



TRAVAILLER ET VIVRE ENSEMBLE!

RAPPORT ANNUEL
DE GESTION
PIERRE-DE SAUREL
2014-2015



Centre de santé et de services sociaux
Pierre-De Saurel



TABLE DES MATIÈRES

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE SORTANTE DU CSSS PIERRE-DE SAUREL.....	1
DÉCLARATION DE FIABILITÉ	2
RAPPORT DE LA DIRECTION	3
PROFIL DE L'ORGANISATION	
PRÉSENTATION DU CSSS PIERRE-DE SAUREL	5
EFFECTIFS MÉDICAUX	7
SERVICES OFFERTS AU CSSS PIERRE-DE SAUREL	8
IMMOBILISATIONS 2014-2015	9
PORTRAIT DU TERRITOIRE	
POPULATION DE LA MRC PIERRE-DE SAUREL	11
PLANIFICATION STRATÉGIQUE	15
RÉALISER NOS OBJECTIFS – LES DIRECTIONS	
DIRECTION GÉNÉRALE.....	24
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL (DRHDO)	29
DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET IMMOBILIÈRES (DRFI)	33
DIRECTION DES PROGRAMMES JEUNESSES, SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE, DÉFICIENCE ET SANTÉ PUBLIQUE (DPJSMDDPS).....	37
DIRECTION DES PROGRAMMES SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (DPSAPA)	44
DIRECTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ PHYSIQUE (DPSP)	49
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES, DE LA QUALITÉ ET LA GESTION DES RISQUES (DSIDSM)	55
DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP).....	62

QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

AGRÈMENT	67
INFORMATION À LA POPULATION	69
PLAN DES MESURES D'URGENCE (PMU)	70
COMITÉ DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (CPCI)	72
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES	76
L'EXAMEN DES PLAINTES ET SA PROMOTION	82

CONSEIL ET COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

CONSEIL D'ADMINISTRATION	89
COMITÉ DE VÉRIFICATION	90
COMITÉ DE BIOÉTHIQUE	91
COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES	92
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	93
COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA GESTION DES TALENTS	94
COMITÉ DES USAGERS	96
COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CECII)	97
COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CECMDP)	99
COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CECM)	101
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CSSS PIERRE-DE SAUREL	102

ENTENTE DE GESTION

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTATION	107
--	-----

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS DU MINISTÈRE, DES ORGANISMES ET DES RÉSEAUX DU SECTEUR PUBLIC AINSI QUE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT	124
ÉTATS FINANCIERS	125

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE SORTANTE DU CISSS PIERRE-DE SAUREL

Avec l'adoption, 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 CISSS Pierre-De Saurel 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 services offerts. Parmi les faits marquants de l'année, mentionnons au passage l'amélioration de la fluidité du circuit de l'utilisateur à travers nos services, le programme patient-partenaire, plus de six mois sans cas d'infection nosocomiale hospitalier et la campagne de reconnaissance de nos grands bâtisseurs de la santé.

Pour cette dernière édition du rapport annuel de gestion, nous tenons à remercier tous les membres de la grande équipe du CISSS Pierre-De Saurel 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 deux fondations et de la boutique Jeanne-Mance qui se sont investies avec générosité et engagement à offrir ces « plus » qui font la différence pour les usagers et les résidents.

Les principes de confiance et de bienveillance et les valeurs d'excellence, de responsabilité, d'ouverture et d'expertise ont largement guidé les gestes et les comportements de chacun au quotidien. Ces principes et ces valeurs 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., MBA
Présidente-directrice générale
CISSS de la Montérégie-Est



Martine Bouchard
Directrice générale sortante
CISSS Pierre-De Saurel

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

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

Les résultats et les données du rapport d'activités de l'exercice 2014-2015 du CISSS de la Montérégie-Est :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel d'activités ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

A blue ink signature of Louise Potvin, written in a cursive style.

Louise Potvin, B. Sc. inf., MBA
Présidente-directrice générale
CISSS de la Montérégie-Est

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

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

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et 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 régionale, 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.



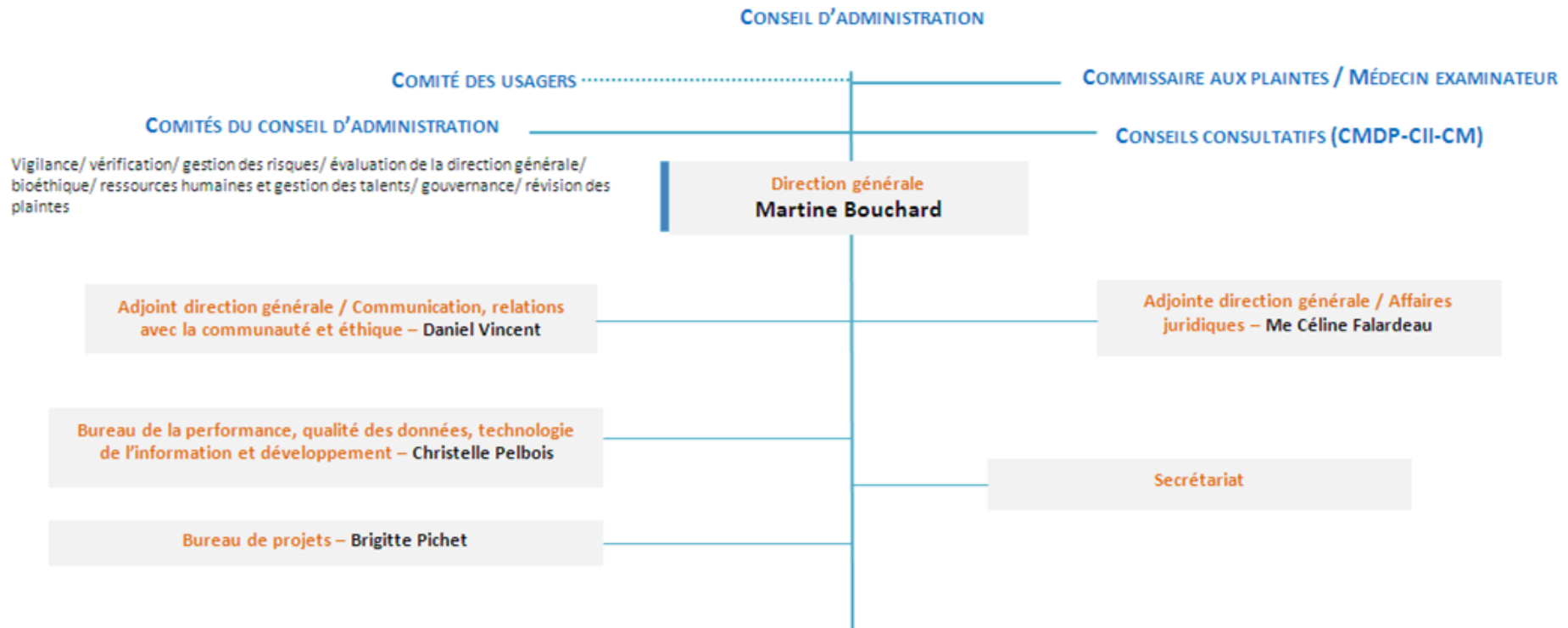
Louise Potvin, B. Sc. inf., MBA
Présidente-directrice générale
CISSS de la Montérégie-Est



Marie-Christine Paradis, SPA, CA
Directrice des ressources financières
CISSS de la Montérégie-Est



ORGANIGRAMME 2014-2015



DRHDO	DRFII	DMP	DPSAPA	DPSP	DSIDSM	DSP
Direction des ressources humaines et du développement organisationnel Céline Falardeau Codirectrice Daniel Vincent Codirecteur	Direction des ressources financières, immobilières et informationnelles Jean-Pierre Tremblay Directeur	Direction des programmes jeunesse, santé mentale et dépendance, déficience et Santé publique Lucie Mongrain Directrice	Direction des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées Sophie Boulva Directrice	Direction des programmes de santé physique Sylvie Cusson Directrice	Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires Annie Lemoine Directrice	Direction des services professionnels Dr Gérald Désaulniers Directeur

PRÉSENTATION DU CSSS PIERRE-DE SAUREL

NOTRE MISSION

Assurer à la population de notre territoire une gamme de services de santé et de services sociaux de qualité, continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits de la personne.

NOTRE VISION

Le CSSS Pierre-De Saurel entend se distinguer par sa capacité à mobiliser la population, les usagers et ses partenaires à une prise en main de leur santé par la promotion de la santé et du bien-être, ainsi que par la mise en place d'un réseau local de services efficaces, performants et sécuritaires.

POSITIONNEMENT

Le CSSS Pierre-De Saurel intègre, dans tous ses projets organisationnels, le volet de la santé publique en valorisant les actions sur les déterminants de la santé. Promoteur de santé... Agir avant!

SITES

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

- Hôpital Hôtel-Dieu de Sorel : 166 lits;
- Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance : 149 lits, dont un lit d'urgence sociale et un lit surnuméraire;
- Centre d'hébergement J.-Arsène-Parenteau : 60 lits;
- Centre d'hébergement de Tracy : 33 lits;
- CLSC Gaston-Bélanger.

NOMBRE D'EMPLOYÉS

	2013-2014	2014- 2015
Temps complet :	751	834
Temps partiel :	557	488
Temps partiel occasionnel :	303	300
Total :	1611	1622 (excluant les médecins)

VALEURS ORGANISATIONNELLES

Les valeurs que nous avons privilégiées sont incluses dans un cadre de référence. Elles campent notre culture organisationnelle et conditionnent nos actions et nos pratiques de gestion quotidiennes. Ces valeurs nécessitent l'adhésion de l'ensemble du personnel, médecins, gestionnaires, directions et membres du conseil d'administration.

Expertise : Culture de performance

Nous nous engageons à maintenir un niveau de performance et de connaissance supérieur qui incite au dépassement personnel et collectif afin que nos soins et nos services soient reconnus comme étant des soins et services de qualité supérieure. Nous analysons la performance en tenant compte des résultats obtenus par les groupes et par les individus en terme d'efficacité et d'efficience¹.

Responsabilisation : Culture de responsabilité

Nous nous engageons à respecter nos engagements pour vous offrir des soins et des services de qualité en agissant comme des professionnels responsables et imputables de leurs actions et interventions.

Ouverture : Culture d'ouverture

Nous nous engageons à faire preuve d'ouverture dans nos relations avec la clientèle, nos collègues, nos employés, nos supérieurs et nos partenaires. Nos échanges sont libres et il est possible de s'exprimer tant sur les aspects positifs que sur les aspects négatifs. Nous devons faire preuve d'ouverture dans notre gestion. Il faut étudier et analyser nos processus de gestion et les comparer avec ceux d'autres organisations toujours dans l'optique d'adopter les meilleures pratiques pour améliorer la performance du CSSS Pierre-De Saurel.

Excellence : Engagement envers l'excellence

Nous nous engageons à faire preuve d'excellence dans tout ce que nous entreprenons ainsi que dans nos rapports avec les clients, les collègues, les partenaires et la population. Nous devons en outre faire preuve de jugement, de professionnalisme, de rigueur, de discipline personnelle, de persévérance et d'esprit d'équipe.

¹ L'efficacité est le degré de réalisation des objectifs et des cibles. L'efficience est le rapport entre les ressources utilisées et les résultats atteints. Source : <http://www.maxicours.com/soutien-scolaire/communication-et-gestion-des-ressources-humaines/terminale-stg/213109.html>

EFFECTIFS MÉDICAUX

Le CSSS Pierre-De Saurel offre sur place des services dans plus de 20 spécialités médicales.

DU 1 ^{ER} AVRIL 2014 AU 31 MARS 2015			
	2014-2015		
Spécialités	Autorisé	En poste	Informations
Omnipratique : médecine générale et urgence	61	52*	11 médecins de famille recrutés dont l'arrivée est prévue au cours de 2015. À ce jour, 2 médecins ont déjà amorcé leur pratique et 9 autres s'ajouteront aux 52 médecins actuellement en poste
Anatomo-pathologie	1	2	Opportunité de retraite anticipée (ORA)
Anesthésiologie	4	4	
Cardiologie	3	3	
Chirurgie générale	4	4	Une arrivée confirmée en remplacement en juillet 2015
Chirurgie plastique	1	1	
Gynécologie	3	2	
Hématologie-oncologie	1	1	
oncologie	1	1	
Maxillo-faciale	1	1	
Médecine interne	3	3	
Médecine nucléaire	1	1	
Médecine urgence	1	1	
Microbiologie	1	2	Opportunité de retraite anticipée (ORA)
Néphrologie	1	1	
Ophtalmologie	2	2	Une arrivée confirmée à l'été 2016 en chevauchement de carrière
Orthopédie	3	2	
Oto-rhino-laryngologie	1	1	
Pédiatrie	3	3	
Pédopsychiatrie	1	1	
Psychiatrie	7	5	Une arrivée confirmée en septembre 2017 et une arrivée confirmée en septembre 2018
Pneumologie	2	2	Une arrivée confirmée en août 2015 en chevauchement de carrière
Radiologie	3	3	
Urologie	1	1	
Total	110	99	

* En omnipratique, la définition «en poste» de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie diffère de celle du CMDP du CSSS Pierre-De Saurel.

SERVICES OFFERTS AU CSSS PIERRE-DE SAUREL

SERVICES DE SANTÉ COURANTS ET DE PRÉVENTION EN CLSC

- Info-santé;
- Clinique de soins infirmiers;
- Centre d'accompagnement et intervention en maladies chroniques (diabète, maladies pulmonaires);
- Échange et récupération de seringues;
- Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);
- Abandon du tabagisme;
- Ma santé à cœur;
- En santé après 50 ans;
- Vaccination.

SERVICES PSYCHOSOCIAUX, SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES

- Consultation psychosociale en CLSC;
- Consultation en santé mentale;
- Dépendances : drogue, jeu, alcool;
- Crise suicidaire.

SERVICES AUX FEMMES ENCEINTES ET AUX JEUNES FAMILLES

- Grossesse;
- Soutien à l'allaitement;
- Suivi pré et postnatal;
- Deuil périnatal;
- Clinique du nourrisson;
- Vaccination.

SERVICES À LA JEUNESSE

- Services psychosociaux et de santé à l'école;
- Clinique jeunesse;
- Crise-Ado-Famille;
- Santé mentale jeunesse;
- Jeunes et familles en difficulté.

SOINS PALLIATIFS

- Soins palliatifs à domicile;
- Soins palliatifs en établissement.

SERVICES ET SOINS HOSPITALIERS

- Urgence;
- Hospitalisation;
- Chirurgie;
- Obstétrique;
- Soins intensifs;
- Oncologie;
- Pédiatrie;
- Gériatrie;
- Hémodialyse;
- Inhalothérapie;
- Réadaptation;
- Imagerie médicale et services diagnostiques;
- Archives.

SERVICES AMBULATOIRES

- Médecine de jour;
- Préadmission en chirurgie;
- Accès aux services spécialisés (accueil clinique);
- Prélèvements;
- Clinique externe de réadaptation;
- Cliniques externes spécialisées.

SERVICES POSTHOSPITALISATION

- Réadaptation fonctionnelle intensive à domicile et en établissement;
- Lits de convalescence;
- Soins posthospitalisation à domicile.

SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

- Programmes de prévention des chutes;
- Services à domicile;
- Centre de jour;
- Hôpital de jour;
- Ressources d'hébergement :
 - de type familial;
 - intermédiaire;
 - hébergement d'urgence.

SERVICES COMMUNAUTAIRES

Organisation et intervention communautaire

IMMOBILISATIONS 2014-2015

Date : 2015-06-18

CSSS PIERRE-DE SAUREL IMMOBILISATIONS 2014-2015

Projets

Mise aux normes (maintien des actifs)		
Brique et structure	HDS	531 071 \$
Sécurité incendie	CHEL	304 175 \$
Unité de soins 3D	HDS	159 528 \$
Chambre à pression négative	HDS	159 223 \$
Remplacement de la chaudière	HDS	149 286 \$
Verrière	HDS	112 438 \$
Mise aux normes - Pharmacie - OPQ	HDS	70 657 \$
Remplacement du système d'appel de garde	CHT	66 095 \$
Plomberie	tous les sites	55 422 \$
Ascenseurs	CHEL	40 595 \$
Locaux	tous les sites	49 860 \$
Conduits de ventilation	tous les sites	34 273 \$
Électricité	tous les sites	28 659 \$
Dispositif anti-retour	HDS	22 900 \$
Rampes d'accès	CHIAP	4 137 \$
Remplacement/réservoir eau chaude	HDS	3 348 \$
Autres	tous les sites	<u>127 286 \$</u>
Sous-total		1 918 953 \$
Mixte - Rénovation fonctionnelle mineure hors CHSLD et mise aux normes		
Psychiatrie	HDS	1 680 852 \$
Rénovation fonctionnelle mineure hors CHSLD		
Endoscopie	HDS	287 543 \$
Système de traitement d'eau - Hémodialyse	HDS	66 805 \$
Archives	HDS	65 972 \$
Réaménagement - Centre de prélèvement	HDS	24 401 \$
Réaménagement - Tomodensitomètre	HDS	26 784 \$
Autres	HDS	<u>51 934 \$</u>
Sous-total		523 439 \$
Rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD		
Aménagement de la place publique	CHEL	14 934 \$
Autres	tous les sites	<u>5 651 \$</u>
		<u>20 585 \$</u>

Coûts des projets pour 2014-2015

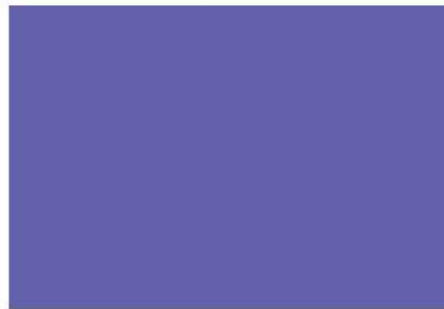
Équipements

Matériel et équipement	
Informatique	175 329 \$
Communication/multimédia	15 918 \$
Mobilier et équipement de bureau	136 704 \$
Camion	24 286 \$
Autres équipements	<u>61 141 \$</u>
Sous-total	413 378 \$
Équipements spécialisés	
Ameublement de chambre	359 638 \$
Autres équipements :	
Auto analyseurs en biochimie	184 954 \$
Endoscopes, colonoscopes	166 635 \$
Valdeuse de sachet	162 759 \$
Ensacheuse de médicaments	118 124 \$
Système d'information - Laboratoire	100 899 \$
Appareil d'immunohistochimie	89 871 \$
Auto analyseur en hématologie	66 128 \$
Système d'information - Bloc	65 303 \$
Appareil des TA électroniques	54 422 \$
Unité de retraitement	42 647 \$
Cytoscopes flexibles	31 706 \$
Table chauffante	24 501 \$
Système d'information - Pharmacie	5 284 \$
Autres	<u>430 618 \$</u> <u>1 543 851 \$</u>
Sous-total	1 903 489 \$
Coûts des équipements pour 2014-2015	2 316 867 \$

4 143 829 \$



PORTRAIT DU TERRITOIRE

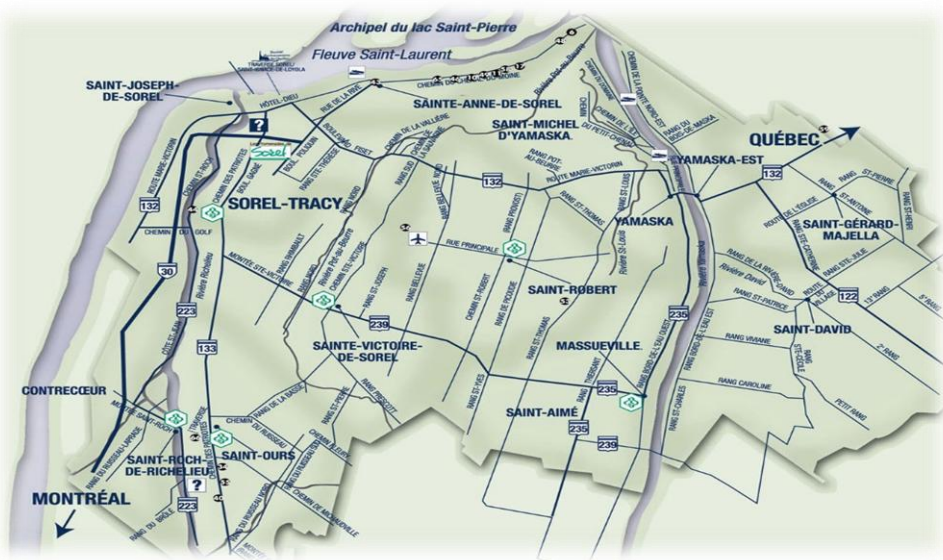


POPULATION DE LA MRC PIERRE-DE SAUREL

CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

Selon les estimations démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), le RLS compte 51 000 personnes en 2013, dont près de 14 000 en milieu rural². Il s'agit du 10^e territoire en importance en Montérégie quant à la taille de sa population (3,4 %), du 8^e territoire quant à sa superficie et du 9^e territoire quant à sa densité de population. La population du RLS s'est accrue de 0,9 % entre 2003 et 2013, soit une augmentation très inférieure à celle de la Montérégie (12,2 %).

Le RLS Pierre-De Saurel se caractérise par une population relativement plus âgée que celle de la Montérégie. En 2013, la proportion de jeunes (moins de 18 ans) du RLS est ainsi beaucoup plus faible (15 c. 20 %) et celle de personnes âgées de 65 ans et plus, beaucoup plus élevée (23 c. 16 %) que celles de la Montérégie.



Néanmoins, à l'instar du Québec et de la région, le RLS n'échappera pas au vieillissement de sa population. Entre 2013 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 23 à 34 %.

Le vieillissement de la population se produit à un rythme légèrement moins rapide sur le territoire Pierre-De Saurel qu'en Montérégie. Entre 2013 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 49 % dans le RLS comparativement à 56 % en Montérégie. À cet égard, Pierre-De Saurel est l'un des RLS de la Montérégie où le vieillissement de la population sera moins rapide.

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES ET CULTURELLES

Dans l'ensemble, le RLS présente un profil socioéconomique moins avantageux que celui de la région. Comparativement à la Montérégie, le RLS compte proportionnellement un peu plus de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (10 c. 9 % en 2010), un taux d'emploi plus faible (52 c. 63 % en 2011) et affiche une proportion plus élevée de personnes sous-scolarisées (26 c. 19 % en 2011).

Pierre-De Saurel est le RLS de la Montérégie où la proportion de personnes d'expression anglaise³ est la plus faible (1 c. 11 % en 2011). Selon le Recensement de 2011, leur nombre s'élève à près de 580 personnes, soit moins de 1 % de la population d'expression anglaise de la Montérégie.

En 2011, on dénombre 800 immigrants sur le territoire Pierre-De Saurel, soit 2 % de la population du RLS, mais 1 % des immigrants de la Montérégie.

ESPÉRANCE DE VIE

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

² Selon le Recensement de 2011.

³ Définis selon la première langue officielle parlée.

NOUVEAU-NÉS

En 2010, les femmes du RLS ont donné naissance à 375 enfants et le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,46. Pour la période 2006-2010, 8,1 % des nouveau-nés étaient prématurés (moins de 37 semaines) et 7,5 % des naissances (non gémellaires) avaient un faible poids pour l'âge gestationnel. Depuis le début des années 1980, la proportion de naissances de faible poids pour l'âge gestationnel a diminué alors que la proportion de bébés prématurés a augmenté puis diminué après l'intervalle 2001-2005. Pour la période 2006-2010, 11,1 % des nouveau-nés avaient une mère faiblement scolarisée (moins de 11 ans de scolarité) et 4,3 %, une mère âgée de moins de 20 ans. La proportion de bébés ayant une mère faiblement scolarisée est significativement supérieure à celle observée au Québec.

SANTÉ PHYSIQUE

Les tumeurs

Pour l'intervalle 2005-2009, 36 % des décès enregistrés dans le RLS Pierre-De Saurel sont attribuables aux tumeurs malignes. Avec une moyenne de 168 décès par année, les tumeurs malignes figurent au premier rang des causes de décès. Le RLS affiche un taux de mortalité par tumeurs malignes significativement supérieur à celui du Québec.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. Dans le RLS, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 257 à 359 entre les périodes 1991-1995 et 2006-2010. Le taux d'incidence est légèrement à la hausse et il s'avère significativement supérieur à celui du Québec pour l'intervalle 2006-2010. Par ailleurs, les taux d'incidence du cancer colorectal, du poumon et de la prostate sont significativement plus élevés dans le RLS qu'au Québec.

On compte 529 hospitalisations en 2011-2012 pour cause de tumeurs, ce qui représente plus de 10 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée. Le taux d'hospitalisations pour tumeurs est significativement plus élevé que celui du Québec.

Les maladies de l'appareil circulatoire

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

En 2009-2010, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque, ce qui représente près de 2 030 personnes sur le territoire de Pierre-De Saurel. Cette proportion grimpe à 16 %, chez les Montérégiens de 65 ans et plus.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, le nombre de personnes âgées de 20 ans et plus atteintes d'hypertension artérielle est passé de 7 024 à 11 174 personnes, soit une augmentation de 59 %. Au cours de cette même période, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle a augmenté d'environ 28 % dans le RLS. En 2010-2011, la prévalence brute de l'hypertension artérielle se chiffre à 28 % dans le RLS.

En 2011-2012, 18 % des hospitalisations de la population du RLS en soins physiques de courte durée – soit 942 hospitalisations – sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès, mais également d'hospitalisations. Pour cette même période, le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus élevé dans le RLS qu'au Québec.

Les maladies de l'appareil respiratoire

Selon les dernières données disponibles, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 8 % des décès et 12 % des hospitalisations de la population du RLS. Ce dernier affiche un taux d'hospitalisations significativement supérieur à celui du Québec.

En 2009-2010, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 4 % des Montérégiens de 35 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, ce qui représente respectivement 3 960 et 1 230 personnes à l'échelle du RLS.

Le diabète

Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a presque doublé depuis 2000-2001, pour atteindre 4046 personnes en 2010-2011.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, la prévalence ajustée du diabète a augmenté d'environ 53 % 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 diabète⁴.

En 2010-2011, la prévalence brute du diabète se chiffre à 9,9 % dans le RLS.

Quelques facteurs de risque

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

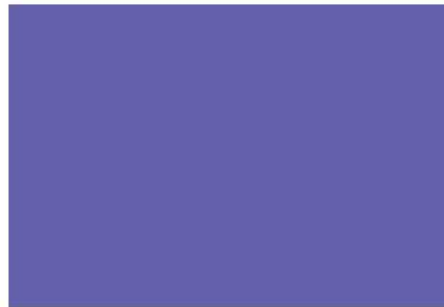
- environ 52 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour. Cette proportion est statistiquement plus élevée que celle de la Montérégie;
- environ 38 % des adultes pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine;
- environ 26 % des adultes fument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

SANTÉ MENTALE/PSYCHOSOCIALE

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

Pour l'intervalle 2005-2009, le nombre annuel moyen de suicides s'élève à 8 personnes sur le territoire Pierre-De Saurel. Au Québec, on observe habituellement trois ou quatre fois plus de décès par suicide chez les hommes que chez les femmes. On peut penser que cette tendance s'observe également à l'échelle du RLS.

⁴ 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



PLANIFICATION STRATÉGIQUE

La planification stratégique est un cadre définissant la vision, de même que les principaux objectifs, étapes et moyens permettant d'atteindre le changement souhaité dans un laps de temps déterminé. Sans planification stratégique, il est probable que le changement souhaité ne puisse survenir naturellement, la planification stratégique traçant une ligne directrice et une orientation globale.

NOTRE PHILOSOPHIE DE GESTION

Le personnel constitue la plus importante ressource consacrée à la réalisation de notre mission, de nos objectifs et de notre développement. Notre engagement à l'amélioration continue de nos services s'appuie sur les efforts individuels et collectifs. Chacun des membres du personnel devient un atout majeur pour notre succès et pour garantir une haute qualité des soins et services à nos usagers.

Le CSSS Pierre-De Saurel témoigne régulièrement sa reconnaissance aux équipes de travail et met tout en œuvre pour offrir un milieu de travail sécuritaire, stimulant et de qualité, où il est agréable d'évoluer. La gestion des ressources humaines repose sur la transparence et la communication ouverte avec le personnel.

Dans le cadre d'une approche de collaboration, de concertation et de partenariat avec les différents acteurs impliqués dans la prestation de services à la clientèle, le CSSS Pierre-De Saurel valorise l'expertise, la responsabilisation, l'ouverture et l'excellence.

Engagé dans la recherche et l'application des meilleures pratiques et dans l'optique d'une offre de service accrue, le CSSS Pierre-De Saurel est une organisation apprenante qui encourage l'approche créative et novatrice, le développement et l'intégration de technologies, des facteurs garants d'une amélioration continue de la qualité et de l'intégration des services. Dans un contexte de reddition de comptes à la population et aux différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux, il s'applique à mesurer avec rigueur les résultats de ses interventions.

Le CSSS Pierre-De Saurel se veut une organisation qui privilégie des comportements éthiques et d'intégrité, et une culture de bienveillance transcendant l'ensemble de l'organisation. Une attitude empreinte de respect

et d'ouverture, le souci de cohérence, d'équité et de solidarité, des communications claires, transparentes et reposant sur la confiance, prévalent tant dans les relations avec les intervenants et les partenaires qu'auprès de la clientèle.

Le CSSS Pierre-De Saurel fait preuve de cohérence et d'équité dans ses décisions.

ON SE DONNE UN RYTHME...

