										
4.01.02-EG2	Nombre moyen de patients hospitalisés en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	RQSUCH	Périodique	0,4	0,4	3,0	187%	0,3	0,3	
4.01.03-EG2	Nombre moyen de patients hospitalisés en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	RQSUCH	Périodique	0,6	0,6	3,0	180%	1,5	1,5	
Santé physique - Soins palliatifs										
1.09.06-EG1	Nombre d'interventions en soins palliatifs à domicile	I-CLSC	Périodique	17 679	17 679	12 850	138%	13 593	13 593	

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\left(\frac{((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times 1) / \text{Eng.}}{1} + 1 \right) \times 100$ dans le cas d'un **ratio de performance** (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\left(\frac{((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times -1) / \text{Eng.}}{1} + 1 \right) \times 100$ dans le cas d'un **ratio de contre-performance** (on veut être plus < ou = à l'engagement)

Direction des services professionnels

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
Engagement 2014-2015 du CSSS Pierre-Boucher										
Hémodynamie, chirurgie cardiaque et électrophysiologie										
1.09.08A-PS	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	SGAS	Périodique	99,3%	99,3%	100,0%	99%	99,4%	99,4%	
1.09.08B-PS	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	SGAS	Périodique	98,6%	98,6%	90,0%	110%	99,8%	99,8%	
Imagerie médicale : Délai d'attente clientèle élective (3 mois)										
1.09.34.01-EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	Medirad	P03-P06-P09-P13	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	
1.09.34.02-EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	Medirad	P03-P06-P09-P13	21,2%	21,2%	100,0%	21%	48,6%	48,6%	Causes : Priorisation sur les examens-interventions de suivi, faites par les radiologistes, avant d'accepter des nouveaux patients. La majorité des demandes comportent des suivis aux 3 ou 4 mois. La salle de scopies est ouverte du lundi au vendredi de jour, sauf exceptions. Plan d'action possible : Utiliser la salle de scopies exclusivement pour les examens d'intervention et cesser d'effectuer des ERCP (avec l'endoscopie).
1.09.34.03-EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	Medirad	P03-P06-P09-P13	93,6%	93,6%	100,0%	94%	100,0%	100,0%	
1.09.34.04-EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	Medirad	P03-P06-P09-P13	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	
1.09.34.05-EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	Medirad	P03-P06-P09-P13	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	
1.09.34.06-EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	Medirad	P03-P06-P09-P13	97,7%	97,7%	100,0%	98%	100,0%	100,0%	
1.09.34.07-EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	Medirad	P03-P06-P09-P13	55,1%	55,1%	100,0%	55%	62,8%	62,8%	Plan d'action : À partir du 27 octobre 2014 à raison de 3 à 4 jours par semaine, une technologue autonome en échographie sera ajoutée et effectuera au minimum 14 examens par jour (norme du MSSS) de plus qu'actuellement. Peu d'impact à noter jusqu'à présent car les examens sont faites sur les patients de plus de 2 ans.
1.09.34.08-EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	Medirad	P03-P06-P09-P13	91,9%	91,9%	100,0%	92%	30,1%	30,1%	

Direction des services professionnels

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
1.09.34.09-EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	Medirad	P03-P06-P09-P13	55,2%	55,2%	100,0%	55%	34,1%	34,1%	Notes : Actuellement, la résonance magnétique est ouverte de jour et de soir, et la liste d'attente est au-delà de 2 ans. Plan d'action possible : 1) Réviser tous les patients sur la liste d'attente et si les examens sont toujours indiqués, débiter les travaux par un technologue en travaux légers. 2) Faire des examens les fins de semaine de jour et de soir sans les budgets nécessaires. 3) Projet en préparation pour l'ajout d'un 2 ^e équipement de résonance magnétique
Imagerie médicale : Délai de réalisation clientèle élective (3 mois)										
1.09.36.01-EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	Medirad	P03-P06-P09-P13	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	
1.09.36.02-EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	Medirad	P03-P06-P09-P13	92,9%	92,9%	100,0%	93%	86,6%	86,6%	
1.09.36.03-EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	Medirad	P03-P06-P09-P13	98,4%	98,4%	100,0%	98%	99,9%	99,9%	
1.09.36.04-EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	Medirad	P03-P06-P09-P13	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	
1.09.36.05-EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	Medirad	P03-P06-P09-P13	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	
1.09.36.06-EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	Medirad	P03-P06-P09-P13	98,5%	98,5%	100,0%	98%	99,8%	99,8%	
1.09.36.07-EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	Medirad	P03-P06-P09-P13	74,9%	74,9%	100,0%	75%	82,4%	82,4%	
1.09.36.08-EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	Medirad	P03-P06-P09-P13	99,3%	99,3%	100,0%	99%	96,7%	96,7%	
1.09.36.09-EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	Medirad	P03-P06-P09-P13	76,8%	76,8%	100,0%	77%	82,6%	82,6%	Notes : Actuellement, les examens sont faits aux patients en attente (de réalisation) de plus de 2 ans.

Direction des services professionnels

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
Imagerie médicale : Délai de lecture (7 jours)										
1.09.35.01-EG2	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	Medirad	P03-P06-P09-P13	99,9%	99,9%	100,0%	100%	99,9%	99,9%	
1.09.35.02-EG2	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	Medirad	P03-P06-P09-P13	97,8%	97,8%	100,0%	98%	99,3%	99,3%	
1.09.35.03-EG2	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	Medirad	P03-P06-P09-P13	95,0%	95,0%	100,0%	95%	94,0%	94,0%	
1.09.35.04-EG2	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	Medirad	P03-P06-P09-P13	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	
1.09.35.05-EG2	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	Medirad	P03-P06-P09-P13	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	
1.09.35.06-EG2	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	Medirad	P03-P06-P09-P13	100,0%	100,0%	100,0%	100%	99,4%	99,4%	
1.09.35.07-EG2	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	Medirad	P03-P06-P09-P13	95,1%	95,1%	100,0%	95%	96,7%	96,7%	
1.09.35.08-EG2	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	Medirad	P03-P06-P09-P13	99,8%	99,8%	100,0%	100%	99,9%	99,9%	
1.09.35.09-EG2	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	Medirad	P03-P06-P09-P13	98,5%	98,5%	100,0%	99%	99,1%	99,1%	
Imagerie médicale : Délai de transmission (7 jours)										
1.09.37.01-EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	Medirad	P03-P06-P09-P13	96,8%	96,8%	100,0%	97%	97,8%	97,8%	
1.09.37.02-EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	Medirad	P03-P06-P09-P13	96,7%	96,7%	100,0%	97%	93,6%	93,6%	
1.09.37.03-EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	Medirad	P03-P06-P09-P13	95,2%	95,2%	100,0%	95%	96,0%	96,0%	
1.09.37.04-EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	Medirad	P03-P06-P09-P13	99,8%	99,8%	100,0%	100%	99,8%	99,8%	

Direction des services professionnels

Indicateurs ¹		Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires
				Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13	
1.09.37.05-EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	Medirad	P03-P06-P09-P13	40,3%	40,3%	100,0%	40%	23,5%	23,5%	Causes : 1) Remplacements partiels lors des vacances des secrétaires médicales. 2) Démission d'une secrétaire médicale; le poste a été affiché et doté par la remplaçante actuelle. 3) Rapports papiers signés par les médecins dépassant les délais demandés (voir plan d'actions ci-dessous). Plan d'actions : Réduire les délais en optant pour une signature électronique des médecins. La signature pourrait se faire à distance sans que les médecins se déplacent physiquement à l'hôpital. Pour ce faire, un avis légal doit être obtenu afin de certifier la nouvelle procédure.
1.09.37.06-EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	Medirad	P03-P06-P09-P13	97,6%	97,6%	100,0%	98%	98,9%	98,9%	
1.09.37.07-EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	Medirad	P03-P06-P09-P13	93,5%	93,5%	100,0%	93%	91,0%	91,0%	
1.09.37.08-EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	Medirad	P03-P06-P09-P13	94,2%	94,2%	100,0%	94%	90,7%	90,7%	
1.09.37.09-EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	Medirad	P03-P06-P09-P13	93,5%	93,5%	100,0%	93%	91,4%	91,4%	
Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales										
1.01.19.1-PS	Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les diarrhées associées au Clostridium difficile d'origine nosocomiale	CSSS PB	P13	6,20	6,20	6,30	102%	4,40	4,40	
1.01.19.2-PS	Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les bactériémies nosocomiales à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	CSSS PB	P13	0,19	0,19	0,62	169%	0,20	0,20	
1.01.19.3-PS	Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	CSSS PB	P13	0,96	0,96	3,30	171%	0,00	0,00	

Direction des services professionnels

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires		
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13			
Ressource informationnelle											
6.01.01-EG2	L'établissement aura mis à jour les ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSSS) dans les délais	CSSS PB	P13		Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	Notes : Le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSSS) est la source de référence par le MSSS en ce qui a trait aux coordonnées des ressources sur le réseau. Il est consulté par les établissements, les infirmières d'Info-Santé 8-1-1 et la population (www.sante.quebec.ca).