Dans le cadre du développement du CSSS Pierre-De Saurel, l'approche méthodologique adoptée pour les deux prochaines années vise la mise en place d'un processus de planification stratégique continu pour la période 2014-2015, lequel sera en lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (2010-2015). Le point de départ du processus est l'élaboration de la vision de l'établissement, qui s'insère dans un cadre de référence incluant mission, valeurs, code d'éthique et conduite.

La mise en place de ce processus continu de planification nécessite des changements dans les façons de faire à tous les niveaux de gestion et implique également une période de rodage. Ultimement, la volonté de l'organisation est de développer sa capacité à gérer des projets afin d'améliorer sa performance par une efficacité clinique, une efficience dans l'utilisation de ses ressources, une mobilisation de son personnel et une satisfaction de sa clientèle.

SOUS LE SIGNE D'UN CHANGEMENT ORGANISATIONNEL IMPORTANT

Le processus continu de planification stratégique du CSSS Pierre-De Saurel précise les enjeux et les objectifs de l'établissement qui lui permettront de réaliser sa mission dans le respect de ses nouvelles valeurs organisationnelles et de s'assurer que sa vision devienne réalité. Le conseil d'administration et le comité de direction ont entrepris un projet d'envergure de transformation organisationnelle, passant d'une organisation de culture traditionnelle à une organisation axée sur la culture professionnelle. Ce changement est basé sur l'amélioration continue de la performance, sur une culture de la mesure ainsi que sur une philosophie de gestion axée sur l'expertise, la responsabilisation, l'ouverture et l'excellence. Ce changement est une étape obligatoire afin de répondre adéquatement aux défis qui se présentent à nous.

UN PLAN CONÇU SUR DES DONNÉES PROBANTES

Cet exercice de planification stratégique repose sur une analyse de l'environnement, sur les déterminants de la santé de notre population et sur divers rapports produits en lien avec la performance et l'efficacité du CSSS Pierre-De Saurel au cours des dernières années. Cette planification stratégique représente un véritable outil de pilotage, un document de référence pour tous les intervenants et les gestionnaires du CSSS Pierre-De Saurel et orientera les actions individuelles et collectives pour les deux prochaines années. Il permettra également à tous nos partenaires de mieux connaître notre vision et les démarches entreprises pour y parvenir.

UNE CASCADE COHÉRENTE D' ACTIONS

- Mission;
- Nouvelle vision;
- Nouveau positionnement stratégique;
- Nouvelles valeurs organisationnelles;
- Projets organisationnels et opérationnels axés sur l'approche populationnelle et l'entente de gestion.

UNE RÉALITÉ⁵

Le pourcentage de personnes atteintes par plusieurs maladies chroniques augmente avec l'âge. En 2005, près de la moitié des personnes de 80 ans et plus étaient atteintes de deux maladies chroniques ou plus (48,6 %). Le recours aux soins, aux services et aux professionnels de la santé et des services sociaux du CSSS Pierre-De Saurel augmente avec le nombre de maladies chroniques. Par ailleurs, les estimations montrent qu'une plus grande proportion des personnes de 65 ans et plus est touchée par la maladie d'Alzheimer.

La prochaine décennie sera marquée par la hausse du nombre de personnes âgées. Dans notre MRC, on voit déjà l'impact du vieillissement de la population, et ce, quelques années avant le reste du Québec.

Puisque le nombre de jeunes et d'adultes demeurera relativement stable, les personnes âgées de 65 ans et plus constitueront le seul groupe d'âge dont la taille sera en augmentation au cours des prochaines années. À plus long terme, à partir de 2025, les personnes très âgées, soit celles ayant 85 ans et plus, formeront le seul groupe d'âge dont la taille sera en croissance soutenue.

Outre une pression à la hausse portant sur la demande de services, cette tendance démographique lance un défi d'ajustement à l'organisation et à son offre de services aux besoins particuliers d'une population vieillissante, chez qui maladies chroniques, troubles cognitifs et incapacités dans les activités de la vie quotidienne commandent une approche de soins adaptée et un renforcement des services de soutien à domicile.

LA SITUATION : RISQUES, ENJEUX, OBJECTIFS ET PROJETS

Le CSSS Pierre-De Saurel demeure confronté à des défis et autres éléments de pression importants. Le contexte actuel commande d'améliorer l'offre de services pour répondre à l'évolution des besoins de la population et d'intégrer judicieusement les nouvelles pratiques en tenant compte de l'arrivée de nouveaux médecins et des progrès technologiques, tout en assurant la disponibilité et la rétention d'une main-d'œuvre qualifiée.

Le contexte économique actuel accentue l'écart entre la diminution des revenus et l'augmentation des dépenses en matière de santé et de services sociaux, ce qui amène, avec une intensité supplémentaire, le défi du contrôle des dépenses et de l'amélioration de la performance du CSSS. Par ailleurs, le fait d'être responsables et cliniquement performants nous permettra d'assurer la pérennité financière de notre organisation.

⁵ Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2010-2015

FAIRE LES BONS CHOIX

À chaque étape de la vie, l'état de santé de notre population est influencé de façon complexe par plusieurs facteurs d'ordre socioéconomique, environnemental et comportemental. Ces facteurs sont appelés « **déterminants de la santé** ». Ils n'agissent pas isolément, car c'est la combinaison de leurs effets qui agit sur l'état de santé. Tous ces déterminants ont un impact important sur la demande de services actuelle et prochaine au CSSS Pierre-De Saurel.

Afin de nous assurer que les décisions liées à la santé et aux soins de santé et services sociaux sont fondées sur les données les plus concluantes à notre disposition, nous avons mis en toile de fond de nos enjeux, de nos objectifs et de nos projets organisationnels, l'importance d'agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et de relier nos actions aux différents rapports, notamment, celui réalisé par l'AQESSS⁶ en 2011 (adaptation, maintien des valeurs, production et atteinte des buts) et celui de l'Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS).⁷

DES RISQUES — DÉFIS À LA RÉALISATION DE NOS OBJECTIFS

■ Disponibilité et rétention de la main-d'œuvre

• Médecin

La disponibilité des médecins de famille est particulièrement préoccupante, d'où la nécessité de mettre en place des mesures novatrices pour favoriser l'attraction de candidats en médecine familiale (première ligne).

• Main-d'œuvre

La rareté des ressources humaines entraîne une surcharge de travail pour le personnel en place, des répercussions sur le climat de travail, l'augmentation des risques reliés à l'assurance salaire ainsi que le recours plus grand à la main-d'œuvre venant d'agences privées.

Il nous faut donc relever le défi de l'attraction et de la rétention de la main-d'œuvre par la mise en place de mesures d'amélioration de l'organisation du travail et du climat de travail. Parallèlement, le cloisonnement professionnel ne permet pas d'optimiser le partage des connaissances et des compétences. Afin de devenir un milieu de travail attrayant et efficient, l'organisation du travail doit évoluer de manière à utiliser, de façon optimale, les connaissances et les compétences du personnel et encourager la formation continue (optimisation de la loi 90).

Plusieurs facteurs exercent une pression sur la disponibilité de la main-d'œuvre, à moyen et à long terme, le vieillissement des effectifs, les départs massifs à la retraite et les attentes des générations plus jeunes, notamment en matière de conciliation travail-famille.

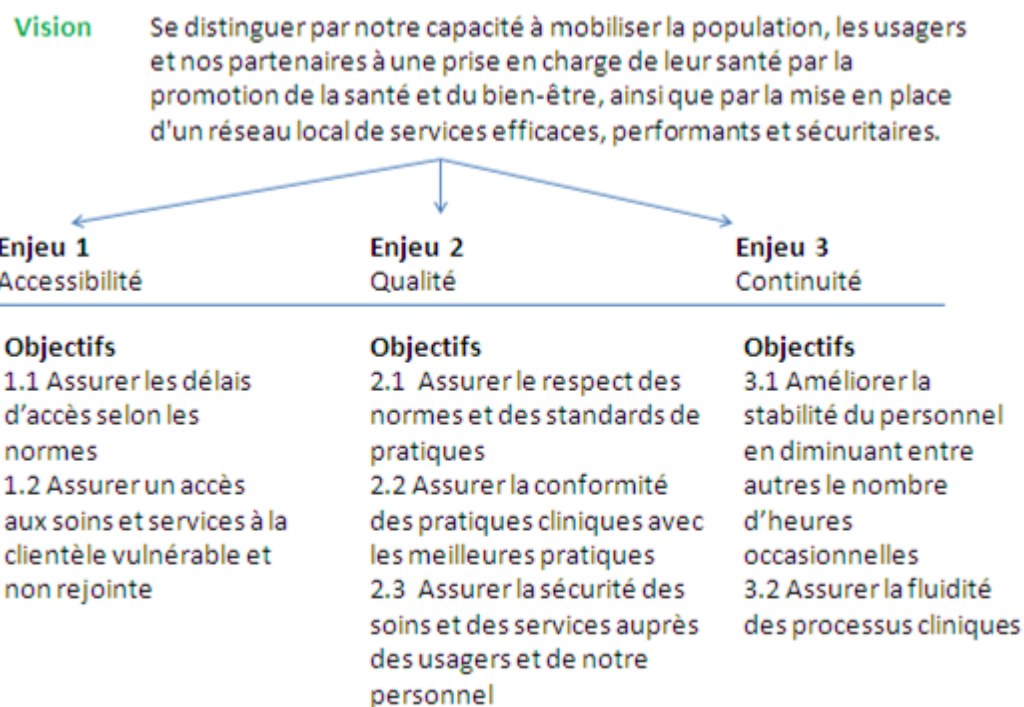
■ Fragilité financière/Défis technologiques

La précarité des ressources financières disponibles entraîne la nécessité d'effectuer des choix judicieux et de prendre des initiatives astucieuses en matière de performance et de productivité en misant, entre autres, sur l'amélioration des processus de travail, sur une meilleure organisation des services et des technologies de l'information.

⁶ Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance CSSS Pierre-De Saurel – AQESSS, 2011

⁷ Rapport annuel 2012-2013 – Institut canadien d'information sur la santé

La performance : une cascade cohérente



PROJETS ORGANISATIONNELS POUR RÉALISER NOS OBJECTIFS

Les projets organisationnels innovent au sein de l'architecture même de l'organisation. Le portefeuille de projets organisationnels sera revu annuellement afin d'assurer une innovation en continu au sein de l'organisation. Chaque projet met en place ses indicateurs et son calendrier de réalisation, et ce, jusqu'à ce qu'il s'intègre complètement au niveau opérationnel.

- Virage dans la communauté des demandes d'hébergement public faites à l'hôpital;
- Optimisation de la trajectoire en santé physique;
- Réalisation du premier agrément canadien;
- Instauration du plan de mesures d'urgence avec, entre autres, la mise en place du Code argent;
- Approche adaptée à la personne âgée;
- Optimisation de la première ligne médicale;
- Gestion intégrée de la présence au travail;
- Programme destination mieux-être : Suivi intégré des grands utilisateurs de soins;
- Optimisation du soutien à domicile;
- Bilan comparatif des médicaments.

PROJETS ORGANISATIONNELS 2014-2015

Liste des projets 2014-2015			
Enjeux	Titre du projet	Type	Objectifs
A C	Virage des demandes de relocalisation en milieu hospitalier vers la communauté	Organisationnel	Permettre à la clientèle de personnes âgées d'emménager dans un milieu de vie sécuritaire selon leurs besoins et à partir de leur domicile.
A C	Optimisation de la trajectoire en santé physique	Organisationnel	Optimiser la trajectoire en santé physique.
A	Continuum santé physique : Optimisation de la planification des congés (4D)	Opér. dérivé org.	Voir objectif projet organisationnel « Continuum santé physique ».
A C	Continuum santé physique : optimisation de la coordination clinique et médicale en gestion des lits	Opér. dérivé org.	Voir objectif projet organisationnel « Continuum santé physique ».
A C	Continuum en santé physique : optimisation du travail des services professionnels en milieu hospitalier et ambulatoire (physio-ergo et ECGT)	Opér. dérivé org.	Détermination de l'offre de services, réorganisation du travail, réalisation de documents structurants.
Q	Instauration du plan de mesure d'urgence (dont code argent)	Organisationnel	Réduire à leur plus bas niveau les conséquences pouvant découler d'une situation d'urgence majeure par la mise en place un plan de mesures d'urgence. Il reste codes orange et argent à finaliser.
A	Approche adaptée à la personne âgée	Organisationnel	Améliorer la qualité et la sécurité des soins chez la PA de 75 ans et + en appliquant des pratiques cliniques novatrices visant à minimiser le déclin fonctionnel iatrogène de la PA.
A C	Continuum maladies chroniques : Programme destination Mieux-être	Organisationnel	Assurer un accès aux soins et services à la clientèle vulnérable et conformité des pratiques cliniques.
A Q	Continuum maladies chroniques : Projet Inspired-MPOC	Opér. dérivé org.	Fournir un continuum de services aux patients MPOC.
A	Optimisation du soutien à domicile	Organisationnel	Améliorer l'accessibilité des services offerts à domicile pour les PA, les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle et TED
Q	Bilan comparatif des médicaments	Organisationnel	Adopter la POR organisationnelle BCM pour améliorer l'efficacité et la coordination parmi les prestataires de soins et services, ainsi qu'avec l'utilisateur, tout au long du continuum.
Q	Bilan comparatif des médicaments : phase 1	Opér. dérivé org.	Voir objectif projet organisationnel « Bilan comparatif des médicaments ».
Q	Bilan comparatif des médicaments : phase 2	Opér. dérivé org.	Voir objectif projet organisationnel « Bilan comparatif des médicaments ».
C Q	Projet Legg ergo urgence	Organisationnel	Améliorer la prise en charge clinique des personnes âgées vulnérables
A	En partenariat avec les RPA pour le bien vieillir (Forces en amont)	Organisationnel	Réduire le taux de consommation de services hospitaliers évitables pour les PA vivant en RPA en renforçant notre partenariat avec les propriétaires des RPA du RLS.
A	Responsabilité populationnelle et inégalités sociales de santé (ISS) : pour une planification porteuse de résultats	Organisationnel	Augmenter les activités visant les populations SED dans la planification stratégique en MC et ce, afin d'ultimement offrir des services en maladies chroniques plus adaptés à leurs besoins.
A C Q	Campagne québécoise des soins sécuritaires	Organisationnel	Diminuer les infections nosocomiales au CSSS afin d'améliorer la qualité, la sécurité, la continuité et l'accessibilité
A C Q	Campagne québécoise des soins sécuritaires : pratiques exemplaires en hémodialyse	Opér. dérivé org.	Voir objectif projet organisationnel « Campagne québécoise de soins sécuritaires ».
A C Q	Campagne québécoise des soins sécuritaires : pratiques exemplaires en hygiène et salubrité	Opér. dérivé org.	Voir objectif projet organisationnel « Campagne québécoise de soins sécuritaires ».
C Q	Campagne québécoise des soins sécuritaires : pratiques exemplaires en dépistage et isolement	Opér. dérivé org.	Voir objectif projet organisationnel « Campagne québécoise de soins sécuritaires ».
C Q	Campagne québécoise des soins sécuritaires : pratiques exemplaires en hygiène des mains	Opér. dérivé org.	Voir objectif projet organisationnel « Campagne québécoise de soins sécuritaires ».
C Q	Continuum en traumatologie (Agréement trauma 1)	Opérationnel	Projet opérationnel jusqu'à la certification, ensuite gestion quotidienne.

Liste des projets 2014-2015			
Enjeux	Titre du projet	Type	Objectifs
	Paie - feuilles de temps électroniques	Opérationnel	100 % de feuilles de temps électroniques.
C Q	Révision des processus d'admission (et de préadmission) en hébergement	Opérationnel	Application du nouveau mécanisme d'accueil pour 100% des admissions en hébergement pour le 1er juillet 2015.
Q	Amélioration de la prise-en-charge de la médication en hébergement par les infirmières	Opérationnel	Réduire de 15% le coût des médicaments par jour/présence d'ici le 31 mars 2015; Diminuer de 70% le nombre de chutes de gravité E1 d'ici le 31 mars 2015; Diminuer de 70% les erreurs de médicaments d'ici le 31 mars 2015; Améliorer le taux de satisfaction des infirmières de 75% en matière de prise en charge de la médication chez les résidents d'ici le 31 mars 2015; Diminuer de 15% l'usage des ordonnances potentiellement non appropriées d'ici le 31 mars 2015; Obtenir une directive infirmière relié à un problème prioritaire de santé en lien avec les effets indésirables dans 100% des PTI des résidents d'ici le 31 mars 2015.
Q	RSIPA 1. Évaluation des résidents avec OEMC et mise-à-jour annuelle en continu	Opérationnel	Améliorer la continuité des soins et le partage d'information au CSSS par le développement des systèmes opérationnels et des systèmes de gestion de l'information, permettre aux intervenants SAD d'acquérir les compétences nécessaires à l'utilisation des systèmes et des nouveaux outils cliniques informatisés, assurer la qualité des données cliniques inscrites dans les systèmes d'information afin qu'ils soient complets et à jour pour l'ensemble de la clientèle SAD et hébergement. Volet 1 : hébergement.
Q	RSIPA 2. Volet PSIAS, OEMC et SMAF social	Opérationnel	Améliorer la continuité des soins et le partage d'information au CSSS par le développement des systèmes opérationnels et des systèmes de gestion de l'information, permettre aux intervenants SAD d'acquérir les compétences nécessaires à l'utilisation des systèmes et des nouveaux outils cliniques informatisés, assurer la qualité des données cliniques inscrites dans les systèmes d'information afin qu'ils soient complets et à jour pour l'ensemble de la clientèle SAD et hébergement. Volet 2 : soutien à domicile.
Q	RSIPA 3. Gestion des cas	Opérationnel	Voir objectif projet opérationnel «RSIPA». Volet 3 : implantation de la gestion de cas. Transformer le modèle actuel de gestion de cas au SAD, en élargissant sa portée à l'ensemble des intervenants, afin d'améliorer la coordination et la qualité des soins des personnes âgées à travers le réseau local de services.
C	Évaluation de l'incapacité du consentement aux soins et de l'ouverture d'un régime de protection	Opérationnel	Augmenter de 50% le taux de conformité aux critères de qualité fondée sur les données probantes : développement de 6 outils administratifs et d'aide à la décision, augmentation de 50% du taux de conformité des évaluations et réévaluations psychosociales, diminution de 10% du nombre de corrections des rapports d'évaluation et de réévaluation. Atteindre 100% de respect des délais de réévaluation: augmentation de 10% des évaluations et réévaluations psychosociales réalisées à l'intérieur du délai de deux mois, amélioration de 10% du respect des échéances des réévaluations psychosociales.
Q	Savoir-être des PAB en CHSLD	Opérationnel	Augmenter de 5% le taux de rétention des nouvelles embauches PAB (après 6 mois) dans les 2 CSSS visés.
A C	Lean Fin de soins aigus et RQSUCH	Opérationnel	% de déclaration de FDSA réalisée ; % de conformité (Cible ?); % de satisfaction des intervenants.
C Q	Organisation du travail des PAB en CHSLD (approche relationnelle)	Opérationnel	En lien avec le projet montréalais d'organisation du travail des PAB en CHSLD (69 CHSLD-POT) : améliorer l'attraction et la rétention et s'assurer de la contribution optimale des PAB en CHSLD. Particularités du projet PDS : formation Approche relationnelle de soins (ARS), réorganisation du travail à partir des préférences des résidents et révision des horaires et de la structure de postes.

Liste des projets 2014-2015			
Enjeux	Titre du projet	Type	Objectifs
C	Réorganisation clinique des soins à l'unité de psychiatrie	Opérationnel	Créer un milieu de soins favorisant le rétablissement des usagers hospitalisés, c'est-à-dire : environnement de soins chaleureux, conditions de travail améliorées pour le personnel et usagers satisfaits de leur préparation pour le retour dans la communauté.
C	ASSUR (idem Projet Organisation du travail TGC)	Opérationnel	Améliorer perception sécurité intervenants de 10% ; maintenir taux de roulement < à 9,06% ; évaluer 80% des usagers hospitalisés (préalablement) ; maintenir à 0 absence invalidité avec perte de temps suite à un accident du travail relié à un TGC.
Q	Projet d'organisation du travail lié à la réduction de la MOI et du TS (2A)(Forces en amont)	Opérationnel	Adapter la façon de livrer les soins et les services à la clientèle du 2A par la réorganisation du travail et le rehaussement des pratiques.
A C Q	Transformation de l'organisation des services dans les RNI	Opérationnel	Former une équipe d'intervenants dédiée aux usagers hébergés en RNI dans le but d'améliorer la cohésion, l'efficacité et l'efficience des services en fusionnant les secteurs d'activités RNI du CSSS PDS sous un seul chef et une seule direction, soit la DPJSMDDSP.

A : accessibilité

C : continuité

Q : qualité

PROJETS OPÉRATIONNELS POUR ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

Les projets opérationnels touchent l'amélioration continue des opérations vivement reliées aux pratiques organisationnelles requises (POR's) et aux normes de l'agrément.

- Approche relationnelle;
- Optimisation centre de jour et hôpital de jour;
- Optimisation de la préadmission et de l'admission;
- Désinstitutionnalisation déficience physique et déficience intellectuelle;
- Réorganisation RNI – RPA;
- Projet maltraitance;
- LEAN Équipement;
- Optimisation paie – ressources humaines;
- Réorganisation équipe technique;
- Audit qualité (RFII);
- Réorganisation psychiatrie;
- Sécurité des troubles graves du comportement (TGC);
- Trajectoires locales en déficience;
- Réorganisation 2A, équipe de consultation gériatrique et thérapeutique (ECGT);
- Réorganisation du laboratoire;
- Agrément/trauma 1;
- Optimisation (urgence, endoscopie, bloc opératoire et soins intensifs).

MESURES DE CULTURE

- Indicateurs pour le CSSS – basés sur l'entente de gestion et les rapports d'évaluation de l'AQESSS;
 - Accessibilité;
 - Qualité technique;
 - Continuité et coordination;
 - Amélioration de la santé de la population;
 - Productivité;
 - Humanisation des soins;
 - Optimisation des ressources.
- Indicateurs par direction et unité/service (chaque direction possède ses indicateurs).

OUTILS DE MESURE :

- Audit auprès du personnel sur les meilleures pratiques (qualité et sécurité des soins);
- Sondage de satisfaction auprès des usagers et de la population;
- Groupe de discussion/employés et usagers;
- Mise en place des groupes de qualité : Assurer la démarche d'amélioration continue;
- Arrivée du conseiller à la gestion de la performance;
- Diffusion de l'information par direction, unité/service.

CONCLUSION

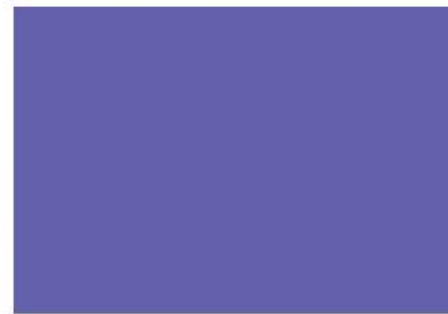
Depuis le tout début de son histoire, le CSSS Pierre-De Saurel a su s'enraciner dans la communauté en développant des partenariats solides pour offrir les meilleurs soins et services à la population. Au fil du temps, il a su s'adapter à l'évolution des pratiques et des besoins. Des préoccupations demeurent toutefois en matière de mise aux normes de l'établissement, des installations et des équipements, de la première ligne médicale, de la délimitation de notre territoire géographique (critères d'appartenance) et de notre capacité financière à mettre en place les nouvelles technologies.

Ce plan se veut donc réaliste et à notre portée. Il permet à l'organisation de se donner une vision de ce que nous avons à accomplir pour améliorer significativement les soins et les services offerts à notre clientèle ainsi que notre performance globale afin de créer une synergie pour maintenir un CSSS dynamique, qui va de l'avant.

Ce plan doit guider les actions que les équipes des différentes directions et l'équipe médicale devront prioriser. Au cours des prochaines années, nous effectuerons un suivi rigoureux de nos indicateurs de performance et de l'avancement de nos projets organisationnels et opérationnels. Un seul objectif : améliorer la qualité et la sécurité des soins et services offerts à notre population.

Outre les objectifs définis pour son réseau local de services (RLS), le CSSS Pierre-De Saurel s'engage à participer à la réalisation des priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ensemble nous célébrerons l'excellence!



DIRECTION GÉNÉRALE

MESSAGE DE LA DIRECTRICE

À chacun et chacune d'entre vous!

Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour vous exprimer ma reconnaissance pour votre implication et votre participation au travail accompli pour notre organisation.

Aujourd'hui, notre centre de santé jouit d'une réputation enviable et ce, tant en regard de notre offre de services qu'à l'expertise diversifiée qu'on y retrouve. Nous savons tous qu'une réputation se construit au quotidien, grâce à l'implication de toutes les personnes qui y œuvrent et donc, nous pouvons être fiers. De plus, malgré les inévitables mesures budgétaires nous avons, tous ensemble, réussi à garder le cap.

Au-delà des améliorations des installations du CISSS, la concertation des différents intervenants et l'amélioration des processus cliniques sont certes les plus importantes. Ainsi, c'est dans une vision d'interdisciplinarité et de partenariat que nous avons orienté nos travaux d'optimisation: l'unité d'urgence, le fonctionnement du bloc opératoire, les places d'hébergement, les guichets d'accès sont des lieux où l'établissement a poursuivi l'amélioration. Plus que jamais nous avons tissé des liens avec la communauté en reconnaissant les fondateurs de nos établissements

Pour l'année 2015-2016, nous continuerons à travailler sur d'autres projets majeurs qui ont pour objectif ultime des services de qualité à offrir à notre clientèle du CISSS de la Montérégie-Est.



Martine Bouchard
Directrice générale



DESCRIPTION DE LA DIRECTION

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

- Affaires juridiques;
- Communication, relations avec la communauté et éthique;
- Bureau de la performance, de la qualité des données, des technologies de l'information et du développement.

AFFAIRES JURIDIQUES

Le nombre grandissant de lois et de règlements en vigueur régissant les activités de l'établissement et l'imputabilité de la Direction générale et du conseil d'administration ont rendu incontournable l'association d'une professionnelle du droit au sein de l'organisation. Celle-ci agit comme *responsable de l'observation des règles contractuelles* (RORC), offrant un soutien à la préparation des appels d'offres, à l'adjudication et à la rédaction des contrats. Elle exerce aussi le rôle de responsable de l'accès à l'information pour le volet administratif.

Faits saillants 2014-2015

En plus de jouer quotidiennement un rôle-conseil auprès de la Direction générale et de cumuler les fonctions de directrice des ressources humaines depuis juillet 2014, les affaires juridiques se sont acquittées des dossiers suivants :

- **Conseils juridiques** pour l'ensemble des directeurs, gestionnaires et membres du personnel (en personne, par téléphone et par courriel);
- **Recours contre l'établissement** : règlement de quatre dossiers visant le personnel d'encadrement, dont un dossier transféré à l'assureur; deux dossiers négociés à l'interne et un seul référé à l'externe;
- **Appel d'offres, rédaction et négociation de contrats** : révision de tous les contrats signés par la directrice générale dans l'année en cours. À titre de *responsable de l'observation des règles contractuelles* (RORC), la légalité du processus d'octroi de contrats a été vérifiée;
- **Requêtes de garde en établissement et en autorisation de soins** : soutien à la Direction des services professionnels (DSP), aux médecins et aux gestionnaires du Service de psychiatrie;
- **Subpoena et subpoena duces tecum** : préparation des témoignages de médecins, de gestionnaires et d'autres professionnels et accompagnement à la Cour;
- **Relations de travail** - règlements de griefs :
 - Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) - entente réglant 340 griefs sur 389;
 - Confédération des syndicats nationaux (CSN) de la catégorie 3 - entente réglant 52 griefs sur 69;
 - Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) - entente en négociation, plus de 100 griefs.
 - Intervention dans le cadre de plaintes en harcèlement (3), toutes réglées lors de médiation.
- **Contentieux service de santé** : la presque totalité des dossiers inscrits au tribunal administratif de la Commission des lésions professionnelles (CLP) a été réglée hors Cour;

- **Accès à l'information, volet administratif** : plus de 30 demandes d'accès traitées;
- **Accès à l'information, volet médical** : trois plaintes à la Commission d'accès à l'information (CAI) réglées en médiation et aucun déboursé y afférent;
- **Politiques, procédures et directives de l'établissement** : élaboration d'un cadre de référence, aide à la rédaction et validation du contenu au point de vue juridique;
- **Comité de bioéthique** : coordination des travaux du comité de bioéthique à titre de membre juriste. Plusieurs cas éthiques et une activité d'importance, le dossier du *double emploi*.

Les résultats obtenus sont très concluants et ont permis une importante diminution des frais juridiques. Le règlement de ces nombreux dossiers et la prévention d'autres litiges démontrent, sans contredit, que les affaires juridiques au sein de l'organisation favorisent le développement de l'expertise et de la responsabilisation de l'ensemble du personnel œuvrant au CSSS Pierre-De Saurel.



M^{re} Céline Falardeau
Adjointe à la direction générale – Affaires juridiques

COMMUNICATION, RELATIONS AVEC LA COMMUNAUTÉ ET ÉTHIQUE

Devant l'émergence du rôle central des communications et des réseaux technologiques et sociaux, l'organisation ne peut plus s'illusionner sur la maîtrise de ses communications, elle doit faire avec ces nouvelles situations de négociation entre, d'une part des contextes organisationnels qu'elle peut chercher à créer et à contrôler, d'autre part des processus de communication à la fois interpersonnels et conditionnés par des environnements technologiques omniprésents.

Les principaux dossiers 2014-2015 :

Interne

- Mise en place du bureau de la performance, qualité des données technologie de l'information et développement ;
- Rencontre du comité des grands utilisateurs/communication du CSSS;
- Mise en place des rencontres Activités Mensuelles d'Informations et d'Échanges (AMIE) avec les gestionnaires;
- Rencontre du Comité actif de partenariat avec les représentants syndicaux;
- Ouverture de l'endoscopie et de la clinique MPOC;
- Ouverture de l'unité de psychiatrie;
- Participation aux projets organisationnels;
- Diffusion régulière d'information par le biais du journal interne et des fonds d'écran.

Externe

- Une série de Moments d'histoire (plaques commémoratives) pour souligner les fondateurs et plusieurs intervenants locaux;
 - Bâtisseurs Hôtel-Dieu – Dr Pierre Nantel – CLSC
- Gala du mérite économique;
- Campagne promotionnelle du comité des usagers;
- Vernissage collection pédiatrie;
- Harmonisation de nos sites web et mise en ligne du site web : *Réussir sa vie en santé : Guichet d'accès à un médecin de famille.*
- Participer les rencontres régionales, ressources humaines, communication et qualité, performance
- Relations avec les médias (plus de 50 demandes).



Daniel Vincent

Adjoint à la direction générale – Communication,
relations avec la communauté et éthique

BUREAU DE LA PERFORMANCE, DE LA QUALITÉ DES DONNÉES, DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DU DÉVELOPPEMENT

Technologies de l'information

Le soutien offert aux utilisateurs par le Bureau de la performance, de la qualité des données, des technologies de l'information et du développement est un défi quotidien à relever pour permettre au personnel de fournir des soins et services dans un milieu sécuritaire. Des projets d'optimisation des ressources actuelles sont en cours afin d'améliorer le service auprès des utilisateurs et de leur fournir des équipements optimaux visant à soutenir leur performance.

Les demandes de plus en plus grandissantes en termes de technologies de l'information nous obligent à être créatifs pour répondre aux besoins de tous, à des coûts des plus raisonnables. Par exemple, un nouveau système d'information en hémodialyse remplacera un système désuet en mode DOS.

L'implantation des clients légers et de la virtualisation, tout en maintenant les coûts les plus bas possible, seront des défis importants au cours des prochaines années. De plus, la fusion et le regroupement de certains secteurs des technologies de l'information s'avèreront un enjeu majeur.

Performance

Afin de contribuer à offrir les meilleurs soins et services de santé et de services sociaux à la population desservie, le Bureau de la performance, de la qualité des données, des technologies de l'information et du développement s'est engagé à offrir des services, des services-conseils et des outils aux gestionnaires dans une perspective d'évaluation continue de leurs activités et de leur performance.

La quête de l'excellence, dans laquelle nous nous sommes engagés en 2013, s'est poursuivie cette année par le biais de différentes activités :

- Volet qualité des données : poursuite du diagnostic et mise en place du processus de gestion de la qualité des données des principaux logiciels clinico-administratifs;
- Volet performance : accompagnement auprès des directeurs et des gestionnaires afin d'intégrer le suivi d'indicateurs de performance adaptés dans la pratique quotidienne pour soutenir la prise de décision;

- Volet projets organisationnels et opérationnels : aide à la formulation des objectifs, à l'identification des indicateurs de résultats, des cibles et des livrables, soutien à la structuration et au suivi des projets afin de contribuer au développement d'une culture de mesure des résultats;
- Volet technologies de l'information (intégré au bureau en janvier 2015) : engagement dans la poursuite de l'optimisation des ressources actuelles afin de maintenir un service et un soutien adaptés et performants aux utilisateurs, et ce, dans une perspective de qualité et de sécurité des soins et services;
- Volet développement organisationnel (intégré au bureau en janvier 2015) : soutien aux gestionnaires et aux employés par un programme de contribution à un profil de carrière, participation aux programmes régionaux de relève des cadres intermédiaires (une candidature retenue) et de formation des nouveaux cadres (quatre gestionnaires inscrits à la 13e cohorte – automne 2014). La révision des outils destinés aux gestionnaires a également été effectuée. Dans le cadre du projet d'organisation du travail en CHSLD Savoir-être des préposés aux bénéficiaires, six gestionnaires et 102 préposés ont reçu une formation sur la civilité en milieu de travail. Enfin, huit stagiaires provenant du programme Commis de support administratif dans le secteur de la santé ont été accueillis.

Défis et enjeux pour les prochaines années

La mission du Bureau de la performance, de la qualité des données, des technologies de l'information et du développement s'inscrit dans un processus itératif de soutien à l'utilisation optimale de nos ressources. Pour les prochaines années, nos défis seront :

- Encourager l'implantation dans toutes les directions d'une culture de mesure des résultats, notamment par l'intégration des analyses comparatives interétablissements;
- Adapter et favoriser l'appropriation des outils de collecte de données statistiques;
- Conseiller et encadrer la mise en œuvre des projets de changements afin d'assurer les meilleures pratiques de gestion;
- Regrouper certains secteurs auprès des technologies de l'information, et ce, dans une perspective d'optimisation des ressources;
- Implanter la virtualisation et les solutions clients légers;
- Évaluer la satisfaction et l'utilité perçue dans toutes nos activités.

MESSAGE DES CODIRECTEURS

Les ressources humaines sont aujourd'hui en profonde mutation, c'est ainsi qu'on l'on est passé d'une fonction administrative à une nouvelle fonction stratégique, et ce, au cœur des problématiques de l'organisation. Elle est devenue partenaire stratégique pour devenir enfin architecte stratégique dans la construction et la réalisation du projet de l'organisation.

Dans un esprit de partenariat mis de l'avant entre la direction générale et les syndicats, de nombreux griefs ont été réglés lors de séances intensives de négociation, un plan de gestion de la présence au travail a été conçu associant relations de travail, dotation, bureau de santé et développement organisationnel tout en soutenant les gestionnaires dans l'atteinte de leur objectif.

Cette année fut entre autres marquée par le départ de la directrice des ressources humaines et son intérim assuré par les adjoints de la direction générale, et ce, jusqu'à l'application de la loi 10.

Au CSSS Pierre-De Saurel, le personnel constitue l'élément essentiel sur lequel on compte pour offrir des services de qualité. Notre CSSS s'est avéré un milieu stimulant où plus de 1 600 employés sont engagés activement à améliorer la qualité des services de santé offerts. On doit remercier tout le personnel de la direction qui, malgré ces nombreux changements, ont fait vivre les valeurs organisationnelles : excellence, responsabilisation, expertise et ouverture.



Céline Falardeau



Daniel Vincent

ORGANIGRAMME 2014-2015

**Direction des ressources humaines et du
développement organisationnel**

Céline Falardeau

Codirecteur

Daniel Vincent

Codirecteur

Secrétariat

Service dotation, rémunération, avantages sociaux et formation	Service de santé et des relations de travail	Service des activités de remplacement
Christelle Pelbois Chef du service dotation, rémunération, avantages sociaux et formation, par intérim	Marie-Élaine Corriveau <i>(intérimaire)</i> Chef du service de santé et des relations de travail, affectation temporaire	Nancy Perreault Chef de la centrale des remplacements, par intérim

DESCRIPTION DE LA DIRECTION

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

- Nombre d'employés : 83
- Nombre de gestionnaires : 5

FAITS MARQUANTS 2014-2015

ADMINISTRATION DES RESSOURCES HUMAINES

- Réalisation de la fête de reconnaissance des 25 années de service;
- Restructuration de l'équipe de la direction des ressources humaines et révision de l'offre de services;
- Actualisation de l'offre de services de la DHRDO;
- Création, révision et mise en place de processus, politiques et procédures;
- Diverses démarches d'amélioration du climat de travail.

CENTRALE DE REMPLACEMENT

- Participation à la négociation locale;
- Participation à divers projets d'ententes patronales-syndicales;
- Révision de la structure de postes des équipes volantes (infirmières, infirmières auxiliaires);
- Centralisation de plusieurs titres d'emploi techniques et professionnels;
- Réalisation conjointe avec une équipe de travail sur le développement d'une orientation commune pour les préposés aux bénéficiaires;
- Implication à divers projets :
 - Implantation de la Loi 142;
 - Aménagement de temps de travail (horaire 12h);
 - Rehaussement de système informatique.
- Implication de diverses procédures et processus :
 - Processus de formation;
 - Processus des congés sans solde;
 - Procédure de la main d'oeuvre indépendante.

RELATIONS DE TRAVAIL

- Négociation d'entente de règlement de griefs avec certaines instances syndicales
 - APTS - 58 griefs
 - FIQ - 340 griefs
- Signature d'un total de 46 ententes avec nos partenaires syndicaux notamment :
 - 12 ententes (syndicat APTS);
 - 12 ententes (syndicat CSN 2);
 - 6 ententes (syndicat CSN 3);
 - 16 ententes (syndicat FIQ).

DOTATION, RÉMUNÉRATION, AVANTAGES SOCIAUX, FORMATION ET DÉVELOPPEMENT

Dotation interne, externe et rémunération

- Participation à 9 salons de recrutement;
- Traitement de 1 437 candidatures (curriculum vitae);
- Réalisation de 345 entrevues;
- Réalisation de 163 embauches (excluant les embauches d'étudiants);
- Affichage de 398 postes;
- Traitement de 364 nominations (certains postes peuvent avoir fait l'objet de plus d'une nomination à la suite d'un désistement);
- Entente de partenariat renouvelée avec la commission scolaire de Tracy pour le recrutement et la formation de personnel secteur hygiène et salubrité.

Formation et développement

- Plan de développement des ressources humaines (PDRH) s'adressant à tout le personnel :
 - 12 880 heures de formation sur différents thèmes dont le perfectionnement clinique et technique, l'agrément, les mesures d'urgence, les systèmes d'information et la bureautique.
 - Plusieurs rencontres en cours d'année pour l'élaboration et le suivi du PDRH.
- Programme de contribution à un profil de carrière pour les cadres et les employés :
 - 35 employés et cadres ont bénéficié de ce programme dans leur poursuite d'études universitaires.
- Programme régional de relève des cadres intermédiaires :
 - 1 candidature retenue au niveau régional.
- Programme régional de formation des nouveaux cadres :
 - 4 gestionnaires inscrits à la 13e cohorte pour l'automne 2014.
- Projet d'organisation du travail en CHSLD – Savoir-être des préposés aux bénéficiaires :
 - 102 préposés aux bénéficiaires et 6 cadres ont reçu la formation sur la civilité en milieu de travail.
- Accueil de huit stagiaires provenant du programme « commis de support administratif dans le secteur de la santé ».

Santé et sécurité du travail

- Poursuite du plan d'action visant à réduire la durée et les coûts reliés à l'absentéisme dans l'établissement;
- Poursuite de la collaboration avec une clinique d'évaluation et de réadaptation afin de permettre aux employés d'avoir accès à des services de physiothérapeute, d'ergothérapeute, etc., le tout, pour favoriser un retour au travail plus rapide;
- Sensibilisation du conseil d'administration, du comité de direction, du groupe de gestionnaires et des représentants syndicaux sur la gestion des absences excessives.

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET IMMOBILIÈRES (DRFI)

MESSAGE DU DIRECTEUR

La Direction des ressources financières et immobilières a débuté l'année en mettant en place un projet pilote de gazéification des déchets biomédicaux, en collaboration avec la firme Terragon. Ce projet pilote est une première au Canada dans l'élimination des déchets biomédicaux cytotoxiques et anatomiques et des médicaments.

D'une durée d'un an, ce projet pilote nous permettra d'évaluer la faisabilité du déploiement d'une telle technologie dans le réseau hospitalier québécois.

Beaucoup d'efforts et d'énergie ont été consacrés par l'ensemble des différentes équipes de travail de la Direction des ressources financières et immobilières pour livrer notre offre de service.

Dans ce contexte, je vous invite à lire les faits saillants 2014-2015 et à prendre connaissance des défis et des enjeux pour 2015-2016 ainsi que des projets à poursuivre au cours du prochain exercice au sein du nouvel établissement.

Enfin, je souhaite remercier les gestionnaires et l'ensemble du personnel de la DRFI pour leur dévouement, leur ardeur, leur constance, leur approche clientèle et leur engagement à fournir à nos clients des services de qualité.

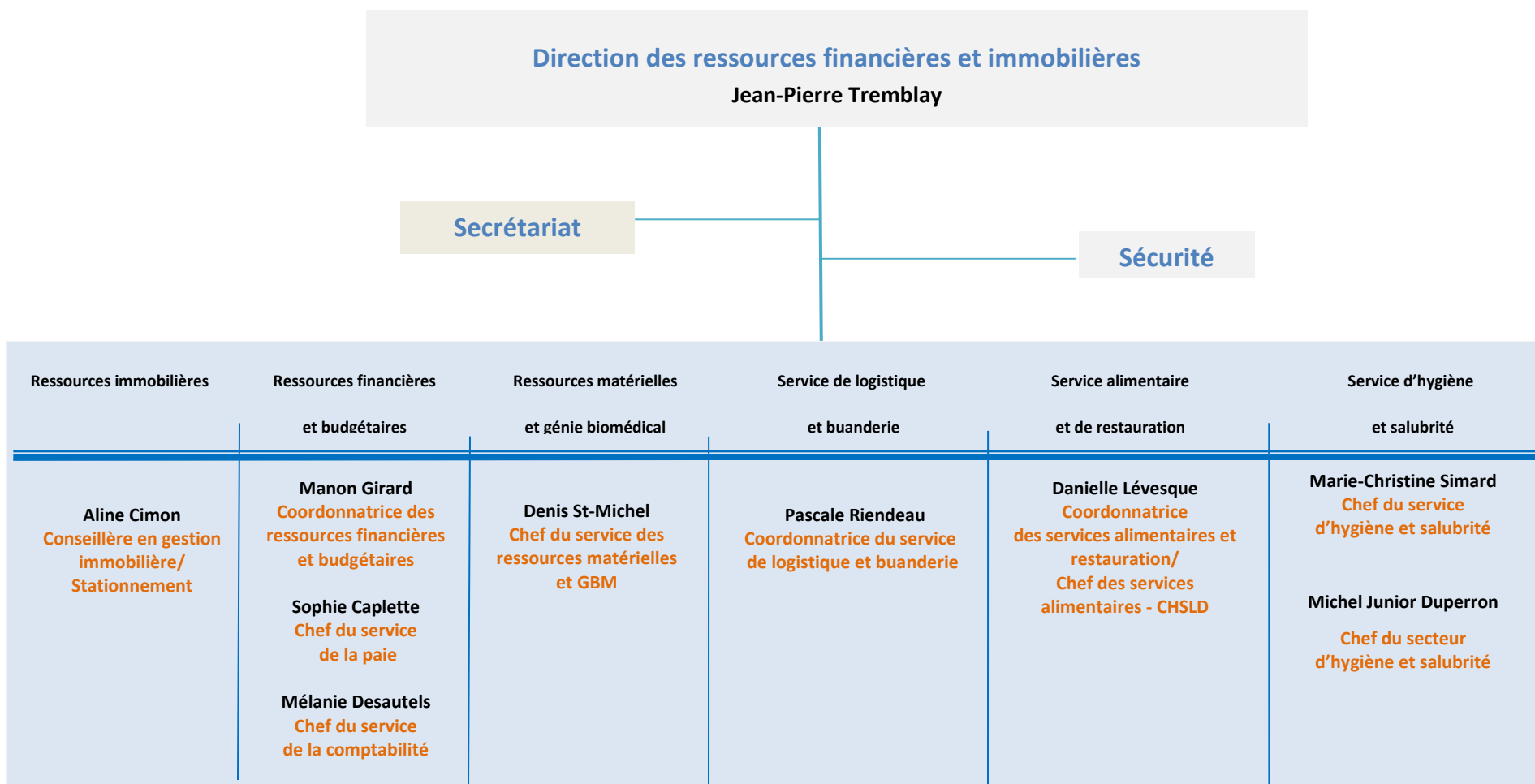
Merci beaucoup!



Jean-Pierre Tremblay



ORGANIGRAMME 2014-2015



DESCRIPTION DE LA DIRECTION

La Direction des ressources financières et immobilières (DRFI) s'assure de soutenir les directions cliniques afin d'offrir aux usagers du CSSS Pierre-De Saurel les services auxquels ils ont droit. Notre direction regroupe les services suivants : les ressources financières et budgétaires, les ressources immobilières, le service de la logistique et la buanderie, le service alimentaire et restauration, le service d'hygiène et salubrité, le service de la sécurité, la gestion du stationnement et le transport des usagers.

- Nombre d'employés : 177
- Nombre de gestionnaires : 10

FAITS SAILLANTS 2014-2015

RESSOURCES FINANCIÈRES ET BUDGÉTAIRES (PAIE – COMPTABILITÉ – BUDGET)

- **Optimisation de la paie/RH**
 - Migration du système de paie vers la version 2013.3.2;
 - Phase 1 du déploiement des talons de paie électroniques;
 - Comité paie/RH pour la mise à jour des processus en lien avec l'audit de Médiosolution et le projet de réorganisation de la paie;
 - Début de la phase 2 du déploiement des feuilles de temps électroniques pour l'ensemble des employés du CSSS.
- **Optimisation des revenus**
 - Volet augmentation des revenus ayant comme objectif 150 000 \$ pour la portion de 2014-2015 en termes de revenus autres responsabilités de paiement et suppléments de chambre. L'objectif a été atteint au 31 mars 2015;
 - Mise en place de deux comités : Formation responsabilités de paiement, audit et Renforcement du processus d'admission.
- **Nouveautés**
 - Rencontre périodique avec les gestionnaires intermédiaires pour transmettre de l'information financière;
 - Capsule de formation (GRF utilisation et consultation, budget, information financière et rapport de paie).
- **Amélioration continue**
 - Mise en place des transferts électroniques de fonds pour les comptes à payer. Actuellement, 80 % de nos paiements se font par transferts électroniques, ce qui réduit les frais postaux et les délais;
 - Relance des résidents en hébergement de longue durée pour qu'ils adhèrent à la méthode de paiement par débit pré-autorisé. Près de 65 % des clients existants et près de 95 % des nouveaux résidents ont choisi cette nouvelle méthode de paiement;
 - Renforcement de notre processus interne et amélioration de la procédure de perception de nos créances débitrices;
 - Modèle et suivi périodique des banques (analyse de l'impact financier périodique).

SERVICE DE LA LOGISTIQUE ET BUANDERIE

- Implantation d'un système d'approvisionnement au bloc opératoire;
- Implantation d'une nouvelle procédure pour les achats de papeterie dans l'ensemble du CSSS (économies réalisées à présent : 98 000 \$);
- Comité des fournitures médicales (économies d'environ 425 000 \$ de la période 6 à la période 12);
- Prise en charge du lavage de vêtements des résidents à l'interne (économies d'environ 25 000 \$/année). Cette décision favorise le travail à l'interne plutôt que l'octroi de contrats à l'externe;
- Rédaction de la procédure sur les rôles et les responsabilités du CSSS en tant que propriétaire et exploitant de ses véhicules lourds (Dossier CTQ);
- Réorganisation du travail au magasin du CLSC (préposé au magasin *versus* préposé aux équipements).

RESSOURCES MATÉRIELLES - GÉNIE BIOMÉDICAL ET RESSOURCES IMMOBILIÈRES

- Mise en activité du programme d'entretien préventif des équipements non médicaux du service des ressources matérielles;
- Création d'un rapport explicatif pour l'entretien des équipements médicaux et non médicaux;
- Projet de consolidation pour sécuriser les sorties d'urgence, les cages d'escaliers et les fenêtres dans toutes les installations des centres d'hébergement;
- Révision des procédures suivantes : panne d'ascenseur, test de génératrice et hémodialyse;
- Création de nouvelles procédures : cadenassage et entretien préventif des équipements non médicaux;
- Achat d'un deuxième véhicule pour améliorer l'offre de service dans toutes les installations du CSSS;
- Implantation du projet pilote de gazéification des déchets biomédicaux.

SERVICE D'HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

- Évaluation et planification des routes de travail du personnel en hygiène et salubrité afin de mieux répondre à la demande;
- Uniformisation et épuration de la liste des produits (PCI) et participation à la mise en place de nouveaux produits;
- Évaluation et planification de la mise en place d'audits de qualité;
- Évaluation des besoins en rideaux séparateurs à l'unité de soins 3D et à l'urgence afin de standardiser les longueurs.

SERVICE ALIMENTAIRE ET RESTAURATION

- Service de Popote roulante :
 - Célébration, en juillet 2014, des 20 ans de partenariat avec le Centre d'action bénévole du Bas-Richelieu Inc. Nous desservons le plus important service en Montérégie selon le Regroupement des popotes roulantes du Québec (Regroupement PRASAB);
 - Très belle progression du nombre de repas servis :
 - 2013-2014 = 37 554 repas, une moyenne de 152 repas/jour;
 - 2014-2015 = 42 776 repas (évaluation), une moyenne de 172 repas/jour.
 - Développement d'un service de repas à texture modifiée (tendre, molle, hachée et purée) disponible depuis l'automne 2014 (projet novateur);
- Programme de formation AEP hygiène et salubrité et alimentaire en milieu de soins (1re cohorte). Participation à l'élaboration du programme de cours (volet alimentaire), sélection des candidats et accueil des stagiaires (mars 2015);
- Révision des menus au centre hospitalier et dans les centres d'hébergement afin d'optimiser le coût des aliments sans compromettre la qualité des mets servis, et ce, tout en préservant un menu cyclique de trois semaines dans les deux missions.

DIRECTION DES PROGRAMMES JEUNESSES, SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE, DÉFICIENCE ET SANTÉ PUBLIQUE (DPJSMDDPS)

MESSAGE DE LA DIRECTRICE

L'arrivée en juin d'une nouvelle directrice des programmes jeunesse, santé mentale et dépendance, déficience et santé publique a permis de consolider bon nombre de projets mis de l'avant par l'ensemble des équipes et les nombreux collaborateurs, en plus d'accorder le feu vert à de nouvelles initiatives.

Nous ne pouvons passer sous silence la collaboration de l'ensemble des gestionnaires et de plusieurs membres du personnel de la direction dans divers projets organisationnels et opérationnels de l'établissement :

- Réaménagement d'une toute nouvelle unité de psychiatrie;
- Projet de psychiatre répondant dans la communauté;
- Projet ASSUR visant à mieux outiller les intervenants du suivi dans le milieu œuvrant auprès de personnes aux prises avec des troubles graves du comportement;
- Projet Destination Mieux-être sur les grands consommateurs;
- Comité local sur le développement durable;
- Table locale sur les maladies chroniques;
- Autres.

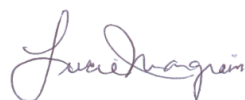
Mentionnons également le programme d'intervention en négligence *Je tisse des liens gagnants*, l'implantation du registre national de vaccination, la vaste opération d'immunisation contre l'influenza menée auprès de notre population et de notre personnel. Que dire aussi de la mobilisation de plus d'une trentaine d'entreprises et de près de 2 000 participants visant à faire d'eux des adeptes de saines habitudes de vie (SHV), en les incitant à venir courir ou marcher dans le cadre du Défi Santé! Cet événement a valu à notre établissement une nomination au Gala du mérite économique de la région de Pierre-De Saurel.

Plus de 60 ententes de collaboration ou de service avec les centres de la petite enfance (CPE), les écoles, les milieux associatifs et communautaires, les organismes municipaux, les centres de réadaptation et le centre jeunesse témoignent d'un réel partenariat avec notre réseau local de services (RLS), sans compter l'engagement de notre personnel envers l'ensemble de la population et ses personnes les plus vulnérables.

Je profite de ce moment de l'année pour adresser mes remerciements très sincères à tout le personnel de la direction, aux gestionnaires, aux médecins et médecins spécialistes, aux collègues du CSSS Pierre-De Saurel, à tous nos partenaires du réseau et de l'intersectoriel ainsi qu'à toutes les personnes que nous desservons, leur famille et leur entourage pour travailler avec nous à rehausser la barre de la qualité de nos services!

Déterminés à promouvoir l'excellence, nous sommes persuadés que tous les efforts consentis doivent contribuer à soutenir chaque personne pour préserver sa santé, se réadapter avec succès, améliorer sa qualité de vie et favoriser sa pleine participation sociale.

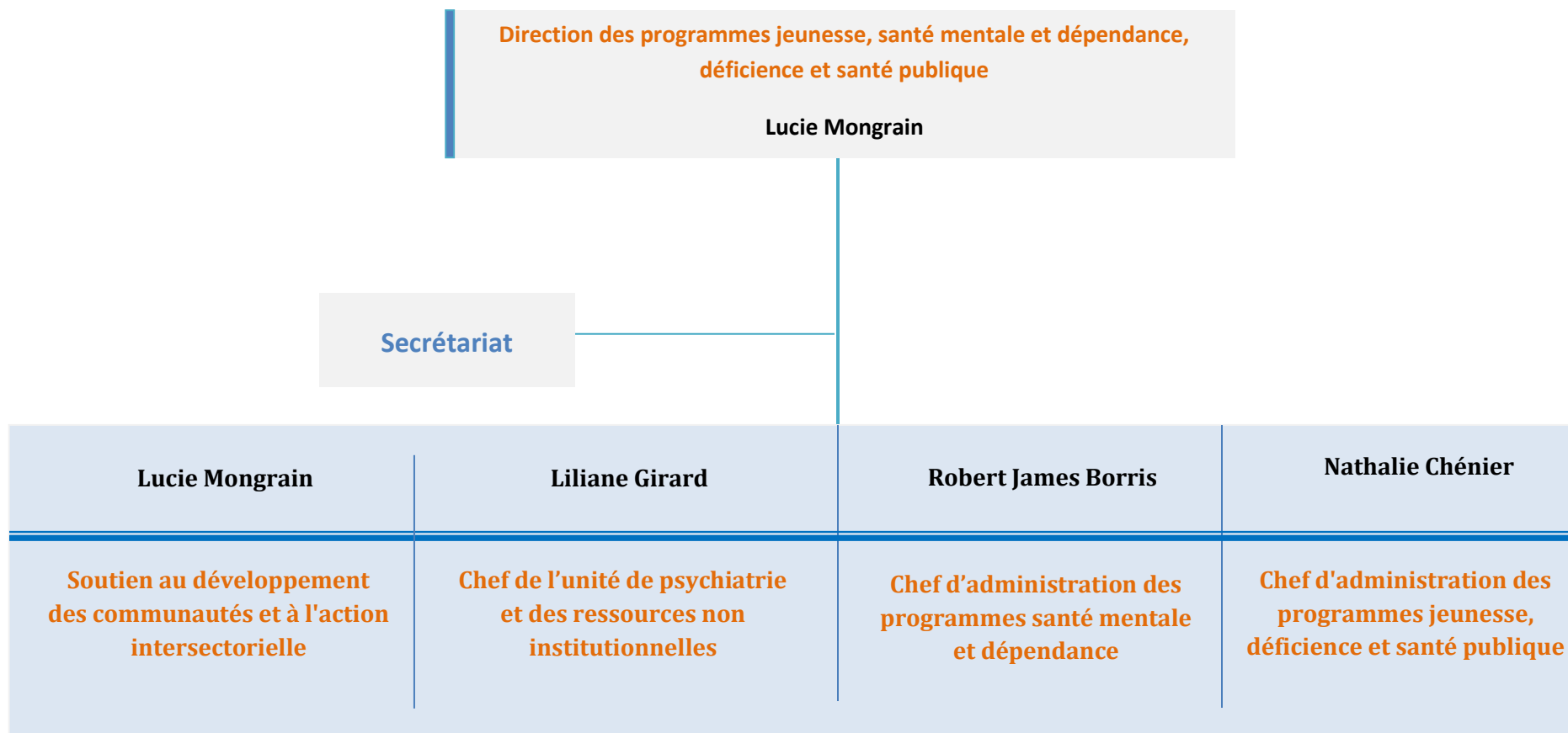
Le défi de la transformation de notre réseau qui s'amorce sera colossal. Nous sommes tous conviés à en faire un projet qui aura du sens pour ceux qui y œuvrent au quotidien et qui apportera une valeur ajoutée pour ceux et celles qui ont besoin d'y recourir.



Lucie Mongrain



ORGANIGRAMME 2014-2015



DESCRIPTION DE LA DIRECTION

La Direction des programmes jeunesse, santé mentale et dépendance, déficience et santé publique regroupe également des services psychosociaux généraux s'adressant à toute la population du territoire et des services spécifiques en santé mentale et en dépendance offerts à la clientèle adulte. La direction a poursuivi son intégration de la responsabilité des programmes de déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) 0-100 ans ainsi que celui de la déficience physique (DP) amorcée au cours de l'année précédente.

C'est aussi sous cette direction que l'on retrouve les organisateurs communautaires, une équipe dédiée au soutien au développement de la communauté et à l'action intersectorielle, dont les interventions ciblent principalement l'amélioration de la santé et des conditions de vie des personnes : pauvreté, exclusion et marginalisation, environnements physique et social, logement, travail, sécurité alimentaire, transport, éducation, habitudes de vie.

Dans tous ses programmes, la direction est soucieuse d'intégrer la dimension de la prévention et de la promotion de la santé en vue d'améliorer la santé et le mieux-être de la population en agissant en amont des problèmes ainsi que sur les déterminants de la santé (transversalité des programmes de santé publique).