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times 1) / Eng.) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un **ratio de performance** (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times -1) / Eng.) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un **ratio de contre-performance** (on veut être plus < ou = à l'engagement)

Direction des soins infirmiers, qualité et des programmes de santé publique

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
Engagement 2014-2015 du CSSS Pierre-Boucher										
Santé publique - Objectifs spécifiques à la région										
16.01.00	Le CSSS aura réalisé les activités lui permettant d'atteindre les résultats inscrits à son plan d'action local de santé publique	Tableau de bord PAL	P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times 1) / \text{Eng.} + 1$ x 100 dans le cas d'un **ratio de performance** (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times -1) / \text{Eng.} + 1$ x 100 dans le cas d'un **ratio de contre-performance** (on veut être plus < ou = à l'engagement)

Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

Indicateurs ¹		Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires
				Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13	
Engagement 2014-2015 du CSSS Pierre-Boucher										
Ressources humaines										
3.01-PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	SIRH	Périodique	6,25%	6,25%	6,40%	102%	6,41%	6,41%	Indicateur 3.06.03 : % MOI par PAB Conformément à la fiche descriptive de l'indicateur 3.06.03 du MSSS et en accord avec l'Agence, nous avons retiré les heures travaillées en MOI par les ASSS (auxiliaire en santé et services sociaux) dans le calcul du ratio. Cette correction a fait passer le ratio de 4,35% à 0,55% MOI PAB à la P09. Par rapport à l'engagement de 1,16% fixé par l'Agence, l'indicateur a atteint la cible (cote verte / score de 153%).
3.05.01-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	SIRH	Périodique	4,07%	4,07%	5,15%	121%	4,76%	4,76%	
3.05.02-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	SIRH	Périodique	3,10%	3,10%	3,37%	108%	3,37%	3,37%	
3.06.01-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	SIRH	Périodique	2,06%	2,06%	4,30%	152%	4,66%	4,66%	
3.06.02-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	SIRH	Périodique	1,39%	1,39%	2,16%	136%	2,33%	2,33%	
3.06.03-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	SIRH	Périodique	0,55%	0,55%	1,16%	153%	—	—	
3.06.04-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les inhalothérapeutes	SIRH	Périodique	3,33%	3,33%	0,08%		0,55%	0,55%	
3.08-PS	L'établissement aura mis à jour son plan de main-d'œuvre	Formulaire GESTRED	P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	
3.09-PS	L'établissement aura réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Formulaire GESTRED	P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	
3.10-PS	L'établissement aura mis en oeuvre un programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Formulaire GESTRED	P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	
3.13-PS	L'établissement accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Formulaire GESTRED	P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	
3.14-PS	L'établissement aura obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Formulaire GESTRED	P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times 1) / \text{Eng.} + 1$ x 100 dans le cas d'un **ratio de performance** (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times -1) / \text{Eng.} + 1$ x 100 dans le cas d'un **ratio de contre-performance** (on veut être plus < ou = à l'engagement)

Direction des services techniques

Indicateurs ¹	Source	Fréq. d'analyse ²	2014-2015				2013-2014		Commentaires	
			Pér. 13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér. 13	Pér. 13		
Engagement 2014-2015 du CSSS Pierre-Boucher										
Hygiène et salubrité										
2.2.2i-EG2	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité - Responsable de la gestion des zones grises	Fomulaire GESTRED	P13	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2.2.2ii-EG2	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité - Relevé des équipements, du matériel et des surfaces	Fomulaire GESTRED	P13	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2.2.2iii-EG2	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité - Service responsable de l'intégrité sanitaire	Fomulaire GESTRED	P13	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2.2.2iiii-EG2	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité - Registre de suivi	Fomulaire GESTRED	P13	0%	0%	100%		0%	0%	

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\left(\frac{((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times 1) / \text{Eng.}}{1} + 1 \right) \times 100$ dans le cas d'un **ratio de performance** (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\left(\frac{((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times -1) / \text{Eng.}}{1} + 1 \right) \times 100$ dans le cas d'un **ratio de contre-performance** (on veut être plus < ou = à l'engagement)

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

En ce qui concerne le territoire Pierre-Boucher, le nombre d'heures travaillées pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2015 étaient de 40 510 heures de plus qu'à la même période en 2014. Cette hausse s'explique par :

- Une diminution de 30 000 heures réalisées par la main-d'œuvre indépendante (MOI), qui sont maintenant assurées par du personnel régulier.
- Les développements accordés par le Ministère au programme-clientèle SAPA en 2013-2014 se sont actualisés en 2014, ce qui s'est traduit par un accroissement des heures travaillées par les infirmières, les professionnels et les auxiliaires de santé et services sociaux.
- L'unité de débordement de l'urgence a été davantage utilisée en 2015 qu'en 2014.
- Les éclosions ont été plus nombreuses en 2015 qu'en 2014, ce qui a entraîné un ajout des heures travaillées sur les unités de soins et pour le personnel en hygiène et salubrité, responsable de la désinfection.

	<i>Heures travaillées</i>	<i>Heures supplémentaires</i>	<i>Total des heures</i>
2014	1 730 621	52 613	1 783 234
2015	1 777 072	46 672	1 823 744
Variation %	2,7 %	(11,3 %)	2,3 %
Variation nb	46 451	(5 942)	40 510

CONTRATS DE SERVICES, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1^{er} JANVIER 2015 ET LE 31 MARS 2015

	<i>Nombre</i>	<i>Valeur</i>
Contrats de services avec une personne physique ¹	—	—
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	1	60 378 \$
Total des contrats de services	1	60 378 \$

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

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

RECOMMANDATIONS FAITES PAR L'ORGANISME D'AGRÉMENT

Faisant suite à la visite d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément (CQA) qui s'était tenue au CSSS Pierre-Boucher en juin 2013, des mesures de suivi exigées par Agrément Canada demeuraient à réaliser pour novembre 2014. En effet, davantage de preuves sont demandées afin de démontrer notre conformité à la POR 23 concernant la prévention des chutes dans trois secteurs d'activités :

- les services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer (21.2.5);
- les services d'obstétrique (18.2.5);
- les soins ambulatoires (17.2.5).

De plus, des mesures de suivi sont exigées pour quelques critères à priorité élevée dans certains secteurs d'activités :

- prévention des infections (11.4);
- normes sur le leadership (11.2);
- banques de sang et services transfusionnels (18.1);
- laboratoires et banques de sang (11.6, 14.2, 14.4, 14.6, 21.5, 23.4, 26.1 et 26.4);
- services de laboratoires biomédicaux (3.1, 8.1);
- normes sur les analyses de biologie délocalisées (5.3, 7.3);
- services d'imagerie diagnostique (3.8, 5.1, 10.6, 17.3);
- normes relatives aux salles d'opération (13.6);
- services des urgences (2.6, 5.3).

Le Comité d'approbation du type d'agrément a revu les preuves soumises en novembre 2014 par le Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher en guise de suivi à la récente décision relative à l'agrément de l'organisme. L'ensemble des preuves a été accepté, sauf pour le critère 18.1 de la banque de sang et services transfusionnels. Une période de prolongation a été accordée jusqu'au 7 mai 2015 afin de démontrer la conformité de cette exigence.

Agrément Canada a confirmé en juin 2015 que l'établissement a respecté les exigences en matière de suivi.