QUELQUES CHIFFRES

	2013-2014	2014-2015
■ Nombre d'employés	108	107
■ Nombre de gestionnaires	4	4
■ Nombre d'heures travaillées	116 552	164 666
■ Budget	11 100 000 \$	11 396 299\$

FAITS SAILLANTS 2014-2015

SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE

Unité de psychiatrie

- Projet organisationnel en vue du transfert de l'unité au printemps 2015 dans un autre emplacement du CSSS, en collaboration avec toutes les directions de l'établissement, les syndicats, les psychiatres, l'équipe clinique, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) :
 - Mise en chantier du projet de construction et du plan de réaménagement;
 - Projet pilote d'optimisation :
 - Réajustement du budget de base de l'unité à la hausse, appuyé sur les écarts de coûts des six années antérieures permettant une optimisation au regard des heures travaillées ainsi qu'une diminution du recours à la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire ;
 - Réorganisation de l'horaire de travail, révision de la définition des rôles et des responsabilités de chacune des catégories de postes.
 - Résultats positifs après six mois d'expérimentation :
 - Affichage des nouveaux postes relatifs à cette réorganisation;
 - Stabilité de l'équipe de base permettant d'assurer une meilleure qualité des services et leur continuité;
 - Malgré une hausse du nombre d'utilisateurs en 2014-2015, la surveillance constante de certains usagers est maintenant assurée majoritairement par l'équipe de base, d'où une réduction de 75 % du recours à des services privés;
 - Application harmonieuse du plan de contingence de remplacement selon des paramètres adoptés en équipe.
 - Programme d'utilisation d'inhalateurs de nicotine assortis d'une offre de service personnalisée en cessation tabagique pour les fumeurs :
 - Limitation des sorties avec accompagnement un pour un, promotion des SHV, meilleure gestion des risques relatifs à la sécurité.
 - Suivi accru des longs séjours (plus de 45 jours) et meilleure planification de l'orientation des usagers à la sortie.

Équipes de suivi dans la communauté

- Projet ASSUR – Projet d’optimisation de l’organisation du travail dans les équipes de suivi dans la communauté - suivi intensif (SI) et suivi d’intensité variable (SIV) - dans une perspective d’amélioration de la sécurité des intervenants et de la qualité des services aux usagers aux prises avec des troubles graves de comportement :
 - Révision des pratiques et mise à jour des outils cliniques, dont l’évaluation du risque de dangerosité, création d’un guide de pratique sécuritaire, trousse personnalisée incluant des tablettes électroniques intégrant tous les outils pour les intervenants, suivi des événements indésirables.
- Formalisation du soutien clinique à l’équipe de SIV;
- Suivi du nombre attendu d’usagers dans la communauté :
 - SI : 40
 - SIV : 38

Développement d’une culture de sécurité en santé mentale

- Amorce d’une démarche concertée d’équipe à l’unité de psychiatrie;
- Démarche des équipes de suivi dans la communauté;
- Formation Équilibre en situation de TGC (troubles graves de comportement) :
 - Formation de deux formatrices locales et d’une cinquantaine de personnes, d’intervenants et de personnel de bureau.

Ressources non institutionnelles (RNI)

- Taux d’occupation de près de 100 % des places en RNI (56 places);
- Mise en place des comités locaux de concertation et de formation;
- Formations sur le cadre de référence des RNI et sur l’instrument de détermination des services;
- Collaboration aux premiers jalons d’une réflexion (phase exploratoire) visant l’optimisation et le regroupement des ressources non institutionnelles (RNI) en santé mentale et en soutien à l’autonomie des personnes âgées (SAPA).

Services psychosociaux généraux

- Maintien de la forte affluence de la clientèle aux ateliers de promotion-prévention en santé mentale : 320 participants;
- Accueil actif de stagiaires;
- Création de nouveaux outils cliniques pour faciliter l’accès aux services et la collaboration avec les partenaires;

- Plus grande sollicitation du programme Crise ado famille enfance (CAFE) : cible atteinte de 25 jeunes;
- Implication active dans différentes situations de crise/tragédie dans la communauté : 14 événements;
- Efficacité de l’accueil psychosocial mobile à l’urgence : plus de 400 personnes évaluées;
- Collaboration active à différents projets cliniques : réinsertion sociale, passerelle en dépendance, concertation clinique sur les troubles concomitants.

Santé mentale première ligne

- Mise à jour du cadre de référence du service;
- Mise à jour de l’offre de service en lien avec l’intervention de groupe;
- Augmentation du nombre de clients rejoints : près de 700 personnes, dépassement de la cible de 10 %;
- Mise en place d’un nouveau service de groupe s’adressant à la clientèle avec des problèmes d’anxiété;
- Participation active aux travaux régionaux pour l’implantation du nouveau cadre de partage en santé mentale.

Clinique externe de psychiatrie

- Révision des pratiques cliniques;
- Consolidation de l’offre de service en psychoéducation;
- Déploiement d’une offre de service de soutien de la part d’un psychiatre répondant auprès de médecins dans la communauté;
- Mise en place de nouveaux outils cliniques, notamment pour l’évaluation des besoins de la clientèle en contexte d’urgence;
- Amélioration des mesures de sécurité pour le personnel et la clientèle.

Santé mentale jeunesse

- Bonification de l’offre de service (ajout d’un service en psychoéducation et en ergothérapie);
- Révision des mécanismes de communication et de suivi des jeunes hospitalisés en pédiatrie;
- Mise en place de nouveaux outils cliniques;
- Mise à jour de la trajectoire, de l’offre de service et des modalités d’accès aux services;
- Mise en place d’un projet de formation sur l’intervention à court terme chez les enfants avec un syndrome Gilles-de-la-Tourette.

Réseau intégré en santé mentale

- Évaluation et consolidation de plusieurs projets cliniques : Passerelle en dépendance, réinsertion sociale en dépendance, lits de crise dans la communauté;
- Six activités de formation réseau;
- Réalisation de plusieurs activités préventives sur le territoire en lien avec différentes problématiques : détresse chez les hommes, prévention du suicide, violence conjugale;
- Mise en place d'un comité sur l'employabilité des personnes avec une problématique en santé mentale.

Autres projets en santé mentale

- Collaboration avec la Fondation de l'Hôtel-Dieu de Sorel, la Fondation Les Impatients en vue d'un projet d'art thérapie dans la communauté pour la clientèle recevant des services en santé mentale;
- Projet d'accommodement en vue de l'intégration d'un chien d'assistance Mira pour favoriser le développement des compétences et l'intégration sociale de l'enfant d'un membre du personnel.

SANTÉ PUBLIQUE

Prévention et promotion de la santé et des saines habitudes de vie

- Membre du réseau québécois d'établissements promoteurs de santé, le CSSS Pierre-De Saurel a assuré le leadership du comité régional des établissements promoteurs de santé en Montérégie;
- Défi Santé :
 - Association du réseau local de services – Pierre-De Saurel à trois événements locaux de la région, misant sur la participation des entreprises du milieu pour faire la promotion des saines habitudes de vie en milieu de travail toute l'année durant :
 - Activité de course et de marche en juillet dans le cadre du Festival de la Gibelotte – plus de 1700 participants en provenance d'une trentaine d'entreprises de la région;
 - Participation et soutien à la course de la Fondation de l'Hôtel-Dieu de Sorel, en septembre, et au Triathlon des neiges, en janvier;
 - Relance du comité et engagement du réseau local de services Pierre-De Saurel pour une sixième année consécutive avec de nouveaux collaborateurs du milieu, malgré le départ des membres du comité des partenaires.

- Événement Une soupe dans le parc – journée annuelle de l'alimentation;
- Création d'un outil pratique pour l'épicerie à l'intention de parents d'enfants âgés de 0 à 4 ans – collaboration avec Québec en forme;
- Ateliers de cuisine au Carrefour jeunesse emploi;
- Évaluation de la conformité de la politique alimentaire
- Commission scolaire Sorel-Tracy – soutien-conseil pour l'application dans les écoles du territoire.

Approche École en santé

- Collaboration avec les enseignants du secondaire pour l'éducation à la nutrition dans une douzaine de classes de la concentration sports-études;
- Collaboration avec le premier cycle du primaire sur la gestion de l'anxiété;
- Préparation de l'entrée des enfants à la maternelle;
- Prévention en santé mentale auprès des élèves du premier cycle du secondaire.

Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEP)

- Intensification des interventions : écoles, Centre de détention de Sorel, La Margelle, Centre de surveillance communautaire, Atelier Recyclo-centre, Centre de réadaptation en dépendance Le Virage, clinique jeunesse du cégep;
- Augmentation du nombre d'enquêtes épidémiologiques (40 %) – interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et par le sang et auprès de leurs partenaires (IPAP).

Immunisation universelle et scolaire

- Maintien de la couverture vaccinale pour la rougeole (plus de 97 %);
- Augmentation de la couverture vaccinale en général, notamment par la vaccination en clinique de maternelle et par la vaccination des élèves de secondaire III;
- Augmentation notable du nombre de références des médecins ou des cliniques spécialisées pour vacciner des gens avec des maladies chroniques (de 2 à 3 nouveaux usagers par semaine);
- Mise sur pied d'une collaboration entre la clinique de protection rénale, l'hémodialyse et la clinique de vaccination du CSSS afin d'assurer une meilleure couverture vaccinale à cette clientèle;

- Instauration d'une procédure concernant les tests de tuberculose ou tests cutanés à la tuberculine (TCT) afin de s'assurer de la qualité de l'acte vaccinal et du suivi;
- Implantation du Registre national de vaccination.

Services dentaires préventifs en milieu scolaire

- Nouvelle modalité de pratique mise en place : les deux hygiénistes de l'équipe jeunesse sont maintenant formées et procèdent désormais à l'identification des faces dentaires à sceller en milieu scolaire;
- Mise en place d'un projet pilote visant l'application de scellants sur les deuxième molaires permanentes chez des élèves de secondaire II. Plus de 120 élèves âgés de 13 et 14 ans, une première en Montérégie!

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

- Consolidation de la philosophie de prévention et de promotion pour le programme SIPPE;
- Nombre de clientes vulnérables enceintes jointes par le programme : 32 femmes suivies sur une possibilité de 46, soit 69,57 %.

Cessation tabagique

- En appui aux recommandations de la Direction de la santé publique, rédaction d'une directive au regard de l'interdiction de la cigarette électronique au CSSS Pierre-De Saurel;
- Préparation d'une offre de groupe sur la cessation tabagique;
- Ajout d'un groupe de maintien en postcessation tabagique;
- 23 accompagnements individuels et cinq rencontres de postintervention;
- Soutien-conseil pour la mise en place d'inhalateurs à l'unité de psychiatrie pour les usagers ayant développé une dépendance à la nicotine, assorti d'un suivi personnalisé en cessation tabagique.

JEUNESSE

- Mise sur pied de rencontres de groupes de parents sur diverses préoccupations ou problématiques touchant des enfants de 6 à 12 ans (routine, discipline, autres);
- Plan de services individualisé (PSI) régulier pour la clientèle jeunes en difficulté (JED), DI-TSA et DP :
 - 169 PSI réalisés et révision pour 109 usagers et leur famille;
 - Augmentation de 35 % par rapport à l'année dernière alors que le CSSS Pierre-De Saurel était le plus performant en Montérégie;
 - Formation de deux nouvelles animatrices de PSI jeunesse.

- Bilan positif de la dernière année de financement du projet Rabaska auprès de neuf jeunes âgés de 5 à 14 ans présentant des problèmes de comportement et leur famille :
 - Services intensifs en milieu scolaire et à la maison sur une période de six à douze mois;
 - Groupe de soutien des compétences parentales;
 - Partenariat avec des organismes communautaires et autres instances dans la communauté.
- Renouvellement de l'entente de partenariat CJ-CSSS, comme prévu dans les orientations ministérielles;
- Consolidation de l'implantation du programme d'intervention en négligence *Je tisse des liens gagnants* (JTLG) avec le CSSS Pierre-De Saurel, le Centre jeunesse de la Montérégie et le Carrefour naissance-famille, et mise en œuvre de ce programme sur le territoire :
 - Intensification du partenariat avec des organismes de la communauté : Porte du Passant, Carrefour jeunesse-emploi, Centre d'action bénévole, Groupe d'entraide Sorel-Tracy, centre d'équitation thérapeutique, autres.
- Partenariat avec l'organisme *Avenir d'enfants* (de 0 à 5 ans) afin de préparer une entrée réussie à la maternelle.

Clinique jeunesse

- Réflexion sur l'offre de service;
- Intégration d'un nouveau médecin répondant;
- Réaménagement de l'offre de service pour l'infirmière à la clinique du cégep;
- Mesures permettant plus d'autonomie aux infirmières pour offrir un service plus rapide à la clientèle :
 - Nouvelles ordonnances collectives permettant d'amorcer la contraception hormonale, la contraception orale d'urgence, le traitement de la chlamydia et de la gonorrhée;
 - Règle de soin pour le dépistage des ITSS par les infirmières.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DÉFICIENCE PHYSIQUE

Clinique d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme (CETSA)

- Consolidation de l'équipe de la CETSA;
- Quatre cohortes : 26 enfants.

Déficiences intellectuelle et TSA

- Partenariat avec l'Association de la déficience intellectuelle – région de Sorel-Tracy (ADIRS) :
 - Activités du samedi offertes aux enfants de 6 à 13 ans avec un TSA, ayant pour objectif de favoriser la socialisation des enfants tout en offrant un répit aux parents;
 - Partenariat renouvelé avec l'ADIRS pour les activités de jour des personnes âgées de 21 ans et plus;
 - Réflexion sur une offre de service pour 20 adultes présentant une DI et en attente pour des activités de jour.
- Nouvelle priorité de la Table locale DI-TSA 0-100 ans : les adolescents présentant un TSA (taux de prévalence le plus élevé au Québec);
- Meilleur arrimage avec le CRDITED au regard des services de première ligne et des services spécialisés;
- Utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) pour la clientèle DI-TSA et DP de plus de 18 ans (près de 60 dossiers) dans le cadre du programme de soutien à l'autonomie des personnes adultes du MSSS.

Déficiences physiques

- Collaboration à la Table des personnes handicapées avec les centres de réadaptation (CMR, INLB et CRDITED) :
 - Intégration des enfants ayant une DP dans les activités d'été, propositions d'amélioration aux intersections dangereuses de certaines rues, recommandations dans le cadre des rénovations du centre culturel, etc.

SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE ET À L'ACTION INTERSECTORIELLE

Développement local, développement des communautés et actions transversales sur les déterminants de la santé

- Plus d'une douzaine d'instances participatives;

- Soutien aux représentants du milieu communautaire pour le projet de construction de 14 nouvelles unités locatives en santé mentale pour l'Héberge du Grand Héron, qui vient d'être adopté par la Municipalité de Sorel-Tracy et les partenaires du milieu;
- Société immobilière Habitat Pierre-De Saurel : en collaboration avec les partenaires du milieu, appui au développement d'une société dont la mission est d'acquiescer, de rénover ou de construire des logements avec l'objectif d'offrir des logements abordables et de qualité à des ménages à faible et moyen revenus, en plus de participer à la revitalisation socioéconomique du territoire.

Soutien aux organismes du milieu

- Près d'une dizaine d'organismes ont profité du soutien de l'équipe.

Contribution aux programmes de santé publique et aux programmes-clientèles du RLS

- Déploiement de 30 sentinelles en prévention du suicide dans les milieux scolaires et communautaires;
- Travaux sur la révision d'un projet d'entente de collaboration intersectorielle dans les situations d'insalubrité morbide avec le RLS et la municipalité régionale de comté (MRC) de Pierre-De Saurel;
- Participation au projet *Évaluation des effets de la pratique de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) en Montérégie sur la revitalisation du Vieux-Sorel*;
- Consolidation et soutien à la Table de développement social mise sur pied en 2013 dont le mandat concerne principalement les projets du Plan d'action régional en solidarité et inclusion sociale (PARSIS);
- Projet PARSIS : sensibilisation et mobilisation autour de projets en sécurité alimentaire dans les milieux ruraux, dont des ateliers de cuisine, des jardins collectifs, une popote roulante rurale, un marché public rotatif, etc.
- Contribution à une démarche Municipalité amie des aînés (MADA) dans la MRC de Pierre-De Saurel afin de briser l'isolement des personnes âgées.

AUTRE CONTRIBUTION DE LA DIRECTION

- Soutien administratif et cléral de façon supplétive à la clinique de soins infirmiers et au centre d'enseignement du diabète depuis près de sept ans, notamment, la gestion des rendez-vous et des cours de groupes, la saisie de données et le secrétariat.

DIRECTION DES PROGRAMMES SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (DPSAPA)

MESSAGE DE LA DIRECTRICE

L'année 2014-2015 est une année dont tous se souviendront. C'est une année charnière qui marque la fin des CSSS tels que nous les connaissons depuis 10 ans. La DPSAPA peut être fière des résultats obtenus cette année et lègue au futur CISSS un excellent bilan.

2014-2015 est une année de continuation des projets mis en œuvre l'an dernier. Les résultats ont été au rendez-vous et ont contribué, sur de nombreux plans, au bilan positif de l'établissement. C'est avec une belle cohérence et beaucoup d'enthousiasme que les équipes poursuivent les projets mobilisateurs, en collaboration avec les autres directions.

En effet, on peut dire que 2014-2015 a été une année sous le signe de la collaboration interdirection, et en voici quelques exemples :

- Avec la DSIDSM et la DSP, nous travaillons sur un projet de révision des médicaments des résidents hébergés;
- Avec la DSP, nous avons mené à bien le projet du virage des demandes d'hébergement faites à l'Hôtel-Dieu-de-Sorel vers la communauté;
- Avec la DSIDSM, nous travaillons sur l'implantation de l'interdisciplinarité dans les rencontres de plan d'intervention des équipes de l'hébergement et du soutien à domicile;
- Avec la DPSP, nous avons travaillé conjointement le projet *LEGG ergo à l'urgence*;
- Avec la DPJSMDDSP, nous avons entrepris un projet organisationnel de réorganisation des services en RNI;
- Avec la DSP et la DPSP, nous avons fait des projets LEAN ayant une portée CSSS et cela a permis à trois de nos gestionnaires (un par direction) d'être diplômés - ceinture verte - en LEAN management.

Cette ouverture et cette collaboration incarnent les valeurs de notre CSSS et nous ont permis d'atteindre des résultats enrichis de l'expérience de tous.

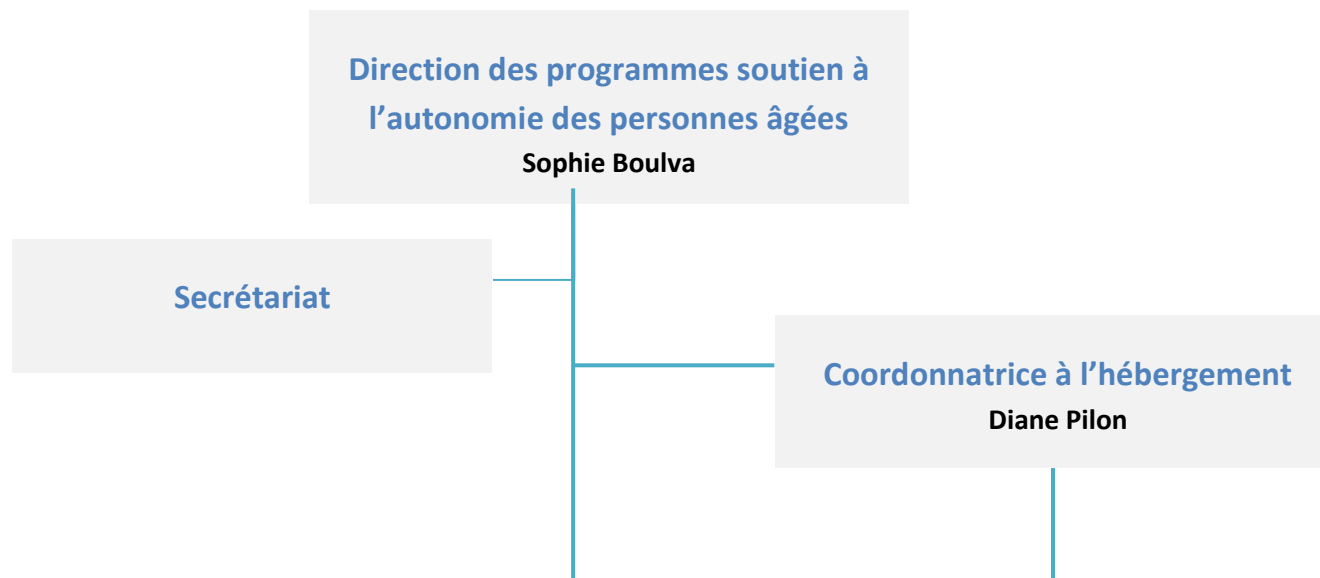
Un vent nouveau se lève sur le réseau de la santé et des services sociaux avec la réorganisation qui débute. Les employés de la DPSAPA ont démontré leur capacité à se mobiliser pour des objectifs communs et à mener des projets vers le succès avec brio. Ils sont résolument prêts à contribuer, pleins d'énergie et débordants d'idées novatrices, à l'avenir.

Nous resterons centrés sur les besoins de la population, comme nous l'avons toujours été. Continuons à bâtir un avenir prometteur pour les soins de santé et les services sociaux des gens de la région!

Sophie Boulva



ORGANIGRAMME 2014-2015



Soutien dans la communauté				Hébergement			
Anny Savary	Mélanie Rousseau (Marie-Claude Pothier-Corbeil)	Nadia Lambert	Marie-Claude Beaudoin	Martin Roy	Line Bigras	Hélène Côté	Lise Lavigne
Chef d'administration de programmes	Chef d'administration de programmes	Gestionnaire de projets, chef d'administration de programmes	Chef d'administration de programmes	Chef d'unité CHJAP/CHT	Chef d'unité CHÉL	Chef d'unité CHÉL	Chef des activités de vie et conseillère en milieu de vie

DESCRIPTION DE LA DIRECTION

La Direction des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) est composée de deux volets : le soutien dans la communauté et l'hébergement. Le premier regroupe les services de soutien à domicile, le centre de jour, l'hôpital de jour et les ressources intermédiaires.

- Nombre d'employés : 365 postes
- Nombre de gestionnaires : 10 postes et deux chargés de projet
- Nombre d'heures travaillées : 501 519
- Budget : 26 924 295 \$

La Direction des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées comprend les secteurs suivants :

- Centres d'hébergement : 3 sites
 - Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance : 140 lits réguliers + 7 lits prothétiques + 2 lits de répit + 5 lits de surcapacité;
 - Centre d'hébergement J.-Arsène Parenteau : 60 lits réguliers;
 - Centre d'hébergement de Tracy : 28 lits réguliers + 5 lits de soins palliatifs.
- Ressources intermédiaires (RI) : 101 places sur 9 sites
 - RI Victor : 9 lits perte d'autonomie physique;
 - RI Jardins de Ramesay : 18 lits déficits cognitifs;
 - RI Les 3 tourterelles : 9 lits perte d'autonomie physique;
 - RI Les appartements du Vieux-Sorel : 4 lits perte d'autonomie physique;
 - RI Le Faubourg : 9 lits perte d'autonomie physique;
 - RI Villa Germaine-Dupré : 18 lits déficience physique;
 - RI Villa St-Laurent : 9 lits perte d'autonomie physique;
 - RI Le Marquis : 25 lits perte d'autonomie physique;
 - RI St-Germain : 1 lit perte d'autonomie physique.
- Ressources de type familial : 21 places sur 3 sites;
- Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle : 11 places;
- Centre de jour et hôpital de jour;
- CLSC : équipe de soutien à domicile (SAD) et service de prêt d'équipement;
- Hôtel-Dieu de Sorel : service social SAPA.

FAITS SAILLANTS 2014-2015

SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

- Projet LEAN *Optimiser le processus de relance téléphonique des personnes âgées de 75 ans et plus ayant consulté à l'urgence afin d'améliorer l'accessibilité aux services de la communauté* terminé. Le guichet d'accès SAPA (accueil psychosocial - AEO) a réalisé 218 relances de clients vus à l'urgence. Il a reçu 4669 demandes de service contre 3892 en 2013-2014, soit une augmentation de 19 %;
- Implantation d'une équipe d'évaluation CLSC-SAD : 3,2 ETC — 400 évaluations faites cette année – délai moyen en amélioration, passant de 25 jours à 13 jours d'attente, pour une cible de 7 jours;
- Innovation en hiérarchisation des tâches en ergothérapie : repositionnement d'un poste d'auxiliaire en santé et services sociaux (ASSS) en préposé en physiothérapie ou ergothérapie;
- Présentation des résultats au Colloque LEGG du projet *Innover tout au long de la trajectoire de soins des personnes âgées (PA) vulnérables en vue d'améliorer la prise en charge clinique*;
 - Réduction de 6,9 % des hospitalisations à la suite du congé de l'urgence;
 - Diminution de 10 % des retours à l'urgence et de 6 % du taux de réhospitalisation dans les six mois suivant la visite à l'urgence.
- Investissement dans l'aide à domicile permettant de donner les services requis aux usagers, aucune attente de répit ou d'aide à domicile;
- Intégration des plans d'intervention interdisciplinaires (PII) au comité d'allocation des ressources SAD;
- Projet de réseau de soins intégrés aux personnes âgées (RSIPA) : déploiement de la gestion de cas interdisciplinaire; déploiement du plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS) (cible atteinte);
- Projet innovant *Virage dans la communauté des demandes d'hébergement faites à l'hôpital* en stade de pérennisation – résultats dans le tableau à la page 48;
- Projet innovant *Partenariat avec les résidences privées pour aînés* en phase de conceptualisation et de préparation;
- Réflexion stratégique en vue de l'élaboration d'un cadre de référence en *Vieillesse* : phase de conception;

- Déploiement de plusieurs actions pour optimiser le temps direct passé auprès des usagers :
 - Augmentation de services en aide à domicile, inhalothérapie, nutrition, soins infirmiers à domicile (SID);
 - Revue de charge de cas dans toutes les disciplines;
 - Maximiser les ententes de partenariats avec les organismes de la communauté;
- Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) : respect des balises ministérielles et rehaussement du taux d'occupation (88,9 % à 92,9 %).

HÉBERGEMENT

- Formation *Agir pour entourer* : 95 préposés aux bénéficiaires (PAB) formés;
- Suivi et intégration des ateliers *Agir pour collaborer* et *Agir pour maintenir et améliorer l'autonomie* : 95 PAB formés;
- Projet 69 (projet d'organisation du travail en CHSLD) *Organisation du travail des PAB en hébergement*, incluant la formation *Approche relationnelle de soins ARS* : quatre PAB formateurs et 98 PAB, sept ASI et sept infirmières auxiliaires de formées;
- Projet *Savoir-être PAB* incluant la formation *Civilité en milieu de travail* : 99 PAB formés;
- Projets en cours à la suite des plans d'amélioration des visites ministérielles dans nos centres d'hébergement :
 - Programmation des activités de loisirs 7 jours/7;
 - Audits sur l'activité alimentation;
 - Collaboration avec les comités des résidents pour la réalisation et la diffusion du fascicule portant sur les droits des résidents;
 - Procédure d'admission;
 - Procédure de gestion des équipes interdisciplinaires;
 - Programme local d'accompagnement de fin de vie;
- Mise à jour de tous les outils d'évaluation multiclientèle (OEMC) par les assistantes au supérieur immédiat (ASI) avec révision annuelle en hébergement;
- Fin de contrat avec une RNI et trois appels d'offres en cours pour 24 places;

- Clinique de fauteuils roulants avec le Centre montréalais de réadaptation (CMR) (hébergement et communauté), amélioration significative des délais de livraison des appareils et réduction des listes d'attente à zéro;
- Hiérarchisation des tâches en ergothérapie et en physiothérapie : projet pilote ayant mené au développement d'un poste de préposé en physiothérapie ou ergothérapie.

Mécanisme d'accès à l'hébergement :

- Aucune liste d'attente en CHSLD;
- Aucune liste d'attente en RI physique;
- Aucun lit de courte durée occupé par des usagers en attente de CHSLD ou d'une RI depuis plusieurs mois.

LES DÉFIS POUR LES PROCHAINES ANNÉES

Les défis et enjeux – volet soutien dans la communauté

- Poursuite de l'optimisation au service de prêt d'équipement;
- Poursuite de l'amélioration et consolidation de la coordination clinique tout au long de la trajectoire personne âgée;
- Consolider la gestion de cas interdisciplinaire;
- Améliorer les délais de prise en charge de l'équipe d'évaluation et dans les services spécialisés;
- Consolidation du plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS);
- Implantation de l'outil de mesure *SMAF social* et du *Tableau d'aide individualisé*.

Les défis et enjeux – volet hébergement

- Poursuivre la réorganisation du travail des PAB en hébergement;
- Mettre en place les procédures d'admission, de gestion des équipes interdisciplinaires et d'accompagnement en fin de vie;
- Assurer la continuité des plans d'amélioration dans nos centres d'hébergement à la suite des visites ministérielles.
- Assurer le suivi lors des rénovations majeures : place publique du Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance (CHÉL) et salles de bain du Centre d'hébergement de Tracy (CHT);
- Maximiser l'apport professionnel ergo-TRP et l'interdisciplinarité en hébergement.

QUELQUES RÉSULTATS

INDICATEURS	2013-2014	2014-2015	COMMENTAIRES
Optimisation SAD	113 994 heures Cible atteinte	115 070 heures Cible atteinte	Cible 114 815 heures Fin du projet MSSS
Achats de places Dépenses en \$	97 761 \$ 2012-2013 : 555 863 \$	14 875 \$ Fermeture complète des AP au 31 mars 2015	Économie CSSS de plus de 500 000 \$ en 2 ans, dont 129 000 \$ réinvestis en services achetés SAD
Nb de lits de courte durée occupés par des Types 3*	1111 jours/présence	225 jours/présence	Réduction de 89 % de jours/présence Les 225 jours sont en majorité des usagers en santé mentale donc résultats SAPA à presque zéro
% de demandes d'hébergement faites à l'hôpital	38 % 50 % en 2012-2013	28 %	P1 à P4 à 47 %, car avant le lancement du projet Cible 2015-2016 : < 20 %
Nb d'usagers en attente de services professionnels SAD	445 usagers	330 usagers	Réduction de 25 % des listes d'attente SAD Réduction des listes d'attente : • 64 % en service social • 35 % en ergothérapie • 50 % en nutrition
Nb d'actes délégués des infirmières SAD vers les auxiliaires	0 actes délégués	69 actes délégués	Formation actes délégués faite en 2013

* Personnes en attente d'hébergement CHSLD ou RI ou santé mentale

DIRECTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ PHYSIQUE (DPSP)

MESSAGE DE LA DIRECTRICE

L'année 2014-2015 nous a permis de récolter les fruits de plusieurs années de travail de la part de nos équipes quant à la qualité des soins et services et la saine gestion des services de santé.

Les faits marquants présentés plus bas témoignent des transformations qui nous projettent constamment vers l'excellence de nos soins et services. Les résultats obtenus nous permettent d'entrevoir l'avenir avec confiance et d'être proactifs dans la prochaine transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

Guidés par nos orientations et par nos valeurs organisationnelles, nous avons redoublé d'efforts pour répondre aux objectifs ciblés. Une analyse de nos réalisations nous permet d'ailleurs d'affirmer que nous avons atteint un haut niveau de réalisation.

L'amélioration de l'accès aux services et la continuité des soins ont été au cœur de nos actions. Notre préoccupation à offrir des services ambulatoires chaque fois que cela était possible nous a permis d'éviter des hospitalisations et de développer des alternatives novatrices. Basées sur une confiance mutuelle entre les équipes de travail, nos réussites reposent en grande partie sur notre habileté à travailler en partenariat avec l'équipe médicale, en collaboration interdirection et en interdisciplinarité professionnelle.

L'octroi du statut d'organisme agréé par Agrément Canada, en octobre 2013, nous a rendus très fiers. La quête de la culture d'amélioration continue des soins et services en santé physique s'est fait sentir au quotidien par l'application rigoureuse des standards et des normes de pratique, et ensuite par le développement des compétences et des pratiques.

En 2014-2015, nous avons également réussi à maintenir le cap sur l'équilibre budgétaire au sein de notre direction, et ce, malgré un contexte exigeant. Le défi de tous les jours, nous l'avons relevé : répondre aux standards de performance, tant au point de vue de la qualité des services que de l'efficacité de nos activités.

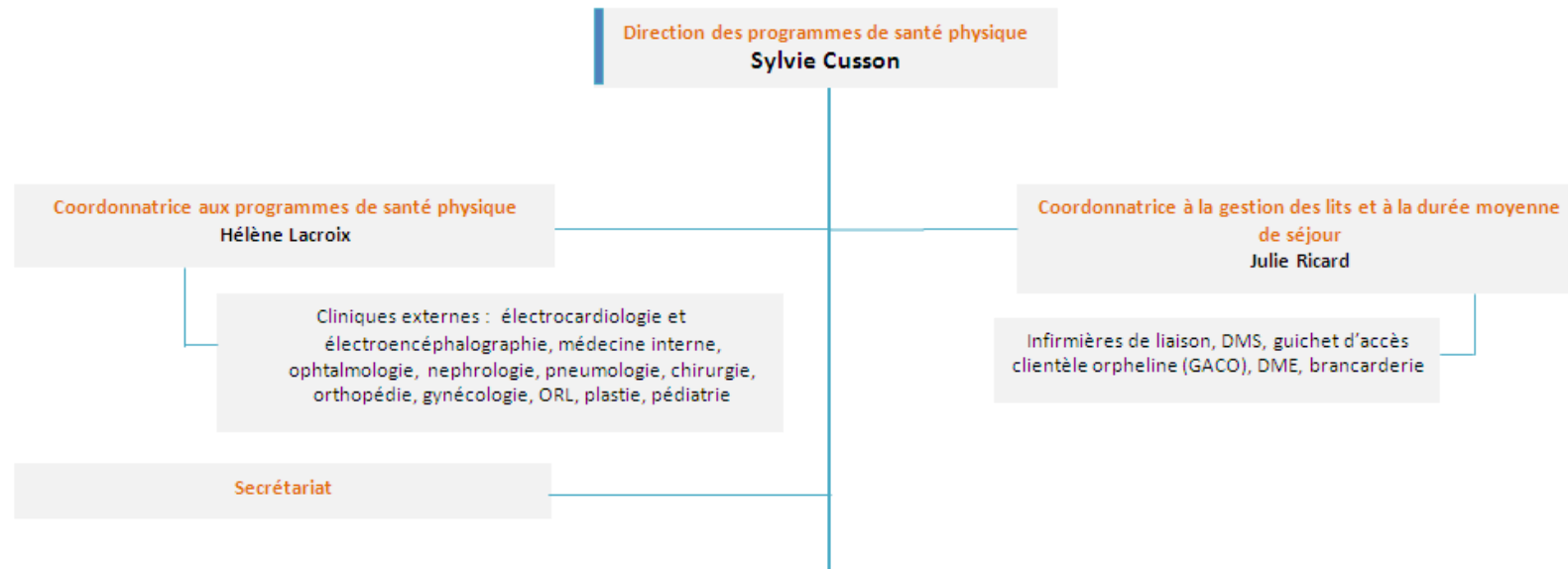
Enfin, je rends hommage à tous ceux et celles qui réalisent avec fierté, au quotidien, le défi d'offrir des soins et services d'une grande qualité avec cœur et humanisme.



Sylvie Cusson



ORGANIGRAMME 2014-2015



Chef d'unité Julie St-Amant	Chef d'unité Nancy Valois	Chef d'unité Marie-Claude Paradis	Chef des services ambulatoires Odette Arseneault	Chef d'unité Sébastien Salvais	Chef d'unité Sophie Talbot	Chef d'unité Marie-Josée Denis
- Unité de soins réadaptation/ médecine et gériatrie (2A-URFI-UCDG); - Équipe consultation gériatrique thérapeutique (ECGT); - Service de réadaptation externe et en hospitalisation.	- Unité de soins médecine/ pédiatrie (4D); - Unité familiale; - Clinique externe d'obstétrique et GARE.	- Unité de soins médecine-cardiologie (3D); - Service d'hémodialyse; - Clinique de protection rénale.	- Service d'oncologie; - Service de médecine de jour; - Service de préadmission; - Accueil clinique aux services spécialisés; - Clinique de soins; - Inhalothérapie/ physiologie pulmonaire; - Service maladies chroniques; - GMF.	- Bloc opératoire; - Endoscopie; - Court séjour; - Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).	- Unité de médecine et chirurgie (2D); - Unité de soins intensifs.	Unité de soins urgence

DESCRIPTION DE LA DIRECTION

La Direction des programmes de santé physique a pour mandat d'offrir des soins et des services à une clientèle ambulatoire ou hospitalisée.

Une grande gamme de professionnels offre des services diagnostiques, d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'orientation par le biais de programmes et de services structurés.

Cette direction regroupe des services ambulatoires du CLSC et de l'hôpital ainsi que des services d'hospitalisation en soins généraux et spécialisés.

Sa responsabilité est de desservir la population selon les plus hauts standards de qualité, tout en offrant le meilleur accès aux services de santé.

- Nombre de gestionnaires : 10
- Nombre d'employés : 504
- Nombre d'heures travaillées/année : 698 831
- Budget : 36 761 061 \$

FAITS SAILLANTS 2014-2015

- **Partenariat**
Mise en place d'un accompagnement structuré des nouveaux médecins à l'hospitalisation par l'équipe de santé physique dans un objectif d'amélioration de la gestion des épisodes de soins et de partage des connaissances des services disponibles au CSSS et dans le milieu.
- **Développement et consolidation d'une approche de collaboration et de partenariat avec l'équipe médicale et les gestionnaires**
 - Comité de gestion du bloc opératoire
 - Comité de cogestion en hémodialyse
 - Comité de cogestion en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et en unité de courte durée gériatrique (UCDG)
 - Comité de cogestion urgence
 - Comité de cogestion pédopsychiatrie
 - Comité de cogestion gynécologie
 - Comité de cogestion pédiatrie
 - Comité de cogestion pneumologie
- **Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO)**
En 2014-2015, près de 1 247 personnes se sont inscrites et nous avons attribué un médecin de famille à 993 personnes.
- **Gestion financière et de performance**
Un maintien de l'équilibre budgétaire à l'égard des heures travaillées et des fournitures a été possible dans un contexte où les besoins en services et les standards de qualité sont en constante augmentation. La plupart des services en santé physique présentent une performance au-dessus des moyennes des groupes comparables.

■ Gestion des lits et de la durée moyenne de séjour en hospitalisation

• Démarche *Trajectoire de l'utilisateur en santé physique*

Cette démarche, débutée en 2014, vise :

- Diminution de la DMS à l'urgence et à l'hospitalisation;
- Fluidité des processus cliniques dans la trajectoire de l'utilisateur;
- Augmentation de l'accessibilité aux services.

• Cinq projets ont été mis de l'avant et se poursuivront en 2015-2016 :

- Planification de congés;
- Coordination médicale et clinico-administrative de l'épisode de soins;
- Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA);
- Accessibilité et l'offre de service dans la communauté et en soins à domicile;
- Accessibilité et l'offre de service des services professionnels en soutien aux unités de soins et en ambulatoire.

• Plus spécifiquement, les actions réalisées :

- Implantation de rencontres multidisciplinaires aux unités de soins pour la planification de congés;
- Implantation du modèle clinique en planification de congé avec l'équipe de l'unité 4D (Kaizen);
- Optimisation de la trajectoire de l'utilisateur à l'urgence, du triage à l'aire d'évaluation, en lien avec les normes de pratique (Kaizen);
- Consolidation du rôle et de l'horaire du coordonnateur médical et de l'équipe dédiée à la gestion des lits;
- Élaboration d'outils de gestion encadrant la gestion des lits;
- Augmentation de l'offre de service en ambulatoire et à domicile;
- Portrait, analyse des services en réadaptation et élaboration de l'offre de service dans le cadre d'une démarche d'optimisation;
- Virage dans la communauté des usagers en évaluation pour une relocalisation.

QUELQUES RÉSULTATS

Unités de soins – Santé physique (excluant la psychiatrie)

	Nombre admissions	Jours/Présence
2012-2013	5 776	51 745
2013-2014	5 694	50 521
2014-2015	5 912	48 998

Service de l'urgence

Année	Total des visites	Patients		
		Ambulatoire	Civières	
			Nombre	DMS
2010-2011	28 887	18 893	9 994	21,8
2011-2012	29 239	18 330	10 909	20,5
2012-2013	29 757	18 510	11 247	18,8
2013-2014	31 700	20 295	11 405	16,6
2014-2015	33 299	21 017	12 282	15,3

■ Unités de soins

Optimisation à l'unité 2A (URFI-UCDG-médecine). Des actions concrètes ont transformé la structure de soins, les rôles des membres de l'équipe, les processus et l'organisation du travail ainsi que les outils cliniques.

Cette démarche nous a permis de diminuer le nombre de lits à l'hospitalisation pour respecter l'utilisation des lits autorisés au permis.

■ Bloc opératoire

- Réaménagement du service d'endoscopie permettant l'ouverture d'une deuxième salle d'endoscopie;
- Implantation de la version actualisée du logiciel OPERA, permettant la saisie informatisée des données cliniques de la préadmission à la sortie du bloc opératoire;
- Implantation d'un système efficace d'approvisionnement pour la gestion des fournitures médicales.

	Nombre de chirurgies	Nombre d'endoscopies
2012-2013	4 725	2 394
2013-2014	4 876	2 920
2014-2015	5 147	3 030

■ Unité familiale

Plusieurs actions concertées nous ont conduits à l'amélioration du taux d'allaitement exclusif.

■ Hémodialyse

Démarrage du processus d'acquisition des appareils de dialyse ainsi que du système d'information clinique afin d'être à la fine pointe de la technologie. L'échéancier pour la réalisation de ce projet a été fixé pour septembre 2015.

■ Traumatologie

Début des travaux pour la mise en place du continuum de traumatologie en vue d'une certification par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) en 2015-2016.

■ Projet aménagement et immobilisation

- Rénovation de l'unité de médecine au 3D nous permettant d'avoir un environnement sécuritaire et agréable pour les usagers et l'équipe de soins. Toutes les chambres ont été disposées selon le plan de « chambre-type ».

- Acquisition des deux derniers lits électriques aux soins intensifs, prévus au plan de remplacement, apportant aux usagers une plus grande qualité de soins. Munis d'une surface thérapeutique (matelas), ces lits contribuent à la prévention des plaies de pression.
- Acquisition de nombreux équipements dans toutes les unités de soins pour faciliter la distribution des soins par les équipes de l'accueil.

■ **Projet Destination Mieux-Être**

À la lecture du bilan 2014-2015 du projet *Destination Mieux-Être*, nous constatons une constance au point de vue de l'impact du projet sur la consommation des services, soit une diminution de 50 à 60 % du nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations par les usagers ciblés. Rappelons que ce projet vise des interventions par des gestionnaires de cas complexes auprès d'une clientèle vulnérable ayant effectué plusieurs visites à l'urgence et à l'hospitalisation.

■ Accueil clinique

Implantation de nouvelles ordonnances collectives afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés :

- Angine atypique;
- Saignement du premier trimestre;
- Rectoragie;
- Fibrillation auriculaire.

■ Maladies chroniques

- Mise en place du comité de coordination local des maladies chroniques visant le déploiement des services dans une approche patient-partenaire;
- Participation au projet de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) visant la planification des activités porteuses de résultats en maladies chroniques Responsabilité populationnelle et inégalités sociales de santé (ISS).
- Déploiement du continuum de services en maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) afin de prévenir les visites à l'urgence et les hospitalisations;

- Ouverture de la clinique en janvier 2015, en adoptant l'approche « Inspired », un programme reconnu basé sur les meilleures pratiques d'intervention en maladies pulmonaires. Des services de dépistage précoce, d'enseignement harmonisé, d'élaboration de plan d'action individualisé pour la gestion des exacerbations et pour la prévention des crises de dyspnée sont offerts. Un suivi multidisciplinaire étroit par une équipe spécialisée afin de prévenir l'hospitalisation et surtout d'améliorer la qualité de vie des usagers aux prises avec une MPOC est assuré;
- Distinction de ce projet au colloque annuel de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) à Vancouver.

■ **Boursier Projet LEGG**

Mise en place d'un processus d'évaluation systématique du statut fonctionnel par une ergothérapeute à l'urgence pour les usagers de plus de 75 ans. La pérennité du projet s'est traduite par la mobilisation quotidienne de l'équipe ECGT à l'urgence (infirmière, ergothérapeute et physiothérapeute).

Résultats significatifs :

- Réduction du taux d'admission;
- Réduction du taux de retour à l'urgence dans les six mois suivant la visite;
- Amélioration de la référence à domicile.

LES DÉFIS ET ENJEUX POUR LA PROCHAINE ANNÉE

À l'aube d'une transformation importante du réseau de la santé, les défis 2015-2016 pour la Direction des programmes de santé physique sont nombreux.

Les priorités d'action seront sans contredit basées sur la collaboration interprofessionnelle et interétablissement.

Elles devront viser l'amélioration des pratiques de soins et l'accès et la continuité des services.

Les priorités en 2015-2016 :

- Consolidation du partenariat avec les équipes médicales;
- Poursuite des travaux visant la fluidité et l'efficacité de la trajectoire de l'utilisateur en santé physique;
- Implantation du Centre d'accompagnement et d'intervention des maladies chroniques (CAIMC);
- Programme local de cancérologie 2014-2017;
- Implantation du continuum de traumatologie;
- Optimisation de la trajectoire de l'utilisateur à l'urgence (Phase 2);
- Projet organisation du travail :
- Service du court séjour – endoscopie;
- Service de réadaptation externe et à l'hospitalisation;
- Consolidation des pratiques cliniques en soins infirmiers, particulièrement celles qui sont ciblées par les pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada.

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES, DE LA QUALITÉ ET LA GESTION DES RISQUES (DSIDSM)

MESSAGE DE LA DIRECTRICE

À la Direction des soins infirmiers, des services multidisciplinaires, de la qualité et de la gestion des risques, l'excellence et la qualité des soins à l'usager ainsi qu'à sa famille font partie de nos constantes préoccupations.

Cette année, nous avons déployé la philosophie de soins *patient-partenaire* dans l'ensemble de nos pratiques professionnelles afin d'atteindre l'excellence. Pour nous, l'excellence nécessite non seulement l'investissement de professionnels qui ont la volonté de s'impliquer, mais qui osent intégrer à leur pratique quotidienne cette philosophie de soins pour un parcours gagnant, et ce, autant pour le professionnel, le patient que sa famille. En intégrant cette philosophie de soins à nos pratiques, nous utilisons différemment notre expertise professionnelle et guidons le patient dans ses décisions reliées à son projet de vie, tout au long de sa trajectoire de soins. Nous mettons enfin notre savoir expérientiel en l'accompagnant à faire des choix de santé libres et éclairés.

Par le déploiement de la philosophie de soins *patient-partenaire*, nous souhaitons établir un fil conducteur entre tous les gestes et les interventions posés par les différents professionnels du CSSS Pierre-De Saurel, que ce soit en intervention individuelle ou en équipe interdisciplinaire.

Travailler en équipe interdisciplinaire, cela signifie nous faire confiance comme professionnels, connaître nos forces et nos faiblesses dans notre champ d'expertise et reconnaître celui des autres. C'est aussi être capable de remplacer le « moi », le « mon » et le « eux » par le « nous » et d'intégrer une coresponsabilité de façon à favoriser l'autodétermination du patient à l'atteinte des résultats de santé optimaux liés à ses besoins et à son projet de vie.

Pour terminer, je désire remercier l'ensemble des directeurs pour avoir participé au déploiement de cette philosophie de soins. Et finalement, merci à vous tous, qui êtes au cœur de cette démarche et qui allez faire en sorte que cette philosophie de soins soit au centre de vos interventions et de vos soins. Mais n'oubliez pas que pour réussir à travailler en partenariat avec le patient et en interdisciplinarité, il faut s'impliquer et croire en ce que l'on fait!

Merci pour toutes ces belles années et au plaisir de vous retrouver!



Annie Lemoine



ORGANIGRAMME 2014-2015



Conseillères spécialisées					Pastorale	Bénévoles	
Conseillère spécialisée en soins infirmiers Julie Allard Conseillère en soins infirmiers, préceptorat, orientation, accueil CEPI, externes Lauraine Martel et Marie-Andrée	Conseillère spécialisée en soins infirmiers Mélanie Boivin Conseillère en soins infirmiers volet prévention des infections et audits à la qualité Christine Fleury-Dumas	Conseillère spécialisée en soins infirmiers Karyne Spick Conseillère en soins de plaies et de stomies Mélanie Roux et Kathy Chicoine	Conseillère spécialisée en soins infirmiers et en harmonisation des produits Renée Ménard	Conseillère-cadre spécialisée en activité clinique Michèle Ouellet	Pastorale Aumônier/Loisirs Père Desgagnés	Conseillère en milieu de vie et chef des activités de vie Lise Lavigne Bénévoles de l'Hôtel-Dieu de Sorel Lise Larivière Proulx Oncologie/médecine de jour/hémato-oncologie Soins palliatifs Myosotis - CHT	Hébergement CH Élisabeth-Lafrance – animation loisirs CH J.-Arsène Parenteau – animation loisirs CH de Tracy – animation loisirs Accompagnement rendez-vous médicaux Accompagnement en fin de vie Boutique Jeanne-Mance

DESCRIPTION DE LA DIRECTION

La DSIDSM exerce un rôle-conseil auprès de l'ensemble des directions, tout en faisant vivre les valeurs organisationnelles. Son rôle est déterminant dans toutes les décisions stratégiques relatives à l'organisation et à la prestation des soins et des services pour l'ensemble du CSSS Pierre-De Saurel.

Ses responsabilités sont particulièrement dirigées en matière de contrôle de la qualité de l'activité professionnelle et du développement des pratiques cliniques. La DSIDSM doit être à l'affût des nouveaux besoins de la clientèle, des nouvelles façons de soigner, des nouvelles technologies disponibles, et ce, tout en tenant compte des données probantes. En partenariat avec les différents paliers administratifs et les diverses directions de l'établissement, elle assure la sauvegarde de hautes normes de qualité.

La DSIDSM regroupe trois infirmières praticiennes spécialisées (IPSPL), près de 389 infirmières et infirmières cliniciennes, 135 infirmières auxiliaires, 313 professionnels et techniciens exerçant 29 professions différentes, près de 220 bénévoles ainsi que des soins spirituels (pastorale).

Nos actions privilégient les axes d'intervention suivants :

- Qualité des soins et services;
- Organisation des soins et services;
- Compétences cliniques;
- Formation continue et transfert de connaissances;
- Développement des compétences;
- Encadrement des pratiques professionnelles;
- Enseignement et recherche;
- Éthique clinique;
- Soutien des différents conseils consultatifs (CM, CII, CIIA);
- Soutien dans l'intégration harmonieuse des activités bénévoles dans les services et programmes;
- Soutien dans l'offre de service et accompagnement à la vie spirituelle des usagers/résidents ainsi que de leurs proches.

FAITS SAILLANTS 2014-2015

Déploiement de la philosophie de soins *patient-partenaire*, « Un parcours gagnant »

Cette philosophie de soins et services est un modèle humaniste qui rejoint tous les professionnels et repose sur les interactions entre le patient et les intervenants, en lien avec les besoins et le projet de vie de celui-ci. Elle permet également d'instaurer une pratique d'interdisciplinarité et de collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants, qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages, tout en favorisant l'autodétermination du patient, une prise de décision libre et éclairée et l'atteinte de résultats de santé optimaux.

Un événement pour le lancement de la philosophie de soins *patient-partenaire* a été organisé en collaboration avec les trois conseils consultatifs (CM, CII, CMDP).

CONTRIBUTION AUX PROJETS ORGANISATIONNELS

- Optimisation des soins à domicile (SAD)
 - Soutien à la hiérarchisation des soins infirmiers à domicile;
 - Participation aux mécanismes de révision des charges de cas;
 - Pérennisation de la gestion de cas.
- Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)
 - Dans le but d'améliorer l'état de santé de la population ayant subi un AVC ou à risque d'en subir (diminuer l'incidence de l'AVC, réduire les séquelles d'un AVC, améliorer l'autonomie fonctionnelle, réduire le recours à l'hébergement) nous avons déployé une charte de projet AVC et un plan d'action a été mis en place afin de :
 - Offrir des soins et services centrés sur les besoins et les attentes des personnes atteintes d'un AVC ou à risque d'en subir et de leurs proches (approche populationnelle, patient/partenaire);
 - Assurer l'accès aux soins et services en temps opportun à l'ensemble de la population;
 - Permettre une flexibilité et une adaptabilité dans l'approche en fonction des besoins particuliers des régions, des données épidémiologiques disponibles, de la recherche, des nouvelles technologies (télé-AVC, nouveau traitement);
 - Améliorer la performance du système de santé pour la clientèle ciblée (coût-efficience, productivité, soins et services appropriés).

- Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)
 - Pérennisation du programme de marche et des signes vitaux AINEES dans l'ensemble des unités de soins de courte durée afin de favoriser le maintien de l'autonomie;
 - Pérennisation des outils cliniques (pictogramme de mobilisation, vignette de signalisation, échelle de Morse, suivi postchute et échelle de Braden);
 - Intégration de l'AAPA dans les programmes d'orientation des nouveaux employés;
 - Déploiement de la formation nationale en ligne de 13,5 heures pour plus de 130 infirmières et infirmières auxiliaires.
- Bilan comparatif des médicaments
 - Réalisation du bilan comparatif des médicaments (BCM) de l'usager à l'admission :
 - unité de soins (urgence);
 - unités de soins de courte durée en santé physique et mentale;
 - centres d'hébergement pour les résidents admis à partir du domicile et de résidences privées.
 - Réalisation du bilan comparatif des médicaments (BCM) de l'usager au transfert vers l'hébergement;
 - Réalisation du bilan comparatif des médicaments (BCM) de l'usager au congé.

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES CLINIQUES

- Projet ministériel MOITS mars 2014-2015
 - La mise en œuvre du projet a permis le développement d'un programme de formation dédié aux préposés. Le projet avait pour objectifs de diminuer le temps supplémentaire des préposés à l'unité du 2A et d'améliorer leur pratique clinique. Une véritable approche interdisciplinaire s'est mise en place à laquelle ont contribué les cliniciens, autant les professionnels paramédicaux et autres, selon leur domaine de spécialisation et d'expertise. Grâce à ce programme, la richesse et la diversité provenant du partage des points de vue ont permis de tenir compte des besoins spécialisés des patients âgés tout au long de leur parcours et de mettre à jour les connaissances d'une soixantaine de préposés au sein de notre organisation;
 - Selon les mesures obtenues, une forte proportion (80 %) de la clientèle retourne à domicile comparativement à une faible proportion orientée

vers d'autres services. Ainsi, nous répondons entièrement à la volonté ministérielle de favoriser au maximum le maintien des aînés en perte d'autonomie dans leur milieu de vie naturel ou l'utilisation de formules résidentielles alternatives à l'hébergement (RNI).

- Réduction de 50 % du temps supplémentaire des préposés en 2014-2015.
- Implantation d'un tronc commun de formation spécifique aux préposés (six formateurs préposés)
 - Déploiement d'un programme de formation interdisciplinaire PAB;
 - Intégration de l'approche relationnelle;
 - Révision du guide Aide-mémoire;
 - Rédaction d'un guide du formateur;
 - Révision du guide de l'évaluateur.
- Pratique interdisciplinaire
 - Observation lors de cinq rencontres interdisciplinaires et formations à déployer pour les équipes ciblées afin de contribuer au soutien de la pratique interdisciplinaire dans le CSSS.
- Formation OMÉGA Limite de la pacification
 - Cinq capsules de formation basées sur l'approche OMÉGA pour l'ensemble du personnel soignant, de soutien et pour les professionnels de l'hôpital et du CLSC ont été données à la suite de formations sur les niveaux de surveillance et dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Formation continue soins de plaies
 - Poursuite des formations en soins de plaies afin d'optimiser les compétences cliniques du personnel infirmier dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- Super U en soins de plaies – hébergement
 - Accès à une infirmière dédiée en soins de plaies. Après avoir reçu une formation personnalisée par les conseillères en soins de plaies, une infirmière est disponible pour répondre ou agir à titre de soutien clinique pour l'évaluation et les traitements de plaies au Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance (CHÉL). Les cas complexes sont toujours référés aux conseillères en soins de plaies.

- Formation RCR/procédure code bleu
 - Poursuite de notre démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins et services par une série de formations RCR/code bleu offertes par un instructeur certifié par la Fondation des maladies du cœur du Canada.
- Instructeurs RCR néonatal
 - Mise en place d'une série de formations dans le cadre de notre programme d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins pour l'ensemble du personnel clinique (unité familiale, service d'inhalothérapie et bloc opératoire) afin d'intervenir en situation d'urgence selon les normes établies pour la réanimation du nouveau-né. D'octobre 2014 à mars 2015, 50 % du personnel par secteur de soins a été formé;
 - Deux professionnels du CSSS ont été formés comme instructeurs en RCR néonatal. La prochaine formation sera donnée par nos instructeurs à l'interne, et ce, dès avril 2015 afin de former 100 % du personnel ciblé.
- Continuum traumatologie
 - Série de formations offertes par un formateur certifié afin d'atteindre les objectifs et les exigences de notre programme de traumatologie;
 - Deux infirmières de l'unité de l'urgence ont été formées comme instructrices en traumatologie afin de favoriser une démarche d'amélioration continue des pratiques cliniques et d'atteindre un haut standard de pratique. De janvier 2015 à mars 2015, près de 50 % du personnel a été formé.
- Rehaussement des compétences en soins pédiatriques
 - Formation en évaluation clinique de l'enfant pour le personnel de la pédiatrie (100 % des infirmières formées);
 - Développement de vignette clinique (aide-mémoire) pour les infirmières en pédiatrie afin d'optimiser la surveillance clinique dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- Rehaussement du rôle de chef d'équipe ou des assistantes infirmières-chefs (AIC) du personnel du 2A et des centres d'hébergement
 - Formation donnée par l'AQESSS visant le développement de compétences des AIC dans l'exercice de leur rôle de soutien aux

gestionnaires et dans leur rôle de leadership mobilisateur au quotidien auprès de l'équipe de soins, en interdisciplinarité (40 personnes formées).

- Amélioration du leadership des infirmières en matière de prise en charge de la gestion de la médication chez les résidents en centres d'hébergement.
 - Toutes les infirmières et infirmières auxiliaires de l'unité 1 du CHÉL ont reçu la formation contribution du personnel infirmier à l'usage optimal des médicaments chez l'ainé, DVD de Philippe Voyer, inf., Ph.D.;
 - Un atelier Kaizen a été réalisé. Cette démarche a permis d'améliorer les connaissances et les compétences de chaque acteur dans l'équipe de soins, d'établir la cartographie du processus de la gestion de l'ordonnance et d'éliminer les activités inutiles. De plus, cela a permis d'instaurer une vigie de sécurité face à la surveillance de la pharmacothérapie, d'améliorer le leadership des infirmières au sein de l'équipe interdisciplinaire et de mettre en place un mécanisme de communication efficace entre le pharmacien et le médecin.