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents au cours de l'année sont les suivantes :

- formation sur la déclaration et la gestion des risques au nouveau personnel via le programme d'accueil/orientation de la direction des ressources humaines et du développement organisationnel, notamment sur leurs rôles et responsabilités en matière de sécurité de la clientèle et de la qualité des services (503 personnes);
- formation sur la déclaration des incidents/accidents offerte au personnel en soins infirmiers via le programme d'orientation (87 personnes);
- formation sur la déclaration informatisée offerte au nouveau personnel infirmier en hébergement (41 personnes);
- formation aux nouveaux gestionnaires sur la gestion des risques, la déclaration et l'analyse des événements indésirables (15 personnes);
- suivi régulier des événements déclarés. Tableau de bord spécifique remis biannuellement aux gestionnaires des programmes clientèle. Rapports sur les indicateurs de gestion des risques produits semestriellement. Soutien offert aux gestionnaires pour l'analyse des données;
- activités sur la sécurité des usagers dans le cadre de la Semaine de la sécurité des patients : « Une prestation sécuritaire des soins en optimisant l'utilisation des technologies (les pompes volumétriques intelligentes) » et « La sécurité des usagers : Découvrir ce que je peux faire face à des comportements inattendus d'un usager ».

PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

À l'hôpital, deux études de prévalence ont été réalisées. Les données démontrent que le recours aux mesures de contrôle en mars 2015 a diminué

par rapport à mars 2014. L'utilisation des mesures de contrôle, quoique plus fréquente en soirée et la nuit, a diminué considérablement, passant respectivement de 9,6 % et 9,2 % à 4,9 % et 6 % pour une moyenne d'utilisation de 5,7 %. Les ridelles de lit constituent toujours la majorité (90 %) des mesures utilisées.

L'achat de lits à 4 demi-ridelles, les activités de promotion de l'autonomie dans le cadre de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA), la formation relative à la procédure sur l'utilisation exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle, ainsi que le leadership de gestion représentent quelques-unes des stratégies ayant contribué à cette diminution.

En centre d'hébergement, les résultats de mars 2015 démontrent une diminution significative du pourcentage de résidents pour lesquels une contention est appliquée, soit 4,1 %, passant de 21,5 % en mars 2014 à 17,4 % en mars 2015. Par ailleurs, l'utilisation des ridelles a également diminué de façon tangible (3 %), passant de 14,8 % en mars 2014 à 11,8 % en mars 2015.

La mise en place d'une équipe tactique en soutien aux équipes interprofessionnelles, ainsi que le codéveloppement, a permis de poursuivre les efforts de retrait des contentions en deçà de la cible ministérielle établie à 25 %.

De plus, les efforts déployés à l'Hôpital Pierre-Boucher au cours de la présente année ont porté fruit quant au pourcentage de résidents admis en centre d'hébergement avec une contention, passant de 15,8 % en 2014 à 7 % en 2015.

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

Tel que déjà mentionné, aucun rapport de coroner n'a été présenté aux membres du comité de gestion des risques au cours de l'année 2014-2015.

En ce qui concerne le sous-comité de gestion des risques, six rapports

de coroner ont été reçus. À la suite de trois événements survenus dans l'établissement, les coroners mandatés pour procéder à l'analyse des événements ont communiqué avec la gestionnaire de risques afin de valider si des mesures correctives avaient été identifiées et mises en place à la suite des événements. Étant donné que les différentes interventions effectuées étaient à la satisfaction des coroners, ils n'ont émis aucune recommandation pour l'établissement.

Quant aux recommandations de coroner émises suite aux trois autres événements, elles ont été discutées avec les membres du sous-comité et sont en lien avec :

- processus d'évaluation de la condition de santé d'un usager;
- processus de communication entre les professionnels;
- gestion des niveaux de soins;
- processus de dépistage, d'évaluation et de sensibilisation des usagers qui utilisent un équipement d'aide à la mobilité motorisé;
- formation sur la technique de dégagement des voies respiratoires chez un adulte inconscient.

D'autres rapports de coroner qui sont en lien avec des événements survenus dans d'autres établissements ont été présentés aux membres du sous-comité dans une perspective d'amélioration continue. Les mesures d'amélioration identifiées sont en lien avec :

- l'utilisation conforme et sécuritaire des appareils à succion;
- la conformité des matelas et le risque de piégeage des lits d'adultes;
- l'utilisation sécuritaire des concentrateurs.

EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

Le rapport annuel d'activités 2014-2015 de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, celui du médecin examinateur et celui du comité de révision ont été présentés au comité de vigilance et de la qualité et à la directrice générale du CSSS Pierre-Boucher. Ces rapports font le bilan annuel des activités liées au régime d'examen des plaintes et au respect des droits des usagers et exposent les faits saillants relatifs au traitement des plaintes et aux demandes d'assistance.

Ce rapport est disponible sur le site internet du territoire Pierre-Boucher au www.santemonteregie/cssspierreboucher ou communiquez avec le bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, au 450 468-8447 pour en obtenir une copie.

INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

SONDAGE SUR LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Plus de 2 500 personnes ont répondu, au cours de l'année 2014-2015, à différents sondages pour mesurer leur niveau de satisfaction au regard de la qualité des services, tant à l'hôpital, en CLSC, que dans les centres d'hébergement du CSSS Pierre-Boucher dans divers secteurs.

- Appréciation de l'admission dans chacun des centres d'hébergement
- Appréciation de l'information lors des admissions en centre d'hébergement
- Appréciation de la démarche du plan d'intervention des centres d'hébergement
- Appréciation du rôle de préposé aux bénéficiaires en centre d'hébergement
- Satisfaction des services offerts par le personnel des services de l'hygiène et de la salubrité
- Satisfaction des services offerts par le personnel des installations matérielles
- Satisfaction des services offerts par le personnel de la buanderie-lingerie
- Satisfaction des utilisateurs des services de laboratoires de biologie médicale
- Sondage d'opinion sur les soins infirmiers dispensés dans les centres d'hébergement
- Sondage d'opinion sur les soins palliatifs dispensés dans les centres d'hébergement
- Évaluation de la satisfaction auprès de la clientèle des services de natalité
- Évaluation de la satisfaction de la clientèle des services d'imagerie médicale

Pour chaque sondage, plusieurs dimensions sont évaluées et la section des commentaires est utilisée afin d'identifier les améliorations à apporter aux soins et aux services donnés aux usagers.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

M ^{me} Geneviève Grégoire, présidente	Cooptation
M ^{me} Caroline Villeneuve, vice-présidente	Cooptation
M ^{me} Louise Potvin, directrice générale, secrétaire	Membre d'office
M. Yvon Monette, trésorier	Cooptation
M. Jean Babin	Comité des usagers
M. Pierre Boucher	Cooptation
M ^{me} Johanne Bourgeois	Population
M. Raymond Carrier	Cooptation
M ^{me} Sophy Charest	Personnel non clinique
M ^{me} Dominique Derome	Agence régionale
M. Jean-François Dubé	Conseil multidisciplinaire
M. Luc Genest	Agence régionale
M ^{me} Lucie Masse	Fondations
M ^{me} Monique Olivier	Conseil des infirmières et infirmiers
Dr Yvon Prévost	CMDP
M. Denis Proulx	Population
M. Arnaud Seigle-Goujon	Cooptation
M ^{me} Nancy Tremblay	Comité des usagers

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

En regard des responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, voici les principales actions réalisées par le comité de vigilance et de la qualité au cours de l'année.

Étude et analyse des rapports périodiques

- De la gestion des risques : Les rapports ont été soumis de façon régulière. Les événements les plus fréquemment déclarés au CSSS sont les chutes et les déclarations reliées au circuit du médicament. En ce qui a trait aux chutes, le comité qui a été mis en place poursuit son travail afin de suivre, analyser, recommander et assurer l'application du Programme de prévention des chutes dans le but de diminuer le nombre de chutes et le niveau de gravité. En ce qui concerne les déclarations reliées au circuit du médicament, une analyse prospective sur la conformité des ordonnances pharmaceutiques a été réalisée et des mesures d'amélioration ont été mises en place. Des mesures correctives et préventives ont aussi été actualisées afin d'améliorer la qualité et la sécurité des étapes de l'administration des médicaments et il y a poursuite des travaux relatifs à l'analyse détaillée des événements reliés à l'administration sécuritaire de l'insuline.
- Des événements sentinelles et plan d'action s'y rapportant : Une analyse approfondie a été réalisée pour chacun des événements sentinelles ainsi que des mesures d'amélioration identifiées et plans d'action en découlant. Le suivi des plans d'action est assuré de façon rigoureuse par le comité de gestion des risques ou le sous-comité en gestion des risques hébergement - DPSAPA, dépendamment de l'installation où l'événement survient. Les membres ont pu veiller au respect des échéanciers établis. De plus, les membres se sont assurés que soient offertes les mesures de soutien aux victimes, proches et employés impliqués lors de ces événements.
- De la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services : Un suivi sur le traitement des plaintes et des

insatisfactions de la clientèle est réalisé à chaque rencontre. Les recommandations émises par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, au nombre de 44, sont présentées au comité de vigilance et de la qualité.

Huit plaintes ont été portées en deuxième instance. À cet égard, les conclusions du Protecteur du citoyen transmises aux usagers au terme de l'examen des plaintes ont été présentées. Les suivis, en marge des recommandations du Protecteur du citoyen, ont été réalisés.

Autres suivis

- Enquête du coroner : L'établissement a reçu sept (7) rapports d'enquête du coroner le concernant au cours de la dernière année.

Dans le premier cas, à la suite des recommandations d'un coroner à l'effet d'examiner les actes médicaux et infirmiers posés à l'égard de l'utilisateur concerné, des mesures ont été mises en place, notamment pour améliorer les notes d'observation et les communications faites aux médecins, ainsi que l'inscription au dossier médical de la volonté des usagers quant au niveau de soins désirés.

Le deuxième rapport d'un coroner n'émettait aucune recommandation spécifique, mais mentionnait que le CSSS Pierre-Boucher avait bien réagi en produisant un rapport d'analyse et surtout, en mettant rapidement en place des recommandations pour une meilleure surveillance de nuit, ce qui devrait assurer une sécurité accrue aux usagers utilisant un dispositif d'aide à la mobilité au lit.

Le troisième rapport d'un coroner adressait une recommandation au CSSS Pierre-Boucher à l'effet d'obtenir du CHUM l'autoquestionnaire et la grille de dépistage et de voir à l'implantation de ces outils dans chacun de ses CLSC.

Le quatrième rapport d'un coroner était en lien avec la sécurité des fenêtres. Aucune recommandation n'a été émise par le coroner. Malgré tout, le Centre d'hébergement De Lajemmerais a remplacé les fenêtres des chambres des

résidents ainsi que des aires communes dans son établissement. Une procédure de vérification prévoit un contrôle de la conformité des fenêtres à divers moments.

Concernant le cinquième rapport d'un coroner, aucune recommandation n'a été émise à l'endroit du CSSS Pierre-Boucher et aucun commentaire ne lui a été adressé.

Le sixième rapport d'un coroner comportait une recommandation à l'égard du CSSS Pierre-Boucher à l'effet de s'assurer que le personnel du Centre d'hébergement Jeanne-Crevier sache qu'il est recommandé d'effectuer des compressions thoraciques plutôt qu'abdominales chez la personne adulte inconsciente ayant un corps étranger dans ses voies respiratoires. Afin d'actualiser cette recommandation, une formation a été donnée au personnel infirmier par un instructeur de la Fondation des maladies du cœur.

Le dernier rapport d'un coroner comportait une recommandation à l'égard du CSSS Pierre-Boucher à l'effet de réviser les soins prodigués à un usager et de s'assurer de leur qualité. Afin d'actualiser cette recommandation, le comité exécutif du CMDP a transmis le rapport d'investigation du coroner au sous-comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique du département de médecine d'urgence pour étude. Une lettre a été transmise à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'informer de l'état d'avancement de cette recommandation.

- Visite d'agrément : À la suite des preuves présentées au comité d'approbation du type d'agrément en guise de suivi à la décision rendue relative à l'agrément de l'organisation dont la visite a eu lieu en juin 2013, le délai relatif au suivi des normes sur l'excellence des services de la banque de sang et transfusionnels a été fixé au 7 mai 2015.
- Visites d'appréciation de la qualité des services en centre d'hébergement : Les membres ont pu prendre connaissance du dernier rapport d'étape déposé pour

répondre aux recommandations émises à la suite de la visite ministérielle du centre d'hébergement de Mgr-Coderre qui a eu lieu en avril 2009. L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a fait part de sa satisfaction quant au travail accompli et a confirmé la fermeture du suivi, considérant que les recommandations de l'équipe ministérielle ont été traitées avec rigueur et que tous les objectifs étaient réalisés.

- Le suivi des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie aux centres d'hébergement du Manoir-Trinité et De Contrecoeur et les plans d'amélioration qui en découlent ont été présentés et déposés aux membres.
- Les centres d'hébergement de Mgr-Coderre et Jeanne-Crevier ont été visités au mois de mai 2014 pour une évaluation de la qualité du milieu de vie des personnes qui y sont hébergées. Les plans d'amélioration ont été présentés aux membres, après avoir été approuvés par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Les ressources intermédiaires Marie-Victorin, Renaissance, Vieux-Longueuil et Lafayette ont été appréciées dans le cadre d'une visite ministérielle en mars 2014. Les quelques recommandations formulées dans le rapport ont fait l'objet de suivis auprès des responsables des ressources intermédiaires, selon le cas. Un résumé des observations, commentaires et recommandations des visiteurs a été fait aux membres, ainsi qu'une brève présentation du rapport de visite.
- Visite des ordres professionnels et suivis : Le rapport émis à la suite de la visite du Centre d'expertise clinique en radioprotection et tomodensitométrie a été présenté aux membres, accompagné du plan d'action donnant suite aux recommandations formulées. Les membres ont également pris connaissance du plan d'action élaboré à la suite de la visite des inspecteurs de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec.
- Autres suivis : Les actions réalisées par la résidence Havre Providence dans une

perspective d'amélioration continue de son partenariat avec le CSSS Pierre-Boucher ont été présentées.

- En suivi du rapport d'autoévaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration et de ses comités, les membres du comité de vigilance ont été invités à compléter un plan d'amélioration découlant du rapport préparé par l'Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP).
- Les membres ont pu prendre connaissance de la synthèse du rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec. Ce document synthèse regroupait les informations sur les événements survenus entre le 1er octobre 2013 et le 31 mars 2014.
- Relativement à l'identification des risques à l'échelle de l'organisation figurant parmi les pratiques organisationnelles requises (POR) du programme d'Agrément, les membres ont pu prendre connaissance de l'avancement des travaux pour les risques priorités par les équipes qualité de l'établissement pour l'année 2014-2015, relativement à la sécurité des usagers (POR 16).
- Études de prévalence : les résultats d'études de prévalence relatives à l'utilisation des mesures de contrôle (contentions) à l'Hôpital Pierre-Boucher et en centre d'hébergement, ainsi que les plans d'action en découlant, ont été déposés aux membres.

L'étude de prévalence relative à la prévention des chutes à l'unité du 8^e Nord a été portée à l'attention des membres.

- Afin d'identifier les priorités de la nouvelle gouvernance, les membres ont dressé une liste de priorités qui sera transmise au PDG du futur CISSS, outil précieux et utile pour les nouveaux administrateurs.
- Une réflexion du comité de bioéthique intitulée « L'usager et ses proches : des partenaires dans les soins et services » a été présentée aux membres. Ce

document portait sur l'implication des proches dans les soins et services prodigués aux usagers qui contribue à la qualité des soins, mais qui s'avère aussi un défi pour les équipes d'intervenants et une source d'enjeux au plan éthique.