CONTRIBUTION AUX PROJETS OPÉRATIONNELS

- Collaboration active des conseillères-cadres DSISM à la réorganisation et à l'optimisation des différents services du CSSS tels que : unité de l'urgence, accueil clinique, unité de psychiatrie, ressources non institutionnelles et résidences pour personnes âgées, clinique externe de psychiatrie, unité 2A (UCDG et RFI), centres d'hébergement, soins à domicile, continuum MPOC;
- Implantation complète du PTI en hémodialyse;
- Implantation de la note hybride au 2A.
- Implication des conseillères-cadres de la DSIDSM dans plusieurs comités stratégiques de l'organisation (tels que le comité pharmaco-nursing, le comité de gestion des risques, le comité de prévention et contrôle des infections, le comité de placement jeunesse, le comité de coordination des politiques et procédures, le comité de gestion de la qualité, le comité PMU et plusieurs autres);
- Recrutement et intégration de trois infirmières françaises nécessitant la mise en place d'un stage d'adaptation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) d'une durée de 75 jours chacun;

- Pérennisation du processus d'audit trimestriel portant sur les différentes pratiques organisationnelles requises (POR), double identification (DI), double vérification indépendante (DVI), prévention des chutes et prévention des plaies de pression afin d'évaluer les pratiques professionnelles dans un objectif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services à l'utilisateur, tout en améliorant la performance organisationnelle. Afin d'assurer la continuité de l'application de la double identification des analyses de biologie délocalisées (ADBD), des audits sont toujours faits tous les trois mois jusqu'à l'obtention d'un taux de 80 %, puis aux six mois et éventuellement une fois par année si le taux de conformité se maintient. Un calendrier des audits sur les analyses de biologie médicale délocalisée est disponible. La liste des ADBD audités sont :
 - glycémie capillaire;
 - bandelette urinaire;
 - bilirubine, unité familiale.
- Réalisation d'une étude sur le pré-analytique en courte durée, cette évaluation a permis d'auditer la procédure de prélèvement veineux et d'améliorer la qualité des spécimens reçus au laboratoire. Un plan d'action sera déployé en 2015-2016;
- Implantation d'un processus d'audit sur la tenue de dossier pour les secteurs psychosociaux, psychoéducation, physiothérapie et nutrition;
- Coordination de sept séquences d'intervention par l'équipe des mesures d'urgence (sécurité civile psychosociale) dont six en postvention suicide;
- Développement d'un processus qualité pour les évaluations psychosociales pour l'ouverture d'un régime de protection ou l'homologation d'un mandat pour le majeur inapte;
- Implantation d'un programme de formation en ligne sur la tenue de dossier, en collaboration avec les répondants professionnels en physiothérapie, inhalothérapie, travail social, nutrition et psychoéducation;
- Révision du programme d'intégration des candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) afin de mieux les soutenir dans leur intégration et assurer une meilleure attraction et rétention;
- Optimisation et pérennisation du programme de préceptorat pour 165 infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de trois ans d'expérience;
- Développement d'un guide d'accueil et d'orientation pour le nouvel employé, en collaboration avec les répondants professionnels en physiothérapie, inhalothérapie, travail social, nutrition et psychoéducation;
- Pérennisation de la formation pour les superviseurs de stage;
- Organisation d'activités de reconnaissance bisannuelles pour l'ensemble des bénévoles;
- Mise en place de la politique *Évaluation et harmonisation des fournitures médicales et des petits équipements*. Cela permet une meilleure gestion des fournitures, des petits équipements et de diminuer les coûts;
- Suivi du plan d'action du comité des produits
 - Identification des produits de soins favorisant une économie des coûts :
 - gants;
 - micro-perfuseur;
 - produits de soins de plaies;
 - sondes vésicales;
 - thermomètres jetables;
 - produits d'incontinence.
 - Instauration d'un moyen de communication pour transmettre l'information sur les « 4 BONS » des produits. Une infolettre est rédigée chaque mois et est disponible sur l'intranet;
- Participation au projet d'arrimage des diètes à textures modifiées, dont le but est de respecter la nouvelle nomenclature des diètes approuvées par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec de mieux reconnaître les différents types de diètes offerts dans nos établissements et de sensibiliser le personnel au fait que la diète est un soin (en moyenne 30 % des usagers hospitalisés ont un diagnostic de dysphagie);
- Implication et collaboration de la directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dans l'élaboration des ordonnances collectives et des ordonnances préétablies;
- Adoption de nombreuses règles de soins infirmiers, notamment :
 - RSI 012 Surveillance infirmière des usagers sous télémétrie;
 - RSI 016 Plan de rotation des sites d'injection de l'insuline et d'analogues de LP-1;

- RSI 020 Partage des rôles entre infirmières et infirmières auxiliaires dans l'administration des médicaments prescrits au besoin (PRN) selon une ordonnance médicale;
- RSI 021 Encadrement clinique des critères de remplacement d'un cathéter court périphérique de moins de 7,5 cm installé dans un contexte d'urgence;
- RSI 023 Effectuer un dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- RSI 024 Surveillance de l'usage optimal de la médication et des effets indésirables chez les résidents en centres d'hébergement;
- RSI 025 Administration du vaccin contre l'influenza chez l'usager adulte en courte durée;
- RSI 026 Soins des pieds des résidents en centres d'hébergement et en ressources intermédiaires;
- RSI 029 Encadrement de l'application de mesures alternatives avec alarme sonore en milieu de soins de courte et de longue durée.

BILAN DES MESURES DE CONTENTION ET DES MESURES ALTERNATIVES

Afin de contribuer à l'intégration et au maintien de l'application de la politique ministérielle relative au retrait de la contention, nous constatons que la mesure alternative de type sonore est de plus en plus utilisée dans certains secteurs de soins (18 % pour les mesures alternatives contre 10 % pour les mesures de contention). En centres d'hébergement, la contention étant quasi inexistante, on note une utilisation accrue de la mesure alternative, rendant parfois celle-ci difficile à gérer. C'est dans cette optique qu'une règle de soins a été rédigée en collaboration avec des professionnels (physiothérapeutes et ergothérapeutes) et mise de l'avant pour favoriser la pratique d'encadrement de l'application de mesures alternatives avec alarme sonore en milieu de soins de courte durée et de longue durée. L'encadrement clinique de cette mesure était devenu nécessaire pour permettre une gestion optimale des alarmes sonores.

Nous observons que le risque de chute est l'un des principaux critères d'application des mesures alternatives, ce risque étant particulièrement élevé chez la clientèle âgée (75 ans et plus) hospitalisée et admise en CHSLD.

Afin de maintenir les capacités fonctionnelles de la personne âgée, l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) est en cours de déploiement. L'unité 4D (unité de médecine) fait partie du projet pilote pour former davantage les

intervenants afin de prévenir le syndrome d'immobilisation et de favoriser l'utilisation des mesures alternatives avant toute contention. Un bon nombre de formations selon une approche interdisciplinaire ont été déployées dans le cadre d'un projet ministériel intitulé *En amont pour le retour à domicile de la personne âgée hospitalisée*, ce qui correspond tout à fait à la vision de l'AAPA. Nous souhaitons poursuivre cette orientation pour mieux répondre aux besoins de réadaptation de la personne âgée vulnérable et pour prévenir son déclin.

GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ – AGRÉMENT – MESURES D'URGENCE

La coordonnatrice de la gestion des risques et de la qualité est responsable du bon fonctionnement du comité de gestion des risques et des processus qui en découlent, assurant au conseil d'administration que les obligations de l'établissement concernant la sécurité des usagers, mais aussi celle des employés, des médecins et des tiers soient respectées et que des mécanismes soient mis en place pour diminuer les risques d'accident avec conséquences et éviter la récurrence des événements indésirables.

Voir section *Qualité des soins et des services* (page 66).

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP)

MESSAGE DU DIRECTEUR

Dans le contexte où notre CSSS a accueilli 47 nouveaux médecins depuis les quatre dernières années, notre plus grande fierté est d'avoir réussi leur intégration, tout en maintenant notre équilibre budgétaire.

Pour y parvenir, nous nous sommes associés aux autres directions pour revoir en profondeur les processus de plusieurs secteurs, notamment la gestion des admissions, l'organisation du laboratoire, de la pharmacie et de l'imagerie médicale. La révision de ces processus a permis d'améliorer les services, notamment en renouvelant nos systèmes d'information et plusieurs équipements stratégiques.

Une réalisation qui nous démarque à l'échelle provinciale comme établissement est la mise en place d'une culture de prévention des infections menant à des résultats exceptionnels. En effet, nous nous classons en première position dans notre groupe provincial en lien avec la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) et nos résultats sont également enviables pour le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) ainsi que pour l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV).

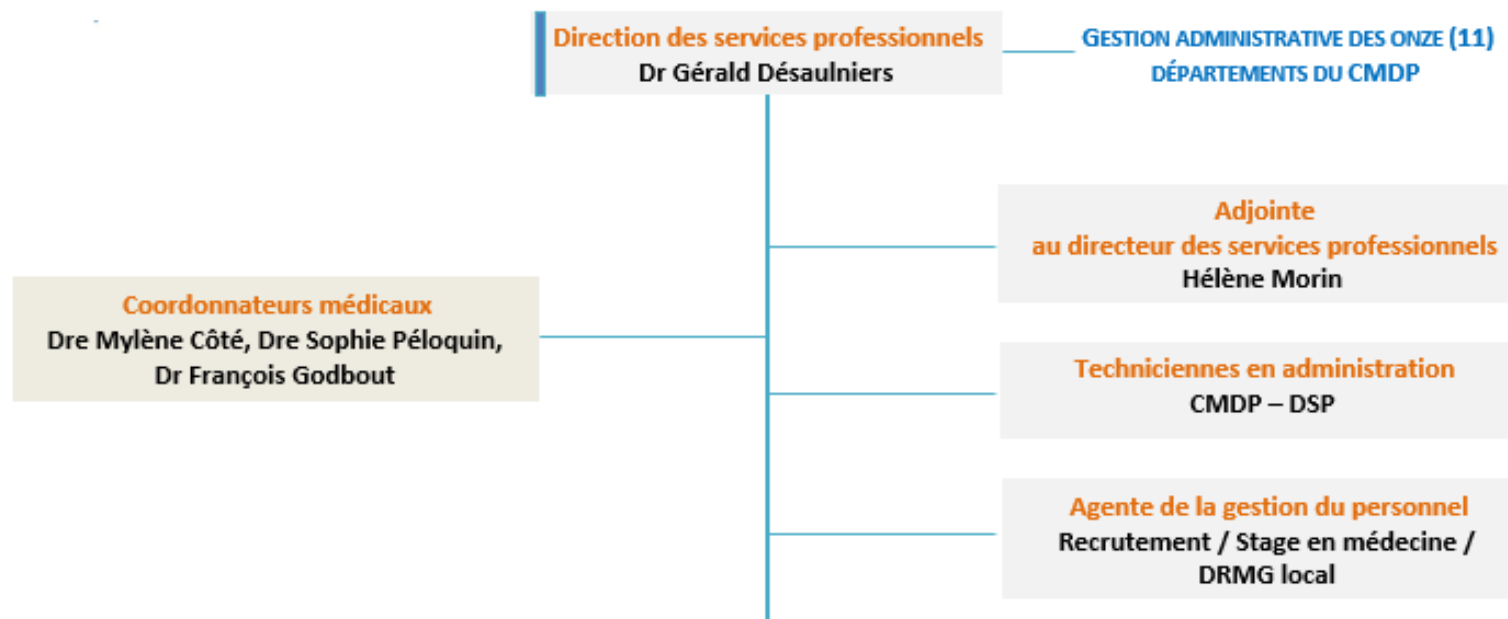
Pour la prochaine année, notre défi financier demeure tout aussi important, étant donné l'arrivée de 13 nouveaux médecins dans un contexte budgétaire fragile. À cela s'ajoute la création du centre intégré de santé et de services sociaux. Nous ferons partie d'une nouvelle entité et participerons à son développement dans le but de poursuivre notre mission régionale. Nous sommes conscients que nos missions pour la prochaine année, dans ce contexte de mouvance, seront davantage axées sur l'uniformisation, ce qui exigera une ouverture et une vision différente.



Dr Gérald Désaulniers



ORGANIGRAMME 2014-2015



Laboratoire	Imagerie médicale	Pharmacie	Prévention et contrôle des infections (PCI)	Admission / Archives
Dr Youssef Massamiri, PHD Chef de service	Julie Bastien Chef de service	Christine Thérioux Chef de département Nadia Cournoyer Adjointe au chef de département		Rosa Pascual Chef de service des archives, accueil, admission, cliniques externes et centre de rendez-vous

DESCRIPTION DE LA DIRECTION

La Direction des services professionnels (DSP) a la responsabilité de l'accessibilité et de la qualité des services médicaux pour l'ensemble du territoire de la MRC de Pierre-De Saurel. Ses services s'adressent à toute la population et comprennent, notamment, l'ensemble des services diagnostiques et pharmaceutiques ainsi que les archives et les différents services d'accueils du CSSS. En collaboration avec les comités de cogestion, les chefs de département et le Département régional de médecine générale (DRMG), la DSP soutient et coordonne l'ensemble du corps médical en ce qui a trait à la prestation des services médicaux.

La direction regroupe plusieurs employés répartis dans les départements d'imagerie médicale, du laboratoire, de la pharmacie, au Service admission et archives ainsi qu'au Service de prévention et de contrôle des infections.

Onze départements cliniques du CMDP assurent 27 services de garde différents, 24 heures par jour, sept jours par semaine, et ce, 365 jours par année. La direction est responsable de l'accès à l'information au dossier de l'utilisateur, des dossiers de curatelles et de tutelles, de gardes en établissement ainsi que des dossiers du Tribunal administratif du Québec.

La DSP voit à la gestion des visioconférences médicales, au suivi du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), au soutien médical et pharmaceutique, à la gestion des horaires des médecins, au recrutement de médecins itinérants et dépanneurs ainsi qu'à plusieurs comités.

De plus, elle est responsable de l'ensemble des activités reliées à la planification des effectifs médicaux de même qu'au recrutement médical en médecine familiale et en médecine spécialisée. Elle coordonne et organise les stages d'externat, de résidence, d'immersion, d'apprentissage par problèmes (APP) ainsi que d'observation en plus d'assurer le soutien et la participation au DRMG local et au comité d'enseignement médical.

- Nombre d'employés : 132
- Nombre de gestionnaires : 6
- Membres du CMDP : 123
 - Membres actifs : 109
 - Médecins spécialistes : 46
 - Médecins omnipraticiens : 55
 - Pharmaciens : 8
 - Membres associés : 14

FAITS SAILLANTS 2014-2015

- **ACCUEIL**
Optimisation de plusieurs processus aux services d'accueil du CLSC, de l'admission, des archives et du centre de rendez-vous. Révision des processus du choix de chambre, de la responsabilité de paiement, de la réalisation du *Relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier* (RQSUCH), entraînant comme résultat une augmentation des revenus de 150 000 \$.
- **PHARMACIE**
Amélioration du circuit des médicaments par la mise en place de la numérisation des ordonnances vers le département de pharmacie, du bilan comparatif des médicaments (BCM), du remplacement de l'emballeuse et de l'acquisition d'une vérificatrice de médicaments.
- **IMAGERIE MÉDICALE**
Amélioration importante des listes d'attente en imagerie médicale rendue possible grâce à l'ajout ponctuel de personnel en tomodensitométrie et à l'ajout d'une troisième salle d'échographie. Nous prévoyons la consolidation de ce secteur par le remplacement de notre scanneur et de notre injecteur.
- **LABORATOIRE**
Le laboratoire a vécu une transformation gigantesque par la revue de ses processus et la modernisation du système d'information, par le remplacement des équipements en pathologie, en hématologie, en biochimie et en microbiologie. Ces changements en cours occuperont la majeure partie de l'année 2015-2016 et devraient nous amener vers une performance enviable.
- **PRÉVENTION DES INFECTIONS**
Aucune éclosion de *Clostridium difficile* (CD) depuis deux ans. Taux nettement inférieurs aux cibles ministérielles pour le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et l'entérocoques résistants à la vancomycine (ERV).
- **RECRUTEMENT MÉDICAL**
Recrutement en 2014 de 16 médecins, dont onze médecins de famille et deux médecins spécialistes qui s'installeront sur notre territoire en 2015. De plus, trois infirmières praticiennes spécialisées (IPS) se sont installées en 2014 et trois spécialistes ont déjà confirmé leur arrivée pour 2016-2017.

SERVICES ACCUEIL – ARCHIVES - CENTRE DE RENDEZ-VOUS

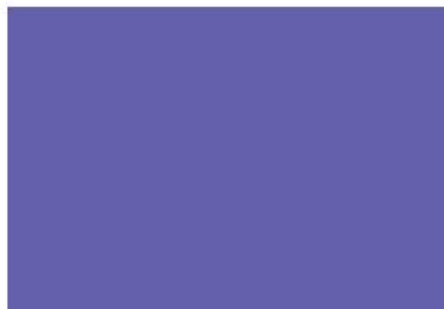
Sous la responsabilité du directeur des services professionnels, plusieurs services sont gérés par une gestionnaire : les archives (hôpital et CLSC), l'accueil du CLSC, l'admission, les cliniques externes et le centre de rendez-vous de l'hôpital.

- Optimisation des processus :
 - Choix de chambre;
 - Responsabilité de paiement;
 - Relevé quotidien de la situation de l'urgence et du centre hospitalier (RQSUCH).
- Application de la procédure d'épuration et de conservation des dossiers et actualisation du calendrier de conservation;
- Diminution des délais :
 - Demande d'accès à l'information;
 - Transcription des dictées;
 - Gestion des feuilles mobiles;
 - Codage.
- Rehaussement du logiciel d'information *E-Clinibase*.



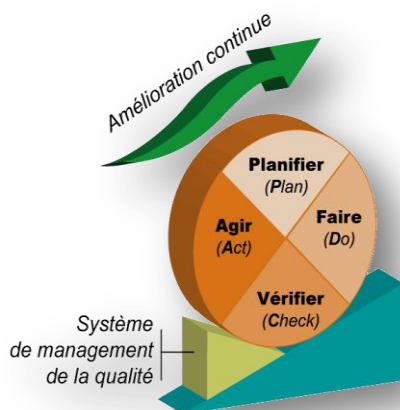
QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

- AGRÉMENT
- INFORMATION
À LA POPULATION
- MESURES D'URGENCE
- PRÉVENTION ET CONTRÔLE
DES INFECTIONS
- GESTION DES RISQUES
- EXAMEN DES PLAINTES
ET SA PROMOTION



AGRÈMENT

- Présentations lors des journées d'accueil des nouveaux employés.
- Réalisation de différentes activités, selon les plans d'action de chaque équipe qualité, afin d'arriver aux améliorations conformes des différentes normes.
- Élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité.
- Création du comité de gestion intégrée de la qualité.
- Suivi des normes visées et priorisées afin de conserver notre statut d'agréé.
- Élaboration du Programme de gestion intégrée de la qualité et de la gestion intégrée des risques.
- Réalisation d'un deuxième sondage de mobilisation du personnel, et ce, pour l'obtention d'une étoile supplémentaire dans notre quête vers l'excellence.



RÉSULTATS EN CHIFFRES

Groupe des normes	Critères travaillés portant sur la dimension sécurité		
	Présentés	Acceptés	%
Leadership	12	7	58
Prévention des infections	4	4	100
Laboratoire clinique	10	9*	99
Clinique d'oncologie (chimiothérapie)	5	5	100
Imagerie médicale	6	5	99
Salle d'opération et URDM	4	4	100
Obstétrique	2	2	100
Service de santé mentale	1	0	
Service de l'urgence	1	1	100
Soins de longue durée	2	2	100
Service de soins palliatifs	1	1	100
Soin et services à domicile	1	1	100
Total avant BCM	49	41	83 %
BCM (toutes les unités cliniques)	56	8**	
Total	105	49	

* Un critère encore en évaluation.

** BCM = 5 critères services des urgences et 3 critères Clinique d'oncologie (Chimiothérapie).

Résultat du sondage de mobilisation

Indicateurs	CSSS Pierre-De Saurel n = 981			Autres établissements n = 16982			Code couleur
	Résultats	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif		
		Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure	
Réalisation	78	77	79	78	75	79	⚠
Implication	78	77	79	74	71	77	✓
Collaboration	80	78	81	78	75	79	⚠
Soutien	74	73	75	70	66	74	⚠
Communication	70	69	71	68	63	71	⚠
Leadership	67	66	68	71	67	74	⚠

NOS DÉFIS POUR L'ANNÉE PROCHAINE

- Continuer l'intégration du processus d'amélioration continue de la qualité au sein des équipes pour l'ensemble du CSSS.
- Déployer notre programme de gestion intégrée de la qualité et de la gestion des risques dans l'ensemble de notre CSSS.
- Ajouter sur notre plan d'amélioration continue de la qualité, les secteurs autres que l'agrément.
- Déployer l'approche du patient partenaire comme une philosophie des soins.
- Travailler sur la conformité des normes nécessitant notre attention, principalement le déploiement du BCM.
- Assurer une pérennité et l'amélioration continue dans toutes nos réalisations.
- Harmoniser nos pratiques avec la nouvelle structure (CISSS de la Montérégie-Est)

INFORMATION À LA POPULATION

Afin d'informer la population sur son offre de services le CSSS Pierre-De Saurel a tenu plusieurs activités et diffusé plusieurs outils de communication, soit directement dans ses installations ou par le biais de ses sites web, médias sociaux ou hebdomadaires locaux.

Consultation de la population

- Boîte de commentaires sur les services;
- Comité de relations avec la communauté (3 rencontres);
- Conférences interactives dans les locaux des membres du réseau local de services (médecin 101, mourir dans la dignité, etc.);
- Installation de panneaux d'information dans le hall d'entrée HDS et CLSC;
- Installation de téléviseurs : dans les salles d'attente.

Des campagnes d'information médias

- Droits et obligations des usagers;
- Saviez-vous... les listes d'attente;
- La solitude...;
- Clinique de soins au CLSC;
- Dossier Santé Québec;
- Vaccination;
- Défi Santé;
- Guichet d'accès clientèle orpheline;
- Patient-partenaire.

Plusieurs rencontres de reconnaissance

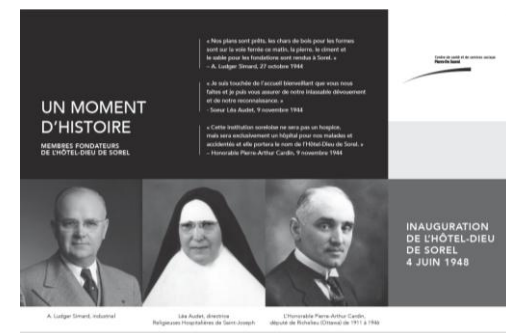
- Plaque reconnaissance – Bâtisseurs de l'Hôtel-Dieu;
- Plaque reconnaissance – Dr Pierre Nantel;
- Plaque reconnaissance – École des infirmières – CLSC.

Exposition de la collection pédiatrie – projet intergénérationnel

Un projet de murale (12 tableaux adaptés à la clientèle jeune) pour la pédiatrie en collaboration avec le Regroupement pour la santé des aînés Pierre-De Saurel.

Ouvertures

- Clinique MPOC;
- Deuxième salle d'endoscopie;
- Unité de psychiatrie.



PLAN DES MESURES D'URGENCE (PMU)

L'organisation a mis en place un plan des mesures d'urgence et de sécurité civile. Ce plan comprend 13 protocoles d'urgence, identifiés par un code de couleur prédéterminé, et 7 plans d'interventions spécifiques (PIS).

Le plan des mesures d'urgence et sécurité civile mission santé est harmonisé avec la politique et le plan du ministère de la Sécurité civile, selon les orientations ministérielles du MSSS du Québec.

Depuis septembre 2013, un processus de révision et d'actualisation est en place. Le processus est entériné par la coordonnatrice des mesures d'urgence et le responsable local de la sécurité civile mission santé, conjointement avec le comité de plans de mesures d'urgence et sécurité civile mission santé et la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires.

L'équipe a élaboré un calendrier d'activités pour réaliser les différentes activités de formation pour les brigades et secteurs ciblés et les exercices de simulation pour chacun de ces secteurs.

NOS RÉALISATIONS

Nous avons relancé le comité de plan des mesures d'urgence et de la sécurité civile mission santé.

La nouveauté se trouve dans la composition de ses membres.

Membres du CSSS	Membres du CSSS	Partenaires services de la MRC
La coordonnatrice sécurité civile mission santé et PMU	Une conseillère clinicienne spécialisée	Le directeur adjoint ambulancier (volet préhospitalier)
La chef de l'urgence	Le chef de service informatique et téléphonie	Le chef de la prévention et mesure d'urgence
Une coordonnatrice des activités de soins	Le chef de la sécurité (GARDA)	Le directeur du service de la sécurité incendie
Deux responsables sécurité civile volet psychosocial	Le préventionniste	Le responsable de la sécurité civile et les mesures d'urgence pour la Sûreté du Québec

Révision de tous les codes d'urgence et le développement de nouveau :

- Bleu • Arrêt cardiaque
- Rose • Arrêt cardiaque pédiatrique
- Jaune • Recherche d'un usager
- Blanc • Usager violent
- Mauve • Besoin d'assistance immédiate
- Violet • Urgence-Unité familiale
- Vert • Évacuation
- Orange • Arrivée massive de blessés
- Rouge • Incendie
- Brun • Déversement de matière dangereuse
- Gris • Fuite toxique externe
- Noir • Alerte à la bombe
- Argent • Personne possiblement armée

Nous avons assuré la formation et les simulations pour les protocoles d'urgence purement cliniques (code bleu, rose, mauve, blanc, jaune, vert et orange) en collaboration avec la direction des soins infirmiers. Nous visons une cible de 50 % de présence pour ces formations, pour le personnel. Cette cible est atteinte. Une planification de formation pour les nouveaux employés est intégrée à l'embauche.

Des formations concernant les codes autres que cliniques (rouge, noir, gris, brun et argent ainsi que les procédures d'intervention spécifiques (PIS)), ont été réalisées en collaboration avec les différents partenaires de notre municipalité, le service de la sécurité de l'organisation et les services techniques.

La coordonnatrice des mesures d'urgence et de la sécurité civile mission santé assure une présence dans les journées d'accueil des nouveaux employés. Aussi, une section du plan des mesures d'urgence et sécurité civile mission santé dédiée aux nouveaux employés est intégrée dans le manuel d'accueil remis à l'embauche.

Différents outils de repérage tant pour les usagers, que pour le personnel, sont maintenant disponibles et affichés près d'une station d'alarme manuelle ou d'un panneau annonceur.

La mise en place d'un logiciel intitulé « Plan de vol » et utilisé par les coordonnateurs des activités cliniques, les directeurs et les gestionnaires désignés comme responsables de différents secteurs de la sécurité civile. Le logiciel est piloté par la coordonnatrice des mesures d'urgence et le préventionniste. Le logiciel « Plan de vol » permet un accès rapide par les téléphones intelligents aux différents protocoles, numéros de téléphone et personnes ressources de garde pour résoudre une problématique clinique, administrative ou technique.

Toutes les unités de soins et les services ont accès au « Guide d'intervention d'urgence, Plan de sécurité civile » qui inclut tous les protocoles d'urgence bien détaillés. Sur Plan de vol, nous retrouvons aussi tous nos protocoles d'urgence, en version abrégée pour une prise de décision rapide.

Le plan des mesures d'urgence et sécurité civile mission santé est harmonisé avec la politique et le plan régional de la sécurité civile et il répond à l'exigence de conformité du ministère de la Sécurité civile, et ce, depuis la conception et la révision en septembre 2013.

Le plan de sécurité civile inclut tous les protocoles relatifs aux procédures d'intervention spécifique (PIS). La chaleur accablante en est un exemple.

Ces protocoles sont harmonisés avec les pratiques de nos partenaires et collaborateurs. Parmi nos collaborateurs : la santé publique, la sûreté du Québec, les services de prévention des incendies, le coordonnateur de la MRC en sécurité civile, le service préhospitalier d'urgence, le préventionniste désigné par la ville et les gestionnaires du bureau de projets immobiliers.

Le comité interne du plan des mesures d'urgence est constitué d'un représentant de chaque secteur. Les rencontres se déroulent à raison de 4 fois par année. Le but de ces rencontres est d'harmoniser nos actions et de réaliser des projets communs. Tous les codes techniques, qui ne touchent pas les soins cliniques, sont validés par chacun de nos collaborateurs et partenaires.

Un plan de formation et de simulations a été déployé pour chaque code d'urgence. La cible de 50 % du personnel formé a été atteinte en 2014-2015. Ce plan fait l'objet d'un suivi rigoureux de la part de la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires, du chef de la sécurité et du préventionniste et la coordonnatrice des mesures d'urgence et sécurité civile.

NOS DÉFIS POUR LA PROCHAINE ANNÉE

- Continuer les exercices de simulation pour l'ensemble des codes.
- Coordonner nos activités en lien avec les collaborateurs de la MRC.
- Continuer l'amélioration de nos codes selon les résultats des exercices de simulation.
- Assurer une pérennité et l'amélioration continue dans toutes nos réalisations.
- Nous prévoyons l'harmonisation avec la nouvelle structure (CISSS de la Montérégie-Est).