- Les membres du comité de vigilance et de la qualité ont passé en revue les lignes directrices relatives à ce comité, concluant par le fait même qu'il s'acquitte de ses obligations.
- Les membres ont pu prendre connaissance de l'état d'avancement des travaux de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) ainsi que des résultats de la reddition de comptes faite au ministère de la Santé et des Services sociaux en mars 2014.
- Un extrait du rapport annuel du Protecteur du citoyen pour l'année 2013-2014 a fait l'objet d'une présentation au cours de laquelle certaines thématiques ont été abordées dans la section « Ministère de la Santé et des Services sociaux ». Un constat a été fait par lequel les modalités d'examen des plaintes, telles qu'exercées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services au CSSS Pierre-Boucher, sont jugées acceptables.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET SOUS-COMITÉ DE GESTION DES RISQUES HÉBERGEMENT

En conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le comité et le sous-comité de gestion des risques se sont assurés du suivi des rapports sur les indicateurs en gestion des risques, du comité de prévention et de contrôle des infections et du rapport d'incidents/accidents transfusionnels (RIAT). Par ailleurs, le comité a poursuivi la promotion d'une culture de sécurité, dont la déclaration des incidents et accidents.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

En ce qui concerne les chutes, le comité a poursuivi l'actualisation de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) dans les secteurs concernés. Il a également œuvré à l'implantation du Programme de maintien de l'autonomie aux unités de médecine.

Concernant le circuit du médicament, les mesures suivantes ont été prises :

- suivi des indicateurs reliés aux erreurs dans le circuit du médicament;
- suivi du dossier relatif à la pénurie de médicaments;
- poursuite de l'actualisation du plan d'action élaboré pour s'assurer d'une utilisation optimale de la technologie (pompe volumétrique avec logiciel de sécurité) dans une perspective de sécurité de la prestation de soins.

Pour ce qui est des équipements, un processus de collaboration entre le service du GBM (génie biomédical) et la direction des services techniques a été mis en place afin d'assurer la prise en charge des équipements médicaux et médicaux spécialisés. De plus, un logiciel de suivi « Octopus » a été implanté pour la gestion des demandes de service et l'entretien préventif des équipements.

Le nouveau formulaire de déclaration d'incident et d'accident permet la déclaration d'événements spécifiques au laboratoire. La déclaration, l'analyse et le suivi des événements déclarés favorisent l'identification de mesures d'amélioration des processus de laboratoire.

Le comité de gestion des risques a également été saisi de dossiers relatifs aux aspects de la sécurité dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la sécurité au CSSS :

- processus de prise en charge des équipements médicaux et médicaux spécialisés;
- processus de gestion des alertes;
- gestion des produits de chimiothérapie;
- mesures préventives et interventions relatives à un éventuel cas de maladie à virus Ebola (MVE);
- processus de vérification des antécédents judiciaires des employés en provenance d'agences de placement;
- sécurité des sorties de secours sur les unités de soins;
- reprise des activités relatives au programme AMPRO Plus;
- taux de vaccination du personnel contre l'influenza;
- audit de qualité sur les normes transfusionnelles.

Le comité de gestion des risques a pu bénéficier de présentations diverses au cours de l'année, notamment :

- du nouveau formulaire de déclaration d'incident et d'accident;
- des risques identifiés à l'échelle de l'organisation conformément à la pratique organisationnelle sur la sécurité des usagers;
- de l'état d'avancement des travaux relatifs à la mesure d'urgence Code blanc;
- des activités relatives à la Campagne d'hygiène des mains;
- des activités qui se sont déroulées dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des patients;
- du rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec (MSSS).

Enfin, aucun événement sentinelle n'est survenu au cours de l'année 2014-2015 et

aucun rapport de coroner n'a été présenté aux membres du comité de gestion des risques.

SOUS-COMITÉ DE GESTION DES RISQUES HÉBERGEMENT

Au cours de l'année, des actions ont été entreprises et des mesures visant à réduire les chutes en hébergement ont été identifiées, notamment par la poursuite des travaux du comité de coordination à la mobilité pour la sécurité des usagers, du programme de maintien à l'autonomie et par le suivi des indicateurs reliés aux chutes.

Des mesures correctives et préventives ont été actualisées afin d'améliorer la qualité et la sécurité des processus lors de l'administration des médicaments. Notamment, il y a eu poursuite des travaux sur la gestion des médicaments dangereux et sur le suivi des indicateurs reliés aux erreurs dans le circuit du médicament. De plus, l'élaboration de la procédure relative aux allergies s'est poursuivie.

En ce qui concerne les mesures en lien avec la sécurité de l'environnement, une vérification mensuelle est faite pour la mise sous clé des produits dangereux de même qu'une vérification annuelle concernant la limitation de l'ouverture des fenêtres. Les résultats de ces vérifications sont présentés au sous-comité de gestion des risques.

Au cours de l'année, il y a eu poursuite de la formation du personnel sur l'utilisation sécuritaire d'un levier mobile et sur rail. En terminant, une mise à jour de l'inventaire des équipements médicaux spécialisés a été réalisée.

Le sous-comité de gestion des risques a été saisi de dossiers relatifs aux aspects de la sécurité dans une perspective d'amélioration de la qualité :

- processus relatif à la disposition des médicaments dangereux;
- sécurité lors de l'utilisation de cloches d'appel munies d'un long fil;
- formation destinée au personnel infirmier sur le logiciel SIMDUT;

- sécurité des lits, dispositif de verrouillage des quatre roues;
- sécurité des portes munies de barres paniques ou d'électro-aimants;
- sécurité des fenêtres, grillage ornemental sur les fenêtres de petite dimension;
- taux de vaccination du personnel contre l'influenza.

Les membres ont été informés de façon périodique des développements dans chacun de ces dossiers.

Le sous-comité a pu bénéficier des présentations suivantes :

- nouveau formulaire de déclaration d'incident et d'accident;
- activités relatives à la Campagne d'hygiène des mains;
- activités déroulées dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des patients;
- rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec (MSSS).

Enfin, aucun événement sentinelle n'est survenu au cours de l'année 2014-2015.

Le sous-comité de gestion des risques a présenté aux membres six (6) rapports de coroner.

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
Personnel cadre (en date du 31 mars):		
Temps complet, nombre de personnes (Note 1)	143	150
Temps partiel (Note 1):		
- Nombre de personnes	22	22
- Équivalents temps complet (note 4)	14	14
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi		
Personnel régulier (en date du 31 mars):		
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	1 687	1 660
Temps partiel (Note 2):		
- Nombre de personnes	1 827	1 715
- Équivalents temps complet (note 4)	1 129	1 058
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi		
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 206 269	1 170 784
Équivalents temps complet (Notes 3 et 4)	661	620

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

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

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

Note 4: pour les lignes L.03, L.07 et L.10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

À la présidente-directrice générale du
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CISSS-ME),

Rapport sur les états financiers résumés

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats et de la variation des actifs nets (de la dette nette) pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 10 juin 2015. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats

de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de CPA Canada, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.

De plus, comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP 3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquelles les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif.

Les incidences de ces dérogations aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets (de sa dette nette), de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date.

Autre point

Les états financiers résumés de l'Établissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 ont été audités par un autre auditeur qui a exprimé sur ces états une opinion avec réserve en date du 20 juin 2014.

Mallette S.E.N.C.R.L.

Mallette S.E.N.C.R.L.

Société de comptables professionnels agréés

Québec, Canada

Le 10 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique no A103650

ÉTAT DES RÉSULTATS • EXERCICE FINANCIER TERMINÉ LE 31 MARS 2015

*L'année financière se termine par un déficit de 1 333 351 \$ qui s'explique par les charges salariales reliées à l'abolition des postes cadres et hors-cadres visés par la Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau.

	Exploitation (\$)			Immobilisation (\$)	Total (\$)	
	Activités principales	Activités accessoires	Total		2014-2015	2013-2014
Revenus						
Subventions Agence et MSSS	295 083 223	1 843 117	296 926 340	15 075 614	312 001 954	304 168 237
Subventions Gouvernement du Canada						179 744
Contributions des usagers	23 438 712		23 438 712		23 438 712	22 902 158
Ventes de services et recouvrements	3 568 823		3 568 823		3 568 823	3 005 769
Donations	160 067	729 473	889 540	1 833 141	2 722 681	1 997 833
Revenus de placement	194 174		194 174	39 539	233 713	187 470
Revenus de type commercial		1 962 297	1 962 297		1 962 297	1 886 513
Gain sur disposition				1 200	1 200	4 050
Autres revenus	1 519 386		1 519 386	23 652	1 543 038	1 471 656
Total des revenus	323 964 385	4 534 887	328 499 272	16 973 146	345 472 418	335 803 430
Charges						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	234 547 814	2 176 875	236 724 689		236 724 689	224 737 162
Médicaments	10 036 963		10 036 963		10 036 963	9 622 114
Produits sanguins	2 432 425		2 432 425		2 432 425	2 503 052
Fournitures médicales et chirurgicales	18 777 450		18 777 450		18 777 450	19 091 457
Denrées alimentaires	3 570 184		3 570 184		3 570 184	3 576 406
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	16 898 962		16 898 962		16 898 962	15 479 144
Frais financiers				4 915 014	4 915 014	4 976 876
Entretien et réparations	3 550 003		3 550 003	186 486	3 736 489	4 551 271
Créances douteuses	204 782		204 782		204 782	166 635
Loyers	5 055 472	20 100	5 075 572		5 075 572	5 328 303
Amortissement des immobilisations				12 005 393	12 005 393	11 419 481
Autres charges	31 661 970	899 623	32 561 593	7 723	32 569 316	33 940 313
Total des charges	326 736 025	3 096 598	329 832 623	17 114 616	346 947 239	335 392 214
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(2 771 640)	1 438 289	*(1 333 351)	(141 470)	(1 474 821)	411 216

	Exploitation (\$)	Immobilisation (\$)	Total (\$)	
			2014-2015	2013-2014
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS				
Surplus (déficits) de l'exercice				
Autres variations (transferts interfonds)	(6 806 080)	6 569 730	(236 350)	(647 566)
	(1 333 351)	(141 470)	(1 474 821)	411 216
	(174 161)	174 161		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	(8 313 592)	6 602 421	(1 711 171)	(236 350)
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine externe			50 000	50 000
Solde non affecté			(1 761 171)	(286 350)
Total			(1 711 171)	(236 350)

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE
EXERCICE FINANCIER TERMINÉ LE 31 MARS 2015

	Exploitation (\$)	Immobilisation (\$)	Total (\$)	
			2014-2015	2013-2014
Actifs financiers				
Encaisse (découvert de banque)	27 462 723	10 216 964	37 679 687	18 741 105
Débiteurs – Agence et MSSS	13 230 996	3 224 568	16 455 564	30 820 796
Autres débiteurs	2 963 040	886 102	3 849 142	3 322 732
Créances interfonds (dette interfonds)	73 723	(73 723)		
Subvention à recevoir – réforme comptable	20 355 993	18 504 406	38 860 399	37 490 337
Frais reportés liés aux dettes		1 476 379	1 476 379	1 500 139
Autres éléments	353 512	9 695	363 207	549 555
Total des actifs financiers	64 439 987	34 244 391	98 684 378	92 424 664
Passifs				
Emprunts temporaires		5 901 365	5 901 365	6 483 950
Autres créiteurs et autres charges à payer	28 048 862	2 913 843	30 962 705	30 999 956
Avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées		9 581 915	9 581 915	5 623 161
Intérêts courus à payer		1 450 610	1 450 610	1 373 265
Revenus reportés	22 463 725	20 159 909	42 623 634	36 852 689
Dettes à long terme		150 606 608	150 606 608	148 220 460
Passif au titre des avantages sociaux futurs	27 087 038		27 087 038	26 000 534
Autres éléments	300 371		300 371	350 345
Total des passifs	77 899 996	190 614 250	268 514 246	255 904 360
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(13 460 009)	(156 369 859)	(169 829 868)	(163 479 696)
Actifs non financiers				
Immobilisations		162 881 667	162 881 667	158 469 902
Stocks de fournitures	4 149 436		4 149 436	3 407 951
Frais payés d'avance	996 981	90 613	1 087 594	1 365 493
Total des actifs non financiers	5 146 417	162 972 280	168 118 697	163 243 346
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(8 313 592)	6 602 421	(1 711 171)	(236 350)

	Total (\$)	
	2014-2015	2013-2014
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus	(1 474 821)	411 216
Élément sans incidence sur la trésorerie :		
Stocks et frais payés d'avance	(463 586)	(165 283)
Gain sur disposition d'immobilisations	(1 200)	(4 050)
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations - autres	1 205 361	611 020
Amortissement des immobilisations	12 005 393	11 419 481
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	116 312	67 859
Subvention à recevoir – réforme comptable – immobilisations	(1 374 689)	
Autres		(1 205 943)
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	11 487 591	10 723 084
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	23 538 207	9 703 768
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	33 550 977	20 838 068
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations :		
Acquisitions	(16 417 157)	(13 102 457)
Produits de disposition	1 200	4 050
Flux de trésorerie utilisé pour les activités d'investissement en immobilisations	(16 415 957)	(13 098 407)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des dettes :		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	13 629 643	40 180 904
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(9 256 590)	(8 061 853)
Emprunt remboursés – Refinancement de dettes à long terme	(1 986 905)	(22 747 906)
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	12 458 430	37 563 874
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(13 041 015)	(725 186)
Emprunts temporaires remboursés – Refinancement fonds d'immobilisations		(40 180 904)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement	1 803 563	6 028 929
AUGMENTATION DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	18 938 583	13 768 590
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	18 741 104	4 972 515
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (ENCAISSE)	37 679 687	18 741 105

Total (\$)	
2014-2015	2013-2014
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	
Avoirs financiers :	
Débiteurs Agence – MSSS	8 024 676
Autres débiteurs	132 744
Subvention à recevoir – réforme comptable – avantages sociaux futurs	4 627
Frais reportés liés aux dettes	(92 552)
Autres éléments d'actifs	186 348
Autres créditeurs et autres charges à payer	(37 251)
Avances en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées	3 958 754
Intérêts courus à payer	77 345
Revenus reportés	4 565 584
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	1 086 504
Autres éléments de passifs	(49 974)
Total de la variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	23 538 207
	9 703 768

Total (\$)	
2014-2015	2013-2014
AUTRES RENSEIGNEMENTS :	
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les crédateurs au 31 mars	
Intérêts :	2 913 843
Intérêts créditeurs (revenus)	233 713
Intérêts encaissés (revenus)	219 478
Intérêts débiteurs (dépenses)	4 798 702
Intérêts déboursés (dépenses)	4 721 357
	187 470
	170 898
	4 909 017
	4 825 582

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)
AU 31 MARS 2015

	Exploitation (\$)	Immobilisation (\$)	Total (\$)	
			2014-2015	2013-2014
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(11 579 524)	(151 900 173)	(163 479 697)	(162 042 653)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(11 579 524)	(151 900 173)	(163 479 697)	(162 042 653)
Surplus (déficit) de l'exercice	(1 333 351)	(141 470)	(1 474 821)	411 216
Variations dues aux immobilisations				
Acquisitions		(16 417 157)	(16 417 157)	(13 102 457)
Amortissement de l'exercice		12 005 393	12 005 393	11 419 481
Perte sur dispositions		(1 200)	(1 200)	(4 050)
Produits sur dispositions		1 200	1 200	4 050
Total des variations dues aux immobilisations		(4 411 764)	(4 411 764)	(1 682 976)
Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance				
Acquisition de stocks de fournitures	(16 814 116)		(16 814 116)	(16 979 485)
Acquisition de frais payés d'avance	(4 071 951)	(90 613)	(4 162 564)	(6 033 812)
Utilisation de stocks de fournitures	16 072 631		16 072 631	17 112 664
Utilisation de frais payés d'avance	4 440 463		4 440 463	5 735 350
Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance	(372 973)	(90 613)	(463 586)	(165 283)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(174 161)	174 161	----	----
Augmentation (diminution) des actifs financiers nets (dette nette)	(1 880 485)	(4 469 686)	(6 350 171)	(1 437 043)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(13 460 009)	(156 369 859)	(169 829 868)	(163 479 696)

EXTRAIT DES NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS PERTINENTES POUR UNE BONNE COMPRÉHENSION DE NOTRE SITUATION FINANCIÈRE

CONSTITUTION ET MISSION (Note 1)

- Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

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

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

OPÉRATIONS AVEC LES FONDATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT (Note 5 des états financiers audités)

- Fondation Hôpital Pierre-Boucher

L'établissement détient un intérêt économique dans la Fondation Hôpital Pierre-Boucher puisque la fondation organise des levées de fonds exclusivement au profit du CSSS Pierre-Boucher. L'établissement a comptabilisé 3 486 405 \$ de revenus de dons en argent de la fondation au cours de l'exercice financier.