Rosa Pascual

COMITÉ DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (CPCI)

Le comité de prévention et contrôle des infections a tenu 12 séances au cours de l'année 2014-2015, dont sept rencontres extraordinaires pour la gestion du dossier *EBOLA*.

Nous sommes très fiers des résultats obtenus, ceux-ci sont le fruit des efforts conjoints réalisés par les coordonnateurs d'activités, les assistantes infirmières-chefs, l'équipe d'hygiène et salubrité, les médecins, l'équipe de PCI ainsi que tous les employés du CSSS Pierre-De Saurel.

SURVEILLANCE ET INDICATEURS 2014-2015

DIARRHÉE À CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD)

Les indicateurs concernant la diarrhée à *Clostridium difficile* (DACD) se sont maintenus, passant de 1,55 à 1,94 cas/10 000 jours-présence. Ce résultat est de 69 % inférieur à la cible (6,22) fixée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Nous sommes passés de 8 cas en 2013-2014 à 10 cas en P12 pour 2014-2015.

INCIDENCE MOYENNE 13 PÉRIODES	
2011-2012	4,11
2012-2013	2,94
2013-2014	1,55
2014-2015 (P12)	1,94

Aucune éclosion en 2014-2015.

Plusieurs facteurs ont permis d'atteindre ces résultats, notamment la collaboration du personnel et des médecins afin d'isoler rapidement et systématiquement les patients présentant de la diarrhée, autant sur les unités de soins qu'à l'urgence. La vigie opérationnelle permanente nous a permis de suivre étroitement l'apparition des symptômes d'infection et la mise en place des mesures de précaution. Les mesures sanitaires, la prise de *Bio K+*, le regroupement de tous les DACD au 4D sont d'autres mesures contribuant à ce résultat.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM)

Les indicateurs concernant le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) pour l'année 2015 sont inférieurs quant au nombre de cas déclarés au cours de l'année 2013. De plus, une diminution de 25 cas d'infections nosocomiales reliés à l'hospitalisation par rapport aux 46 cas en 2013 a été observée. Le nombre total de SARM est passé de 80 à 45 cas.

Les stratégies de dépistage implantées en septembre 2013 et revues à la hausse en avril et en septembre 2014 ainsi que les campagnes d'hygiène des mains peuvent expliquer cette amélioration. Nous avons notamment amorcé le dépistage chez la clientèle pédiatrique afin d'augmenter la sécurité de celle-ci hébergée à l'unité du 4D.

ANNÉE	NOSO	AUTRE	TOTAL
2013	46	34	80
2014	35	23	58
2015	21	24	45
SOUS-TOTAL	(14)	1	(13)
ÉCART	40 %	(4 %)	23 %

ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV)

Les indicateurs pour l'année 2015 nous indiquent une légère progression des cas d'entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) déclarés, soit 5 cas nosocomiaux et 4 autres résultats positifs pour un total de 9 cas.

Nous avons connu une éclosion d'ERV à l'unité du 3D à la période 11, où 4 cas secondaires ont été déclarés.

Il nous est maintenant possible de cibler les contacts étroits qui se présentent à l'urgence, afin de les isoler dès leur arrivée.

BACTÉRIÉMIES

Le nombre de bactériémies nosocomiales s'est maintenu. Une détérioration a été notée en hémodialyse et nous sommes en cours d'évaluation pour l'implantation de pratiques exemplaires concernant les interventions sur les cathéters. Cependant, il y a une stabilité en ce qui concerne les bactériémies sur cathéters périphériques et les bactériémies des services externes.

TYPE	2013-2014	2014-2015 (P10)
BAC. TOT. NOSO.	27	27
BAC. HÉMOD.	2	4
KT PÉRIPHÉRIQUE	1	1
SERVICES EXTERNES	5	5

HYGIÈNE DES MAINS

Nous avons effectué une campagne de promotion de l'hygiène des mains en octobre 2014. Le thème était *Soyez rusé comme un renard; l'hygiène des mains déjoue les infections*. Des groupes provenant de toutes les installations de notre CSSS y ont participé.

Nos objectifs :

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

Simultanément, des audits sur l'hygiène des mains se sont tenus en avril sur des unités ciblées en courte et en longue durée ainsi qu'en novembre 2014 à l'unité 3D.

La compilation des audits indique qu'au « Moment 1 », soit avant le contact avec le patient, on observe un taux de 18 % de la pratique de l'hygiène des mains (avril 2014) comparativement à 31 % (2013). Au « Moment 4 », soit après un contact avec le patient ou son environnement, on atteint 49 % (avril 2014) comparativement à 59 % (2013). Ces données représentent les taux d'observance de l'hygiène des mains en courte durée ainsi qu'en longue durée.

Par contre, lors des audits réalisés en novembre 2014 à l'unité 3D, la compilation des audits indique qu'au « Moment 1 », on observe un taux de 43 % (novembre 2014) comparativement à 18 % (avril 2014). Au « Moment 4 », ce taux atteint 64 % (nov. 2014) comparativement à 49 % (avril 2014).

Des séances d'information ont été réalisées en mars pour la diffusion des audits sur l'hygiène des mains réalisés de 2011 à 2014.

À la suite de la diffusion des résultats aux différentes instances du CSSS, le projet pilote d'optimisation de la pratique de l'hygiène des mains sera déployé dans les différentes unités de soins du CSSS. Les recommandations qui ont été établies avec les équipes de l'unité 3D sont :

- Disposer les solutions hydroalcooliques (SHA) sur les tables de chevet;
- Promouvoir l'utilisation des SHA;
- Développer le rôle des agents multiplicateurs;
- Réaliser des audits formatifs;
- Réaliser des audits de conformité;
- Impliquer tous les intervenants;
- Favoriser la participation des usagers;
- Développer des outils de promotion.

À cet égard, nous avons recueilli l'appui du CII, du CM, du CMDP, du comité de direction, du comité de l'hygiène des mains ainsi que du comité de prévention et contrôle des infections.

Un rapport sera déposé au ministère en décembre 2015 dans le cadre de la campagne québécoise des soins sécuritaires. Celui-ci inclura les pratiques exemplaires de l'hygiène des mains.

FORMATIONS

Des formations ont été données en lien avec la mise à jour de l'ordonnance collective pour le dépistage SARM et ERV. Nous offrons également des séances de formation lors des journées d'accueil pour les nouveaux employés.

Des formations pratiques ont été réalisées auprès des intervenants des différents services touchés par l'arrivée possible d'un usager porteur de la maladie à virus EBOLA.

ÉCLOSIONS SAISONNIÈRES

Nous avons connu 16 éclosions, dont 8 en CHSLD, 1 en RI et 7 en CH.

ÉCLOSIONS	CH		HÉB		RI	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
GASTRO	4	4	7	5	3	1
INFLUENZA	1	0		2		
AUTRES		3		1		

POLITIQUES ET PROCÉDURES

Les politiques suivantes ont été adoptées ou sont en voie de l'être.

POLITIQUES ET PROCÉDURES	ADOPTÉES
Initier le dépistage du <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la Méthicilline (SARM) et de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) en courte durée	Septembre 2014
Précautions recommandées pour prévenir la transmission du SARM et/ou ERV – unité de psychiatrie de courte durée – HDS	Septembre 2014
Questionnaire d'identification des usagers à risque d'être porteurs de SARM et /ou ERV.	Septembre 2014
Méthode de soins : Dépistage ERV	Octobre 2014
Procédure pour revêtir et retirer l'équipement de protection individuelle (EPI-1) avec antichambre	Décembre 2014
Procédure pour revêtir et retirer l'équipement de protection individuelle (EPI-1) sans antichambre	Décembre 2014
Procédure pour revêtir et retirer l'équipement de protection individuelle (EPI-2) avec antichambre	Décembre 2014

Procédure pour revêtir et retirer l'équipement de protection individuelle (EPI-2) sans antichambre	Décembre 2014
Procédure pour gestion des déchets sans antichambre	Décembre 2014
Procédure pour gestion des déchets avec antichambre	Décembre 2014
Procédure pour agents multiplicateurs PCI	<i>En cours</i>
Procédure en cas d'exposition accidentelle au sang ou autres liquides biologiques dans le contexte du travail	<i>En cours</i>

OBJECTIFS 2015-2016

- Maintenir les cibles ministérielles pour les cas de DACD;
- Améliorer notre taux de cas de SARM;
- Poursuivre le dossier en cas d'arrivée d'un usager porteur d'un virus à risque élevé de contagiosité;
- Déployer le projet pilote de l'unité de soins 3D au CSSS, promotion de l'HDM;
- Implanter les pratiques exemplaires dans le cadre de la campagne québécoise de soins sécuritaires;
- Participer à l'harmonisation de pratique à l'intérieur du CISSS de la Montérégie-Est.

Afin d'atteindre nos objectifs, nous poursuivrons l'implantation des équipes d'agents multiplicateurs pour la prévention et le contrôle des infections en longue durée, puis nous formerons une équipe pour le quart de soir.

En terminant, nous sommes conscients que le défi est de maintenir les efforts réalisés au quotidien.



Josianne Pépin
Infirmière clinicienne conseillère
en prévention et contrôle des infections



Hélène Morin
Adjointe au directeur des
services professionnels



Mario Pagé
Conseiller clinicien spécialisé
en prévention et contrôle des infections



Dr Gérald Désautniers
Président
Comité de prévention et
contrôle des infections

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

PRÉSIDENT : DR MICHEL BERNATCHEZ

Membres :

Madame Andrée Adam, conseil d'administration
Madame Loraine Aussant, conseil d'administration
Monsieur Normand Brouillard, comité des usagers et le vice-président du comité
Madame Martine Bouchard, directrice générale et la secrétaire du comité
Madame Sophie Boulva, DPSAPA
Madame Sylvie Cusson, DPSP
Dr Gérald Désaulniers, DSP
Madame Michèle Fontaine, pharmacie
Madame Céline Gauthier, CII
Madame Annie Lemoine, DSIDSM
Madame Hélène Morin, DSP
Madame Rosa Pascual, conseillère à la gestion des risques et de la qualité
Monsieur Jean-Pierre Tremblay, DRFII
Monsieur Daniel Verrette, comité multidisciplinaires
Madame Danielle Villiard, comité des usagers

Secrétaire de réunion :

M^{me} Nancy Le Sollic, technicienne en administration à la DSIDSM

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2014-2015

Le comité de la gestion des risques s'est réuni à 3 reprises :

- Le 22 septembre 2014
- Le 24 novembre 2014
- Le 19 janvier 2015 annulé
- À venir : 30 mars 2015

Ces rencontres ont porté sur les éléments suivants :

- Le programme de gestion intégrée de la qualité et la gestion intégrée des risques.
- Les statistiques et faits saillants se rapportant aux incidents et accidents.
- Les pistes d'amélioration s'appliquant à l'amélioration continue de la gestion des risques.
- Les événements sentinelle et les événements marquants.
- La prévention des infections et les recommandations y étant associées.
- Les rapports d'avis et alertes et les recommandations y étant associées.
- Les rapports de coroner et les recommandations y étant associées.

L'élaboration du programme de gestion intégrée de la qualité et de la gestion des risques documente et structure notre méthode intégrée de gestion des risques.

Nous avons privilégié une gestion directe au sein de toutes les équipes incluant les équipes non cliniques.

Ce programme promeut des valeurs de vigilance et de compétence. La culture de sécurité est transmise, mise en pratique et renforcée par tous les membres de l'organisation. Chaque service doit identifier avec la contribution des employés, les risques potentiels et mettre en place des moyens pour les prévenir.

Le 1^{er} avril 2014, un nouveau formulaire de déclaration d'incident/accident est entré en vigueur. Tout le personnel a reçu la formation nécessaire avant l'entrée en vigueur de ce nouveau formulaire. Afin d'améliorer le processus de compilation des données, nous avons stratégiquement profité de cette opportunité pour optimiser notre transition vers l'informatisation (formulaire Web).

RÉALISATIONS

- La finalisation du déploiement d'un nouvel outil de travail concernant l'échelle de gravité pour la gestion des événements, incluant la procédure à suivre lors d'un incident ou d'un accident. Cet outil rend le processus de déclaration plus efficace.
- Le déploiement du nouveau processus de compilation électronique des formulaires «Rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1) ». Cette nouvelle structure nous a permis de rendre le processus plus efficace et facilite le projet de décentralisation pour la saisie électronique.
- Plusieurs formations sur la gestion des risques, la gestion des événements, la divulgation et les nouvelles orientations ministérielles concernant le formulaire «Rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1)». Ces formations ont été présentées à tous les employés, médecins, stagiaires, bénévoles et partenaires concernant.
- En collaboration avec les différentes unités des soins et des services, un travail de sensibilisation afin de continuer l'intégration de la gestion des risques au sein des activités quotidiennes.
- Les présentations aux nouveaux employés lors des journées d'accueil.
- Des rencontres « Retours d'expérience suite à un événement grave » ont été planifiées et ajoutées dans notre démarche d'amélioration.
- En collaboration avec les soins infirmiers et la pharmacie, informatisation du processus d'envoi d'ordonnances vers le service de la pharmacie.
- Le traitement de ces ordonnances à la pharmacie a également été informatisé.
- Implantation de la télépharmacie.

LES SUIVIS

Les erreurs de médicaments avec conséquences graves (Omission et dose)

- Informatisation du traitement des ordonnances terminée;
- Service de télépharmacie disponible;
- Suivi conjoint avec les membres du comité pharmaco-nursing;
- Diminution de 24 % du nombre d'erreurs de médicaments comparativement à l'année précédente.

Incidence élevée des chutes (trouvé par terre et en circulant)

- Programme de gestion des chutes en opération et un travail de sensibilisation et de prévention assuré par l'équipe des soins infirmiers et des ergothérapeutes. Nous travaillons ensemble afin de diminuer la gravité des conséquences reliées aux chutes.

Effets personnels des usagers (Réclamations)

- Révision de la politique sur la gestion des effets personnels des usagers;
- Révision du formulaire de choix de chambre complété à l'admission avec l'ajout de la notion de responsabilité des effets personnels qui appartient au client et à sa famille.
- Nous avons reçu 23 réclamations et nous en avons traité 18, pour un montant total de 7 138.80 \$

Année	Reçues	Traitées	Montant total
2014-2016	23	18	7138.80 \$
2013-2014	21	18	7344.29 \$

Sécurisation des accès à l'HDS et au CLSC (plusieurs tentatives de vol)

- En collaboration avec les gestionnaires de projets, la sécurisation des portes à l'HDS et au CLSC est en court. Maintenant à la phase de déploiement, ce projet doit se finaliser en 2015-2016.
- La signalisation des portes et des différentes aires de stationnement est terminée.

Avis alertes

- En collaboration avec les gestionnaires et l'équipe du GBM, le processus concernant la gestion des avis et des alertes se déroule de façon optimale. Pour un total de 81 alertes reçues, seulement 28 de ces alertes ont nécessité un suivi. Aucun usager n'a été touché.
- Toutes les alertes sont consignées et suivies dans notre tableau interactif accessible à tous les acteurs concernés pour chacune de ces alertes.

Recommandations du coroner

- En collaboration avec le directeur des services professionnels, tous les rapports du coroner ont été révisés afin de relever les recommandations nécessitant un suivi dans notre CSSS.
- Aucune recommandation ne visait directement notre CSSS. En lien avec un de nos événements sentinelles, nous attendons un rapport qui sera dirigé directement à notre CSSS.
- Pour 112 rapports reçus, 31 recommandations ont été retenues et un suivi par les directions concernées a été assuré.
- Tous les rapports reçus sont consignés et suivis dans notre tableau interactif accessible à tous les acteurs concernés par ces recommandations.

NOS RÉSULTATS EN CHIFFRES

Événements par périodes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
2014-2015	462	413	329	287	292	323	272	255	253	289	308	291	246	4020
2013-2014	356	290	317	364	289	303	325	324	327	295	340	455	312	4297

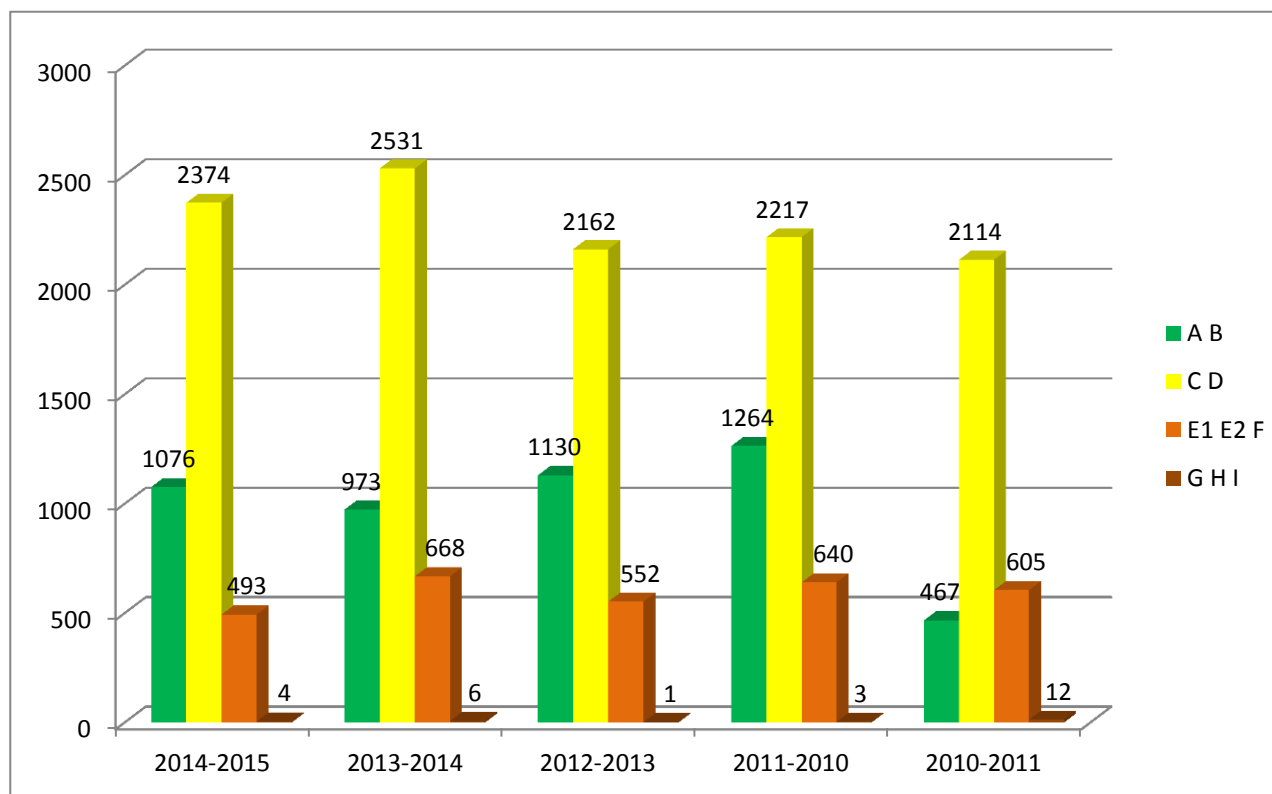
Types d'événements	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Autres	722	1303	1124	841	618
Chutes	1222	1202	1269	1231	1249
Médicaments	1089	1288	1303	1218	928
Tests diagnostiques	63	134	185	178	636
Traitements/interventions	85	107	132	96	333

Sur un total de 4020 événements	CSSS Pierre-De Saurel (%)		Québec (%)	
	2014-2015	2013-2014		
Accidents	71.4	76.7	86.5	
Incidents	26.7	20.06	13.5	
Non déterminés	2	3,07	0.03	
Accidents graves	0.3	0.6	0.06	
Décès	0.024	0.025	0.06	
Usagers	99	73.4	-	
Chez les femmes	44.7	47.1	-	
Âge 75 ans et +	43.4	-	52.3	
Installation la plus touchée	CH	CH	CHSLD et CH	
Accidents (2871)	CSSS Pierre-De Saurel (%)		CSSS Pierre-De Saurel Total (nombres)	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Sans conséquence (C)	34.5	33.7	992	1029
Conséquence appréhendée (D)	48.1	43.9	1382	1341
Conséquence temporaire (E1, E2)	16.3	21.3	469	651
Conséquence grave et permanente (F, G, H, I)	0.94	0.88	27	27
Décès	0.024	0.025	1	1

Type d'événement 2014-2015	Niveau de gravité										
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	I	ND	Total
Abus/ Agression/ Harcèlement/Intimidation	9	1	13	11	8					1	43
Autres	270	71	55	77	83	53	2	1	1	5	618
Bâtiment	8	8	1	2		1				3	23
Chute	55	64	365	518	177	19	9		1	41	1249
Diète	2	8	7	7	2		1				27
Effets personnels	12	2	9	4	1	2				2	32
Équipement	24	7	9	7	3	2					52
Matériel	22	20	11	10	4	2				1	70
Médicament	102	127	411	228	26	8	7			19	928
Problème de RDM	3	3	2	1							9
Test diagnostique imagerie	2	5	3	1	34		1				46
Test diagnostique laboratoire	112	16	25	432	5						590
Traitement/ Intervention	67	56	81	84	24	16	3		1	1	333
Total	688	388	992	1382	367	103	23	1	3	73	4020

Installation 2014-2015	Niveau de gravité										
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	I	ND	Total
CHSLD	48	78	281	372	135	24	4			62	1004
CLSC GASTON-BELANGER	30	25	84	62	33	9	5		1		249
HÔTEL-DIEU DE SOREL	610	285	627	948	199	70	14	1	1	11	2766
Total	688	388	992	1382	367	103	23	1	3	73	4020

Années financières	Niveaux de gravité											Total
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	ND	
2014-2015	688	388	992	1382	367	103	23	1		3	73	4020
2013-2014	624	349	1094	1437	533	109	26	5		1	119	4297
2012-2013	203	927	1236	926	495	46	11			1	467	4312
2011-2012	386	878	711	1506	570	50	20		1	2	193	4317
2010-2011	26	441	717	1397	530	59	16	6	1	5	280	3472
Total	1922	2975	4740	6640	2493	367	96	12	2	11	1132	20385



Commentaires concernant les résultats en chiffres

- La cartographie des couleurs reste jaune par rapport à l'année précédente, mais avec :
 - Une augmentation de 10 % dans la zone verte (incidents);
 - Une diminution de 6.2 % dans la zone jaune;
 - Une diminution de 26.2 % dans la zone orange (accidents graves);
 - Un seul décès parmi les 4 accidents avec conséquences permanentes.
- L'incidence des événements graves diminue.
- Les types d'événements vedettes restent toujours :
 - Les erreurs de médicaments avec une diminution de 24 % par rapport à l'année antérieure;
 - Les chutes;
 - Les événements de type «autres» erreurs liées au dossier.
- La déclaration des événements indésirables se maintient.
- Les hommes sont plus touchés que les femmes.
- Les usagers de 75 et + sont les plus vulnérables selon la tendance du Québec.

RECOMMANDATIONS DURANT L'ANNÉE

- Accélérer le processus de sécurisation des portes afin d'éviter que nos installations soient accessibles à tous.
- Réviser et faire respecter rigoureusement les règles d'administration des médicaments.
- Continuer la sensibilisation sur l'intégration dans la pratique de la règle des « 5 BONS ».
- Réviser et faire respecter la procédure de la double identification d'un usager/résident au CSSS Pierre-De Saurel.
- Participer à des rencontres de sensibilisation pour les infirmières et infirmiers, ainsi que les infirmières et infirmiers auxiliaires. Souligner l'importance de respecter les règles d'administration des médicaments et de procéder à une double identification de l'usager avant tout traitement ou soin.
- Sensibiliser les employés à une utilisation de l'approche de soins patients partenaires.
- Faire suivre nos procédures et politiques aux résidences qui nous fournissent des services en ressources intermédiaires.
- Sensibiliser les employés à la culture du non-blâme.
- Assurer la disponibilité de la feuille de niveau de soins.
- Utiliser les résultats du projet LEEGG à l'urgence comme référence.

- Promouvoir le projet trajectoire de soins des personnes âgées vulnérables.
- Réviser le processus d'évaluation et de transfert des patients à risque de chute, du département de l'urgence.
- Donner accès au DSQ aux infirmières ou infirmiers de l'accueil clinique et aux infirmières pivot en oncologie.
- Rédiger une procédure de traitements des divergences pour le Pyxis et former l'ensemble des infirmières et infirmiers assistant(e)s-chefs.
- Sensibiliser les professionnels à une rigueur en ce qui concerne la gestion des drogues contrôlées.
- Former le personnel et les chefs sur les principaux gestes à poser lors d'un code rouge, et ce, tout en standardisant nos procédures.
- Recommander au CMDP la réalisation d'une enquête afin de trouver des pistes d'amélioration concernant notre programme de prévention des chutes.
- Conserver la continuité de l'amélioration de notre processus de gestion des événements sur le sens de l'intégration. (Gestion intégrée des risques, ISO 31000).

NOS DÉFIS POUR LA PROCHAINE ANNÉE

- Suivre notre calendrier d'activités de sensibilisation reliée à la déclaration et la divulgation des événements.
- Continuer le processus d'amélioration concernant la compilation électronique des rapports de déclaration d'accident/incident.
- Continuer la décentralisation de la saisie électronique des rapports de déclaration d'accident/incident.
- Déployer le programme de gestion intégrée de la qualité et de la gestion intégrée des risques.
- Assurer une pérennité et l'amélioration continue dans toutes nos réalisations.
- Conserver la continuité de l'amélioration de notre processus de gestion des événements sur le sens de l'intégration. (Gestion intégrée des risques, ISO 31000).
- Harmoniser nos pratiques avec la nouvelle structure (CISSS de la Montérégie-Est).



Dr Michel Bernatchez

L'EXAMEN DES PLAINTES ET SA PROMOTION

COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

INTRODUCTION

C'est avec plaisir que je dépose le présent rapport annuel faisant état de l'évolution du processus de traitement des plaintes au CSSS Pierre-De Saurel. Ce document fait le bilan des plaintes déposées et traitées dans notre établissement entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015.

Comme par le passé, des tableaux comparatifs faisant référence aux années antérieures permettent de dresser certains constats de la réalité de notre organisation et de l'évolution des différents objets de plaintes au cours des années.

Ce rapport présente en outre les autres activités du commissaire, activités toujours relatives au traitement des insatisfactions des usagers... le commissaire, rappelons-le, étant à fonction exclusive dans l'établissement.

RÔLE ET MANDAT DU COMMISSAIRE

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

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

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

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

Les plaintes

Pour la présente année, le nombre de plaintes traitées accuse une hausse de 35 %. Le commissaire demeure disponible durant 3 jours complets par semaine, jours où les usagers peuvent le rencontrer à son bureau, situé à l'Hôtel-Dieu de Sorel. Pour les usagers ayant de la difficulté à se déplacer, le commissaire peut se déplacer pour les rencontrer. Dans les milieux d'hébergement, les rencontres se tiennent souvent dans les chambres des résidents ou dans des salles de rencontres mises à la disposition du commissaire par les responsables du centre d'hébergement.

Durant les 2 jours où le commissaire est absent, les usagers peuvent s'adresser à Mme Nancy Le Sollic, technicienne en administration qui, après avoir discuté avec l'utilisateur, s'assure qu'il reçoit dans les plus brefs délais un retour d'appel du commissaire pour effectuer avec celui-ci un suivi du dossier.

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

Plaintes déposées

Année	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice
2012-2013	15	108	123	103	20
2013-2014	20	95	115	98	17
2014-2015	9	128	137	126	11

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

Plaintes déposées par type d'installation

Installation	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Hôtel-Dieu de Sorel	64	79	81	105
Centres d'hébergement	8	11	5	8
CLSC Gaston-Bélanger	5	15	5	12
Ressources non institutionnelles	3	1	0	1
CSSS Pierre-De Saurel	2	2	4	2

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

Évolution du nombre d'objets de plaintes

Plaintes générales	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
	137	159	141	144

Les objets de plaintes

Les objets de plaintes se répartissent comme suit : les pourcentages représentent la proportion des objets traités par rapport à l'ensemble des objets traités dans l'année. Une comparaison est faite par rapport aux 3 dernières années, permettant ainsi de voir les variations dans le type de plaintes déposées.

Répartition des objets de plaintes

Objets de plaintes	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Accessibilité des services	24,09 %	20,75 %	22,70 %	22,92 %
Aspect financier	5,84 %	10,06 %	10,64 %	12,50 %
Exercice d'un droit	12,41 %	9,43 %	7,09 %	6,25 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	14,60 %	12,58 %	17,02 %	15,97 %
Relations interpersonnelles	17,52 %	10,06 %	17,73 %	19,44 %
Soins et services dispensés	25,55 %	37,11 %	23,40 %	21,53 %
Autres...	---	---	1,42 %	1,39 %

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

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

Accessibilité des services

Dans cette section se retrouve l'ensemble des plaintes relatives au temps d'attente, de quelque nature que ce soit. Plus spécifiquement, les 3 thèmes de plaintes reliées à l'accessibilité sont les suivantes :

- Temps d'attente pour des services médicaux;
- Temps d'attente pour obtenir un résultat ou rapport;
- Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous.