La Fondation Hôpital Pierre-Boucher assure l'exploitation du parc de stationnements depuis le 16 novembre 2001.

En vertu de la convention d'exploitation, la fondation a versé au CSSS Pierre-Boucher des sommes de 663 742 \$ à titre de redevances et de 228 835 \$ à titre d'honoraires de services.

La fondation n'a pas été consolidée dans les états financiers de l'établissement. La fondation est constituée en vertu de la partie III de la loi sur les compagnies du Québec.

- Autres fondations

L'établissement a comptabilisé un montant de 80 906 \$ de revenus de dons provenant de la Fondation des centres d'hébergement du Vieux-Longueuil, de 500 \$ de revenus de dons provenant de la Fondation Lajemmerais, de 114 895 \$ de revenus de dons provenant de la Fondation Jeanne-Crevier.

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du AS-471.

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

MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE (Note 6)

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses dépenses en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière.

Le résultat à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015, se solde par un déficit au fonds d'exploitation des charges sur les revenus au montant de 1 333 351 \$.

Le CSSS Pierre-Boucher a comptabilisé des charges salariales de 1 507 512 \$ reliées aux indemnités et aux congés relatifs à l'abolition des postes de cadres et hors-cadre visés par la Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau.

Ainsi, avant l'application de la Loi 10, le CSSS Pierre-Boucher a respecté cette obligation légale de maintien de l'équilibre budgétaire.

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers

Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP 3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec.	2014-2015	R	Aucune, car directive du MSSS			X
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public	2011-2012	R	Aucune, car directive du MSSS			X

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

S/O

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

S/O

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)

Lors de notre audit, certaines lacunes d'informations à fournir ont été notées :	2013-2014	C	Aucune, les informations ne sont pas requises par le MSSS. C'est le MSSS qui détermine le format du rapport financier dans LPRG.			X
- certain tableaux et notes ne présentent pas les chiffres comparatifs tel qu'exigé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public; - les frais reportés liés aux dettes devraient être présentés en diminution de la dette à long terme;						

Rapport à la gouvernance

S/O

Signification des codes

Colonne 3 « Nature »

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonnes 5, 6 et 7 « État de la problématique »

R : Réglié PR : Partiellement Réglié NR : Non Réglié

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

CONSEIL D'ADMINISTRATION	Numéro : CA 2013-001
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CSSS PIERRE-BOUCHER	Destinataires : Aux membres du conseil d'administration Préparé par : Direction générale Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration
Responsable de l'application : Direction générale Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration	
Approuvé par : Conseil d'administration	Approuvé le : 2005-05-10 En vigueur le : 2005-05-10 Révisé le : 2013-02-26 Par : LP

A été adapté à partir du projet type 2012 rédigé par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Instance consultée :

Comité de gouvernance et d'éthique du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher le 11 décembre 2012

Approuvé par le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher le 26 février 2013

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	67
ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	
1.1 Préambule	68
1.2 Objectifs généraux et champ d'application	68
1.3 Fondement	68
ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION	68
ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE	69
ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	
Disponibilité et participation active	69
Respect	69
Soin et compétence	69
Neutralité	69
Transparence	70
Discrétion et confidentialité	70
Relations publiques	70
Charge publique	70
Biens et services de l'Établissement	70
Avantages et cadeaux	70
Interventions inappropriées	70
ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDEPENDANTS	70
ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS	70
ARTICLE VII – FIN DU MANDAT	71
ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE	
8.1 Adhésion au Code	71
8.2 Comité de gouvernance et d'éthique ..	71
8.3 Comité de discipline	72
ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE	72
ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE	73
ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES	
11.1 Entrée en vigueur	73
11.2 Révision	73
ANNEXE I (ARTICLE 8.1.2 DE CE CODE)	
Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur	74
ANNEXE II (ARTICLE 5.1 DE CE CODE)	
Avis de bris du statut d'indépendance	74
ANNEXE III (ARTICLE 6.4 DE CE CODE)	
Déclaration des intérêts d'un administrateur ..	75
ANNEXE IV (ARTICLE 6.5 DE CE CODE)	
Formule de déclaration de conflit d'intérêts ..	75
ANNEXE V (ARTICLE 6.8 DE CE CODE)	
Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur	76
ANNEXE VI (ARTICLE 9.5 DE CE CODE)	
Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent Code d'éthique	76
BIBLIOGRAPHIE	77

PRÉAMBULE

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

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

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

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

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher s'inscrit dans le cadre notre mission d'établissement public de soins généraux et spécialisés visant à améliorer la santé et le bien-être de la population dont nous avons la responsabilité. L'Établissement réalise cette mission tout en permettant à sa population d'atteindre l'autonomie nécessaire au maintien de sa santé. Le Conseil d'administration et le Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher mettent l'accent sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher est guidé par ses deux principes d'action, ses valeurs ainsi que son ambition qui sont, notamment :

- La confiance : Faire confiance à l'autre et assumer qu'il est digne de confiance;
- La bienveillance : Se soucier de l'autre et vouloir son bien.

Des valeurs claires, praticables et partagées :

- Le respect (Prendre le temps de poser un second regard afin de ne pas heurter inutilement);
- La responsabilité (S'engager dans la mission du CSSS Pierre-Boucher, faire les bons choix et honorer ses engagements);
- L'équité (Apprécier de manière juste ce qui est dû à chacun. L'équité, bien plus que l'égalité);
- La prévoyance (Faire preuve de sensibilité et d'ouverture afin de mieux voir venir).

Une ambition : agir avec bienveillance

En lien direct avec sa mission et ses valeurs, l'horizon des actions du CSSS Pierre-Boucher dépasse la simple réponse aux situations d'urgence. Ainsi, le CSSS Pierre-Boucher a comme ambition d'agir avec bienveillance en offrant des soins et des services de qualité, sécuritaires et accessibles dans un délai raisonnable. La cohérence de ce principe avec la mission de l'établissement a comme objectif d'assurer la confiance des usagers et des citoyens envers le CSSS Pierre-Boucher.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel de l'établissement. Également, le Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

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

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir

une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

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

Le présent Code s'applique à tout

administrateur du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

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

ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

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

- a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
- b) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;
- c) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le Conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
- d) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
- e) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer

de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

- f) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;
- g) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;
- h) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;
- i) **Établissement** : désigne le Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher
- j) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne

indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;

- k) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;
- l) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- m) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;
- n) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou

- indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement ;
- o) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
- p) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.
- q) Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

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

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

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

- Disponibilité et participation active**
- 4.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.
- Respect**
- 4.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- 4.3 L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- 4.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.
- Soin et compétence**
- 4.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.
- Neutralité**
- 4.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

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

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

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

Transparence

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

Discrétion et confidentialité

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

- 4.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

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

Charge publique

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

Biens et services de l'Établissement

- 4.16 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à

le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

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

Avantages et cadeaux

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

Interventions inappropriées

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

ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

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

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

- | | | |
|--|--|---|
| <p>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,</p> | <p>actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.</p> <p>6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.</p> | <p>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 :</p> <p>a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;</p> |
|--|--|---|

- b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
- c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
- d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
- e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.
- 6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 6.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).
- 6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.
- 6.9 La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

ARTICLE VII – FIN DU MANDAT

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

ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

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

- | | | |
|--|---|--|
| <p>a) Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30);</p> <p>b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;</p> <p>c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;</p> <p>d) Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;</p> <p>e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;</p> <p>f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;</p> | <p>g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.</p> <p>8.3 Comité de discipline</p> <p>8.3.1 Le Conseil d'administration forme un comité de discipline, siégeant de façon permanente, composé de trois (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 procède à l'élection de son président parmi les membres indépendants.</p> <p>8.3.2 Les membres du comité de discipline ont un mandat de deux (2) ans, renouvelable au terme de celui-ci.</p> <p>8.3.3 De plus, le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une</p> | <p>personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.</p> <p>8.3.4 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.</p> <p>8.3.5 Le Comité de discipline a pour fonctions de :</p> <p>a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;</p> <p>b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;</p> <p>c) Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.</p> |
|--|---|--|

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- | | | |
|---|---|---|
| <p>9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.</p> <p>9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.</p> <p>9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.</p> | <p>9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.</p> <p>9.5 Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.</p> <p>9.6 Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.</p> <p>9.7 Le Comité de discipline doit respecter les règles de</p> | <p>justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.</p> <p>9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.</p> <p>9.9 Le Comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations</p> |
|---|---|---|

	ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :		de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.		communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
a)	Un état des faits reprochés;				
b)	Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;	9.11	Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du <i>Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux</i> , (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).	9.13	Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
c)	Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;				
d)	Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.			9.14	Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la <i>Loi sur les archives</i> , (L.R.Q., c. A-21.1).
9.10	En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne	9.12	Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être		

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

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

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

- 11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher et abroge le Code d'éthique et de déontologie du 10 mai 2005 de la résolution CA05-57.

11.2 Révision

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

ANNEXE I (ARTICLE 8.1.2 DE CE CODE)

ENGAGEMENT PERSONNEL ET AFFIRMATION D'OFFICE DE L'ADMINISTRATEUR

Je, soussigné(e), _____, administrateur du conseil d'administration du **CSSS Pierre-Boucher**, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs, adopté par le Conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié-e par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le **CSSS Pierre-Boucher**. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration du **CSSS Pierre-Boucher** et je m'engage à m'y conformer.

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

Nom du témoin

Signature du témoin

ANNEXE II (ARTICLE 5.1 DE CE CODE)

AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

Je, soussigné(e), _____, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du Conseil d'administration due aux faits suivants :

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

ANNEXE III (ARTICLE 6.4 DE CE CODE)

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS D'UN ADMINISTRATEUR

Je, soussigné(e), _____, administrateur de _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le _____ ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir.

3. J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi

Employeur

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

ANNEXE IV (ARTICLE 6.5 DE CE CODE)

FORMULE DE DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné(e) _____, déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

ANNEXE V (ARTICLE 6.8 DE CE CODE)

SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS D'UN ADMINISTRATEUR

Je, soussigné(e), _____, estime que l'administrateur (ou les administrateurs) suivant(s) :

_____ sont en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Je demande l'avis du comité de gouvernance et d'éthique.

Je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, (L.R.Q., c. A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

ANNEXE VI (ARTICLE 9.5 DE CE CODE)

AFFIRMATION SOLENNELLE DE DISCRÉTION DE TOUTE PERSONNE CHARGÉE DE FAIRE ENQUÊTE DANS LE CADRE DU PROCESSUS DISCIPLINAIRE ÉDICTÉ EN VERTU DU PRÉSENT CODE D'ÉTHIQUE

Je, soussigné(e) _____, affirme solennellement

Nom de la personne

que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

LISTE DES INSTALLATIONS DU CSSS PIERRE-BOUCHER

» HÔPITAL

Hôpital Pierre-Boucher
1333, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2A5
Tél. : 450 468-8111

» CLSC

CLSC des Seigneuries de Boucherville
160, boulevard De Montarville
Boucherville (Québec) J4B 6S2
Tél. : 450 468-3530

CLSC des Seigneuries de Contrecoeur
4700, route Marie-Victorin
Contrecoeur (Québec) J0L 1C0
Tél. : 450 468-8413

CLSC des Seigneuries de Saint-Amable
555, rue Principale
Saint-Amable (Québec) J0L 1N0
Tél. : 450 468-5250

CLSC des Seigneuries de Sainte-Julie
461, boulevard Saint-Joseph,
bureau 112
Sainte-Julie (Québec) J3E 1W8
Tél. : 450 468-3670

CLSC des Seigneuries de Varennes
2220, boulevard René-Gaultier
Varennes (Québec) J3X 1E3
Tél. : 450 677-2917

- Centre de prélèvements de Varennes
2082, route Marie-Victorin
Varennes (Québec) J3X 2C7
Tél. : 450 448-3700

CLSC des Seigneuries de Verchères
90, montée Calixa-Lavallée
Verchères (Québec) J0L 2R0
Tél. : 450 448-3700

CLSC de Longueuil-Ouest
201, boulevard Curé-Poirier Ouest
Longueuil (Québec) J4J 2G4
Tél. : 450 651-9830

CLSC Simonne-Monet-Chartrand
1303, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2Y8
Tél. : 450 463-2850

» CENTRE ADMINISTRATIF

1333, boulevard Jacques-Cartier Est, Longueuil (Québec) J4M 2A5
Téléphone : 450 468-8111

» ÉDIFICE DU TREMBLAY

1215, chemin du Tremblay, Longueuil (Québec) J4N 1R4

- Direction des ressources humaines et du développement organisationnel, bureau 220, Tél. : 450 468-8109
- Direction des ressources financières, bureau 320, Tél. : 450 468-8111
- Direction des services techniques, bureau 310, Tél. : 450 468-8111

» L'ACCÈS : centre d'intervention de crise

Ligne d'intervention téléphonique
24 heures : 450 679-8689

» CENTRES D'HÉBERGEMENT

Centre d'hébergement De Contrecoeur
4700, route Marie-Victorin
Contrecoeur (Québec) J0L 1C0
Tél. : 450 468-8410
Téléc. : 450 468-8411

Centre d'hébergement De Lajemmerais
60, rue D'Youville
Varennes (Québec) J3X 1R1
Tél. : 450 463-2995
Téléc. : 450 468-8329

Centre d'hébergement de Mgr-Coderre
2761, rue Beauvais
Longueuil (Québec) J4M 2A4
Tél. : 450 448-3111
Téléc. : 450 448-4322

Centre d'hébergement
du Chevalier-De Lévis
40, rue Lévis
Longueuil (Québec) J4H 1S5
Tél. : 450 670-5110
Téléc. : 450 670-7292

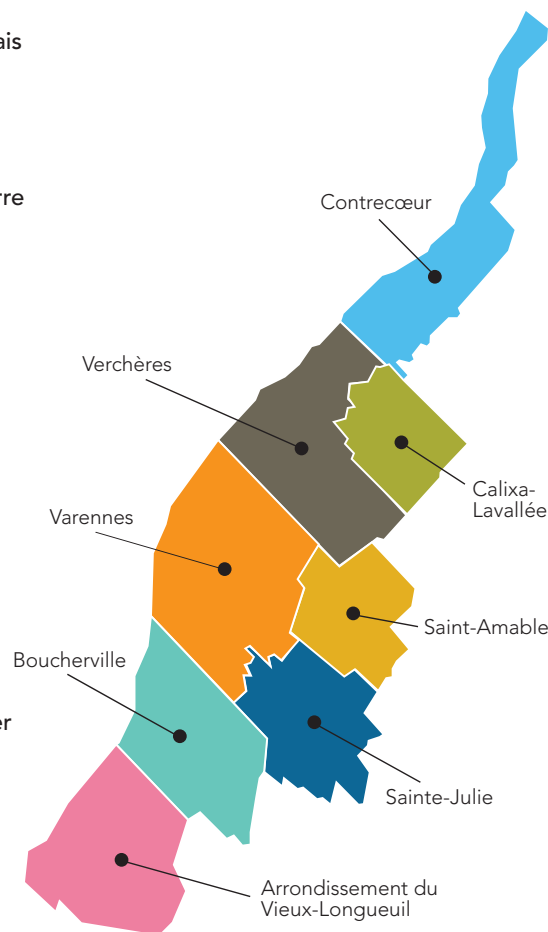
Centre d'hébergement
du Manoir-Trinité
1275, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2Y8
Tél. : 450 674-4948
Téléc. : 450 674-8571

Centre d'hébergement Jeanne-Crevier
151, rue De Muy
Boucherville (Québec) J4B 4W7
Tél. : 450 468-0590
Téléc. : 450 448-3082

Centre d'hébergement
René-Lévesque
1901, rue Claude
Longueuil (Québec) J4G 1Y5
Tél. : 450 651-2210
Téléc. : 450 670-7731

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-Boucher

CRÉER DES LIENS POUR LA VIE



Population / par territoire de CLSC

CLSC des Seigneuries	111 900
CLSC de Longueuil-Ouest et	
CLSC Simonne-Monet-Chartrand	134 567
Total :	246 467

ISQ - DSP Montérégie 2008