Aspect financier

Différentes réclamations financières ou des demandes de remboursement font parfois l'objet de plaintes. Voici 1 exemple de telles réclamations :

- La contestation de facture de frais de chambre;

Exercice d'un droit

Le volet relatif à l'exercice des droits comprend les plaintes de nature plus légale, notamment en vertu des droits des usagers décrits à la LSSSS

Les 2 volets ayant retenu davantage notre attention cette année sont les suivants :

- Le respect de la confidentialité;
- Le droit à l'information sur l'état de santé.

Organisation du milieu et ressources matérielles

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

- La sécurité et protection (perte de biens personnels);
- Le confort et commodité (hygiène des lieux);
- Tranquillité et bruit.

Relations interpersonnelles

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

- Le comportement des membres de notre personnel est remis en question (manque d'empathie, manque de politesse).

Soins et services dispensés

Il s'agit du secteur où sont comptabilisées les plaintes visant le travail de soins (volet clinique) du personnel. Les éléments suivants ont retenu davantage l'attention :

- La continuité (suivi, congé prématuré);
- La remise en question de différentes habiletés techniques et professionnelles des employés du CSSS;

Recommandations

Recommandations	2014-2015
Recommandations à portée individuelle	15
Recommandations à portée systémique	14

Les recommandations à portée individuelle ont, majoritairement, pour objectifs un ajustement financier, l'information et la sensibilisation d'un intervenant.

Les recommandations à portée systémique ont, majoritairement, pour objectif d'adopter ou réviser un protocole clinique ou administratif. L'adoption, la révision et l'application de règles et procédures.

Le deuxième palier d'examen des plaintes

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

Plaintes référées au Protecteur du citoyen	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
	1	3	5	6

Le CSSS n'a pas reçu de recommandation du Protecteur du citoyen en cours d'année.

Les interventions, les consultations et les demandes d'assistance

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

Il peut aussi intervenir suite à un signalement lorsqu'un usager ou un citoyen a connaissance que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés.

Les dossiers de consultation comprennent les demandes d'avis portant notamment sur toute question relevant de la compétence du commissaire local.

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

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Demandes d'assistance	120	148	86	45
Interventions	2	2	17	14
Consultations	12	11	8	7

Suivi des recommandations

Surtout par les travaux du comité de vigilance, un suivi est effectué relativement aux différentes recommandations formulées par le commissaire.

Au cours de l'année, c'est plus de 29 recommandations qui furent faites dans l'ensemble des directions du CSSS, soit 15 recommandations à portée individuelle, dont 9 recommandations pour un ajustement financier sur les frais de chambre et 3 recommandations sur l'information et la sensibilisation d'un intervenant. Soit 14 recommandations à portée systémique, dont 8 sur l'adaptation des soins et des services et 5 recommandations sur l'adoption, la révision et l'application de règles et de procédures. La majorité de celles-ci sont aujourd'hui réalisées ou en voie de l'être.

Autres fonctions du commissaire

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

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

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

RÔLE ET MANDAT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Pour l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, le conseil d'administration de l'établissement désigne, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un médecin examinateur.

Les plaintes

On remarque une baisse de 15 % des plaintes en 2014-2015. L'ensemble des plaintes concernent la mission de CHSGS (Hôtel Dieu de Sorel).

Année	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
2012-2013	3	13	16	13	3	2
2013-2014	3	27	30	21	9	3
2014-2015	12	23	35	26	9	0

Répartition des objets de plaintes

Objets de plaintes	2014-2015
Accessibilité des services	5,13 %
Aspect financier	0,00 %
Exercice d'un droit	5,13 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	0,00 %
Relations interpersonnelles	46,15 %
Soins et services dispensés	43,59 %
Autres...	0,00 %

Recommandations

Recommandations	2013-2014
Recommandation à portée individuelle	0
Recommandations à portée systémique	0

Les conclusions ont majoritairement porté sur des démarches d'amélioration.



Dr Pierre Martin
Médecin examinateur

CONCLUSION ET REMERCIEMENTS

Ce rapport annuel est l'occasion par excellence pour rappeler à nouveau l'importance de situer l'utilisateur au cœur de ces changements et dans nos préoccupations. D'ailleurs, l'utilisateur ne doit-il pas être la raison d'être de tous les gestes que nous posons quotidiennement?

Le régime d'examen des plaintes permet, par la participation de nos usagers ou des citoyens, l'amélioration des soins et services qui sont donnés dans notre établissement.

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

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



Jean-Jacques Lamarche
Commissaire local aux plaintes
et à la qualité des services

ANNEXE

CONSEIL
ET COMITÉS
DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION



CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENT : M. ANDRÉ LUSSIER

Membres :

M ^{mes}	Andrée Adam Lorraine Aussant Mélanie Boivin Josée Guay Jacqueline Lacoste France Lessard Annie Michaud Julie St-Germain, trésorière Julie Salvail Danielle Villiard
MM.	Martine Bouchard, directrice générale et secrétaire Jacques Bordeleau, vice-président Denis Boucher Daniel Brayer Daniel Côté Dominique Doyon D ^r Antoine Hejeily André Lussier, président

Secrétaire de réunion :

M ^{me}	Mélanie Jussaume, technicienne en administration à la Direction générale
-----------------	--

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

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

Assemblées publiques 2014-2015

Huit assemblées publiques ordinaires du conseil d'administration ont eu lieu à l'Hôtel-Dieu de Sorel aux mois de mai, juin, août, septembre, octobre et novembre 2014 ainsi qu'en février et mars 2015.

Comités

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



COMITÉ DE VÉRIFICATION

PRÉSIDENTE : Mme JULIE ST-GERMAIN

Membres :

- M^{mes} Martine Bouchard, directrice générale
Julie Salvail, administratrice
Annie Michaud, administratrice
- MM. Jacques Bordeleau, administrateur
André Lussier, président du conseil d'administration
Jean-Pierre Tremblay, directeur des ressources financières et immobilières

Secrétaire de réunion :

- M^{me} Mélanie Jussaume, technicienne en administration à la Direction générale

Le comité de vérification a tenu 13 rencontres en 2014-2015.

Points statutaires discutés à chacune des rencontres

- Suivi de l'équilibre budgétaire
- Rapports financiers
 - Indicateurs financiers
 - Risques financiers et cliniques
 - Compte de dépenses de la directrice générale
 - Correspondance financière reçue

Points de présentation ou de décision

16 avril 2014

- Nomination du vérificateur externe
- Appel d'offres public pour l'appareil colorateur à immunohistochimie
- Liste des contrats conclus par les organismes publics 2013-2014
- Visite et décision du ministère du Revenu du Québec

21 mai 2014

- Plan triennal 2013-2014 du maintien des actifs
- Plan triennal d'actifs immobiliers de 2013-2014 à 2015-2016

11 juin 2014

- Rapport du vérificateur pour l'exercice 2013-2014
- Rapport financier AS-471
- Budget préliminaire 2014-2015
- Appel d'offres pour le programme d'aide aux employés (PAE)
- Renouvellement du contrat avec Siemens (Axiom Luminos)

15 juillet 2014

- Budget 2014-2015
- Suivi des coûts avec l'entrepreneur général Pincor Itée
- Réfection de la maçonnerie des ailes A, B et C de l'Hôtel-Dieu de Sorel
- Travaux d'aménagement de la chaudière
- Contrat d'aménagement de l'unité de psychiatrie
- Mandat d'achat pour l'appareil en hémodialyse et consommables

7 août 2014

- Régime d'emprunt à long terme
- Plan triennal des équipements médicaux de 2013-2014 à 2015-2016
- Plan triennal des équipements non médicaux de 2013-2014 à 2015-2016

27 août 2014

- Mandat ophtalmologie

17 septembre 2014

- Suivi des mesures de redressement 2014-2015
- Autorisation d'emprunt temporaire

15 octobre 2014

- Suivi des mesures de redressement 2014-2015
- Reddition de comptes reliés au projet de loi 100
- Suivi des coûts avec l'entrepreneur général Pincor Itée
- Analyse de la consommation d'énergie 2014-2015
- Suivi du GMF
- Suivi du projet de loi 10

COMITÉ DE BIOÉTHIQUE

PRÉSIDENT : Dr PIERRE LARIN

Membres :

M ^{mes}	Martine Bouchard, directrice générale et secrétaire du comité M ^e Céline Falardeau, représentante des juristes Rachel Monast, représentante du conseil des infirmières et infirmiers (CII) et vice-présidente du comité Nelly Morin, représentante des citoyens Marianne Lafond, représentante des citoyens France Lessard, représentante du conseil multidisciplinaire (CM) Michèle Ouellet, représentante des spécialistes en éthique Maria Libert, représentante des administrateurs publics
MM.	Dan Brayer, représentant du conseil d'administration Jean Morvan, représentant du comité des usagers D ^r Louis Lavergne Jr., représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) Olivier St-Amand, représentant des citoyens

Secrétaire de réunion :

M ^{me}	Mélanie Jussaume, technicienne en administration à la Direction générale
-----------------	--

Le comité de bioéthique a tenu neuf rencontres en 2014-2015.

Activité sur la *Pratique au privé par le personnel du CSSS : des conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents ?*

- 16 avril 2014 – En comité : présentation d'une conférencière bioéthicienne et préparation d'un forum de discussion
- 22 avril 2014 – Forum de discussion sur le thème et sur la problématique avec une trentaine de participants
- 12 mai 2014 – En comité : présentation de l'analyse, discussion sur la problématique et outils de réflexion
- 3 juin 2014 – En comité : délibération des membres en vue d'établir les grandes lignes de l'avis à émettre
- 9 septembre 2014 – Présentation de l'avis du comité aux participants

Demandes de consultation*

- 30 septembre – Consentement aux soins : cas de refus de diète
- 25 novembre – Niveau de soins : patient aux soins intensifs
- 16 décembre – Services privés CHSLD et résidences : protection des usagers

Régulière

- 31 mars 2015 – Adoption des procès-verbaux, bilan annuel et dépôt d'un projet de politique à la suite de l'activité tenue au sujet de la pratique au privé par le personnel du CSSS.

* Avis émis disponibles pour consultation.

COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES

PRÉSIDENT : M. DENIS BOUCHER

Membres :

MM. D^r André Comtois
D^r Claude Morin

Secrétaire de réunion :

M^{me} Nancy Le Sollic, technicienne en administration à la DSIDSM

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

Pour l'année 2014-2015, aucune plainte médicale n'a fait l'objet d'une demande de révision provenant d'un usager, son représentant ou d'un professionnel.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

PRÉSIENTE : Mme JACQUELINE LACOSTE

Membres :

Madame Josée Guay, membre du conseil d'administration et vice-présidente du comité

Madame Martine Bouchard, directrice générale et secrétaire du comité

Monsieur André Lussier, président du CA

Monsieur Dan Brayer, représentant du comité des usagers et membre du conseil d'administration

Monsieur Jean-Jacques Lamarche, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Secrétaire de réunion :

M^{me} Nancy Le Sollic, technicienne en administration à la DSIDSM

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2014-2015

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

- Le 17 avril 2014
- Le 12 juin 2014
- Le 12 novembre 2014
- Le 19 février 2015

Ces rencontres ont porté sur les éléments suivants :

- Suivis sur la gestion des risques et de la qualité;
- Suivi du dossier d'Agrément Canada;
- Événements sentinelles, qui par ailleurs sont en baisse;
- Les différentes formations au niveau de la DSI-DSM et de la gestion des risques déployées aux employés du CSSS;
- Tableau de suivi des déclarations d'événements indésirables;
- Rapport et suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Amélioration de la disponibilité pour la réception des appels concernant les plaintes;
- Deux avis du comité bioéthique : Attouchements, services privés et protection des victimes actuelles et futures et Refus plan d'intervention et sécurité compromise;
- La vaccination influenza;
- La double identification;
- La sécurité des lieux.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA GESTION DES TALENTS

PRÉSIDENT : M. DANIEL CÔTÉ

Membres :

M ^{mes}	Andrée Adam, membre du conseil d'administration Martine Bouchard, directrice générale et secrétaire du comité Josée Guay, membre du conseil d'administration M ^e Céline Falardeau, codirectrice de la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO)
MM.	Denis Boucher, membre du conseil d'administration André Lussier, président du conseil d'administration – membre d'office Daniel Vincent, codirecteur de la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO)

Secrétaire de réunion :

M ^{me}	Mélanie Jussaume, technicienne en administration à la Direction générale
-----------------	--

Le comité des ressources humaines et de la gestion des talents a tenu quatre rencontres en 2014-2015 :

- 10 juin 2014
- 8 octobre 2014
- 14 janvier 2015
- 11 mars 2015

Points statutaires discutés à chacune des rencontres (statistiques) :

- Tableau de bord sur les ressources humaines :
 - Dotation – Entrevues d'embauche et de départ (information qualitative)
 - Mouvements internes – Affichages et nominations
 - Disponibilité de la main-d'œuvre (MO) – Ratio de temps supplémentaire et de recours à la main-d'œuvre indépendante
- État des griefs

- Nombre de griefs actifs par syndicat
 - Nombre de griefs déposés par syndicat
 - Nombre de griefs réglés par syndicat
 - Ratio des griefs déposés selon le nombre d'employés par syndicat
 - Proposition d'une procédure de réclamation avant grief et négociation d'ententes globales par syndicat. Ententes de règlement global avec la CSN de la catégorie 3 et FIQ
- Griefs déposés :
 - Mesure disciplinaire
 - Congédiement
 - Prime
 - Orientation
 - Libération syndicale
 - Surcroît
 - Bureau de santé / assurance
 - Réclamation / remplacement
 - Temps supplémentaire
 - Déplacement
 - Affichage de poste
 - Abolition de poste
 - Rémunération
 - Vacances / congés
 - Divers
- Dossiers d'invalidité :
 - Nombre de nouveaux dossiers
 - Nombre de dossiers actifs
 - Nombre de dossiers par catégorie d'emploi
 - Nombre de dossiers par catégorie de diagnostic
 - Nombre par type de contact
 - Nombre par siège de lésion
 - Entente à forfait avec Monette Barakett pour la gestion des dossiers de partage des coûts avec la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) (récupération d'environ 150 000 \$ la première année)

Autres éléments de discussion :

- Projet de modification des horaires à l'urgence pour le personnel infirmier
- Réorganisation de la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO)
- Orientation et formation – Présentation du portrait pour toutes les catégories d'emploi et projet de développement d'un guide d'orientation avec tronc commun
- Programme de référencement – 163 références et 51 embauches
- Gestion intégrée de la présence au travail
- Plainte de l'unité des soins intensifs et actions mises en place
- Journée d'accueil des nouveaux employés
- Inventaire des postes
- Gestion de conflits
- Stagiaires et financement par direction
- Bureau de la performance, de la qualité des données, des technologies de l'information et du développement
- Décret des employés syndiqués non syndiqués (SNS) et adoption par le conseil d'administration des dispositions nationales et locales des conditions de travail du personnel SNS
- Projet de loi 10 et enjeux – Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux
- Projet de loi 15 - Gel des effectifs pour une période indéterminée
- Projet de loi 20 - Baisse considérable de revenus pour les médecins
- Projet de loi 30 - Fusion des accréditations syndicales

COMITÉ DES USAGERS

PRÉSIDENTE : Mme DANIELLE VILLIARD

Membres :

- M^{mes}** Martine Bouchard, directrice générale et secrétaire du comité
Claudette Larouche (usagers)
Sylvie Lebrun (usagers)
Lyse Lemyre (usagers)
MM. Raymonde Verville (comité des résidents (CHJAP))
Dan Brayer (comité des résidents CHÉL)
Normand Brouillard (usagers)
Michel Létourneau (usagers)
Jean Morvan, vice-président (comité des résidents CHT)

Secrétaire de réunion :

- M^{me}** Rachel Morin-Guertin, technicienne en administration à la Direction générale

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

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

Revue des activités 2014-2015 :

- Assemblée générale du 27 mai 2014;
- Tenue de 9 réunions régulières, d'avril 2014 à mars 2015;
- Participation du comité au colloque annuel du conseil pour la protection des malades (CPM);
- Participation aux assemblées générales des trois comités de résidents;

Priorités 2014-2015

À court terme

- Publi-reportages dans les journaux sur les droits des usagers et les services qu'ils sont en droit de recevoir du CSSS.

À moyen terme

- Encourager la philosophie du CSSS dans l'accompagnement du patient-partenaire.

À long terme

- Vigilance constante sur l'hygiène et la salubrité des installations du CSSS.

Dossiers particuliers :

- Révision des règles de fonctionnement du comité des usagers et des comités de résidents;
- Irrégularités des bornes de stationnement à l'HDS et au CLSC;
- Difficulté d'accès des usagers en fauteuils roulants au CHJAP suite au récent aménagement de l'entrée;
- Irrégularités du seuil de l'entrée principale de l'HDS;
- Suivi des recommandations du Ministère aux centres d'hébergement;
- Manque de serviettes en centres d'hébergement;
- Semaine des droits des usagers;
- Cueillette mensuelle des commentaires – suggestions dans les boîtes de sondage installées à l'HDS et au CLSC + suivis;
- Analyse des rapports financiers du comité des usagers;
- Plan de communication et projets de commandites 2014-2015;
- Problèmes d'habillement des personnes hébergées pour examens en radiologie;
- Implication dans la rédaction d'un questionnaire s'adressant à la famille d'un usager potentiellement inapte;
- Consultation auprès de Me Falardeau;
- Invitations à différents porteurs de dossiers :
 - Direction générale et adjoint;
 - Cheminement d'une demande en chirurgie;
 - Direction des programmes de soutien à l'APA;
 - Philosophie du CSSS dans l'accompagnement du patient-partenaire.

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CECII)

PRÉSIDENTE : Mme KARINE SPICK

Membres :

Karyne Spick, Présidente
Mélanie Boivin, Vice-présidente
Sophie Dubois, Secrétaire
Chantal Samson, Officier
Christine Dumas-Fleury, Officier
Mélanie Roux, Officier
Annie Ménard, Présidente CIIA
Marie-Claude Poliquin, Officier CIIA
Sandra Campagnone, Officier CIIA
Lorraine Turcotte, Officier CIIA
Annik Labrie, Officier CIIA
Annie Lemoine, Directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires
Martine Bouchard, Directrice générale

Nos activités se sont centrées sur notre mandat premier envers le CA qui est d'apprécier de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le CSSS Pierre-De Saurel et de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers. Cependant, ce fut particulièrement une année de consolidation des différents projets préalablement acceptés par le CII en 2013-2014.

Bilan

Pour cette année, il y a eu 5 rencontres du CII et 4 rencontres du CECII. Une des rencontres du CECII a été remplacée, avec l'accord de tous les membres, pour une participation de leur part, aux audits de qualité.

En effet, il y a eu réalisation, consolidation, ainsi que pérennisation des projets suivants :

- Élaboration, création et mise en place de calendriers pour les usagers;
- Création du dépliant CECII;
- Diffusion des règles de soins consultées par les membres du CECII en 2014.

Nous avons également :

- Émis notre avis sur :
 - Implantation des OC suivantes : 007 Initier contraception hormonale et 010 Initier la contraception orale d'urgence (cou);
 - Politique de stage;
 - Programme de traumatologie.
- Participé aux audits de qualité;
- Organisé une conférence scientifique avec la collaboration de Dr Pierre Royal et des infirmières praticiennes spécialisées (IPS);
- Rencontré diverses personnes du CSSS faisant la promotion de projet dans l'organisation :
 - Marie-Josée Denis (Infirmière chef urgence)
Sujet : Programme continuum Trauma
 - Hélène Lacroix (coordonnatrice des programmes de santé physique)
Sujet : Trajectoire de soins
 - Jennifer Brusher (IPS)
Sujet : Rôle des IPS
 - Mélanie Boivin (cons. spécialisée en soins inf.) en remplacement de Nancy Valois (Infirmière chef UF et 4D/pédiatrie)
Sujet : Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)
 - Julie Allard (cons. spécialisée en soins inf.) et Marie-Andrée Caplette (cons en soins infirmiers volet préceptorat)
Sujet : Programme de préceptorat
 - Michèle Ouellet (cons. spécialisée aux activités cliniques)
Sujet : Patient-partenaire.
 - Annie Lemoine (directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires)
Sujets : plan de formation, projet commun patient-partenaire (CII-CM-CMDP), loi 10, projet organisationnel MOITS-2A, bulletin DSI/DSM, résultats des audits de qualité, AAPA.

Informations complémentaires

Documents pertinents diffusés durant l'année par la DSI/DSM afin de bien encadrer la pratique infirmière:

- Règles de soins infirmiers :
 - RSI 012 Surveillance infirmière des usagers sous télémétrie;
 - RSI 018 Responsabilité du personnel auprès des usagers/résidents nécessitant la mise en place d'un niveau de surveillance;
 - RSI 020 Partage des rôles entre infirmières, infirmières auxiliaires dans l'administration des médicaments prescrits au besoin (PRN) selon une ordonnance médicale;
 - RSI 021 Introduction d'un cathéter court en mode urgence;
 - RSI 023 Effectuer un dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang;
 - RSI 026 Soins des pieds des résidents en centres d'hébergement et en ressources intermédiaires.
- Ordonnances collectives :

Ordonnances collectives (anciennement ordonnances permanentes) en hébergement :

 - OC 034 Initier l'administration d'hydroxyde de magnésium/aluminium (**Almagel®**) pour un résident adulte;
 - OC 035 Initier l'administration de dimenhhydrinate (**Gravol®**) pour un résident adulte;
 - OC 038 Initier protocole de **constipation** chez l'adulte (CHSLD et HDS);
 - OC 040 Initier l'administration de **larmes artificielles** pour un résident adulte;
 - OC 044 Éliminer l'obstruction d'une sonde d'alimentation entérale (sonde nasogastrique, gastrostomie, jéjunostomie) (CHSLD et HDS);
 - OC 073 Initier le traitement de l'infection gonococcique et de l'infection génitale à Chlamydia trachomatis (CLSC);
 - OC 083 Initier l'administration d'**acétaminophène** pour tout résident adulte.

Suivi des différents comités. Une infirmière siège sur chacun des comités suivants :

- Comité bioéthique;
- Comité hygiène des mains;
- Gestion des risques;
- Conseil d'administration.

Cette année, plusieurs infirmières, dont un membre du CECII, ont participé au congrès de l'OIIQ tenu les 3 et 4 novembre.

Participation de la présidente madame Karyne Spick à une journée d'échanges et d'information par l'OIIQ à l'intention des directrices et directeurs de soins infirmiers, des présidentes et présidents de CII et des commissions infirmières régionales.

Dans le cadre d'une formation en soins de plaies sur les ulcères des membres inférieurs, la Banque National a défrayé les repas et collations pour les infirmières et infirmières auxiliaires participantes.

Concernant le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), nous les invitons à se joindre au comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) pour favoriser la collaboration professionnelle.

Conclusion

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers du CSSS Pierre-De-Saurel demeure engagé dans la démarche continue de qualité et d'amélioration des soins. Nous demeurons convaincues qu'un CECII représenté par les diverses missions nous assure une meilleure connaissance des pratiques et des enjeux de la profession infirmière. Nous souhaitons poursuivre et consolider notre visibilité au sein de l'établissement et dans un avenir proche au sein du CISSS.



Karyne Spick

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CECMDP)

PRÉSIDENTE : Dre MYLÈNE CÔTÉ

Membres :

- D^{rs} Antoine Hejeily, vice-président
Hesham Guirguis, 2^e vice-président
Adel Habib, trésorier
Aline Jacques, secrétaire
Gérald Désaulniers, directeur des services professionnels
- M^{mes} Martine Bouchard, directrice générale
Sylvie Joyal, technicienne en administration

Secrétaire de réunion :

- M^{me} Sylvie Joyal, technicienne en administration à la Direction des services professionnels

Le CMDP regroupe 109 membres impliqués au sein de plusieurs comités :

- Comité des titres (2 réunions);
- Comité de discipline *ad hoc*;
- Groupe de travail sur l'élaboration des protocoles (5 réunions);
- Comité des tumeurs (6 réunions);
- Comité de prévention et contrôle des infections (9 réunions);
- Comité de pharmacologie (6 réunions);
- Comité de dons d'organes;
- Comité de formation médicale continue;
- Groupe de travail pour l'optimisation des examens de laboratoire;
- Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique;
- Comité de recrutement;
- Comité local du DRMG (6 réunions);
- Comité local de traumatologie;
- Représentant au comité de révision des plaintes;
- Représentant au comité bioéthique;
- Représentant au comité des formulaires;
- Représentant au conseil d'administration;
- Représentant à la Fondation de l'Hôtel-Dieu de Sorel;
- Représentant à Agrément Canada.

Depuis la création du CSSS Pierre-De Saurel en 2004, le CECMDP a tenu 114 réunions et pris sur résolution 1084 décisions, c'est-à-dire 12 réunions et 147 résolutions en 2014-2015 :

- 8 assemblées ordinaires;
- 2 assemblées générales ordinaires;
- 1 assemblée générale extraordinaire;
- 1 assemblée générale annuelle.

Afin de remplir ses responsabilités, de poursuivre son travail de coordination et de surveillance de la qualité de l'acte professionnel, le CECMDP a :

- Travaillé étroitement avec le comité de pharmacologie à la mise à jour du formulaire thérapeutique selon les règles de pratiques récentes, à la transmission d'avis de sécurité, à l'élaboration d'ordonnances collectives et préétablies;
- Adopté les versions améliorées d'ordonnances collectives et préétablies par le groupe d'élaboration des protocoles, par l'accueil clinique et par la Direction des soins infirmiers, des services multidisciplinaires, de la qualité et de la gestion des risques;
- Adopté les versions révisées des règlements de tous les départements médicaux et de la régie interne du CMDP;
- Recommandé le renouvellement des statuts et privilèges de tous les membres du CMDP jusqu'en mars 2018 afin d'avoir un portrait juste de nos effectifs à la veille de la création du CISSS de la Montérégie-Est;
- Recommandé la création d'un comité paritaire transitoire issu de la fusion des CECMDP des établissements formant le CISSS de la Montérégie-Est afin d'assurer la continuité et la transition dans les fonctions dévolues au CECMDP;

- Traité et transmis les recommandations du médecin examinateur à la suite de l'étude des plaintes aux membres concernés afin d'éviter la répétition d'événements malheureux;
- Contribué à améliorer le délai d'attente pour les examens radiologiques en externe, pour la transcription de la dictée des résultats de l'imagerie et pour la gestion des résultats alertes;
- Consolidé les corridors de service en chirurgie vasculaire, traumatologie et résonnance magnétique;
- Collaboré activement au recrutement et à la rétention de nouveaux membres afin de consolider nos effectifs;
- Collaboré à la rédaction de précision dans les règlements des départements afin, entre autres, d'assurer une meilleure coordination des absences et gestion des résultats anormaux;
- Supervisé les activités des sous-comités de l'évaluation de la qualité de l'acte et de la mortalité-morbidité.

Le CECMDP croit fermement que la réalisation de ses mandats passe par une gestion de proximité et une connaissance directe du milieu dans lequel il exerce ses fonctions.

Lors de la fusion de l'établissement pour former le CISSS de la Montérégie-Est, le CECMDP prône une gouvernance locale avec une représentation paritaire au sein d'un CMDP central.



Dre Mylène Côté

COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CECM)

PRÉSIDENTE : Mme JULIE MATHIEU

Membres :

Annie Lemoine, DSIDSM
Annie Pelletier, vice-présidente
Draga Popovic
Lyne Côté
Martine Bouchard, directrice générale
Nadia Lambert
Véronique Bibeau, secrétaire

Vie associative

- Six assemblées du Conseil exécutif.
- Une assemblée générale extraordinaire le 1er octobre 2014.
- Une assemblée générale annuelle le 17 mars 2015.

Avis sollicités

- Émis : deux avis sur la politique de gestion de stages.

Réalisations à venir

- Évènement commun des trois conseils consultatifs sur l'approche patient-partenaire. Soit une conférence de M. André Néron : « Virage patient-partenaire vers un dialogue pour faire équipe » qui aura lieu le 1^{er} avril 2015.

Suites données aux demandes des membres

- Politique de gestion de stages adoptée le 28 mai 2013.
- Comité des répondants professionnels.

Délégations

- Délégation de Daniel Verrette au comité de gestion des risques.
- Délégation de Annie Pelletier au 12^e Colloque annuel de l'ACMQ « Impacts de l'optimisation sur notre pratique professionnelle ».
- Délégation de France Lessard au comité bioéthique.
- Délégation de France Lessard au C.A.
- Délégation de Julie Mathieu au comité d'hygiène des mains.

Dossiers en cours

- Infections nosocomiales – Suivi de la situation
- Projet de quatre comités de pairs :
 - Service social : activité midi-clinique pour un développement professionnel (connaissances et habiletés) qui s'est poursuivi;
 - Ergothérapie : suivi/intégration du projet non-ergo en CH qui s'est poursuivi;
 - Service psychoéducation et éducateur spécialisé : création de documents uniformisés;
 - Nutrition : création de documents d'évaluation uniformisés.



Julie Mathieu

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CSSS PIERRE-DE SAUREL

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

En 2013-2014, aucun cas ni manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été porté à la connaissance des instances disciplinaires.

Devoirs et obligations

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

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

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

Confidentialité et discrétion

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

Relations publiques

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

Règles de conduite

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

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

Avantages ou bénéfices indus

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

Conflits d'intérêts

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

Régime de sanction

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

Enquête et immunité

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

Devoirs et obligations de l'après-mandat

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

ANNEXE

ENTENTE
DE GESTION



ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTATION

SANTÉ PUBLIQUE – VACCINATION

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagement 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
1.01.13 EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	50 %	65 %	60 %	78.9 %	10 %	13.9 %
1.01.14 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	90 %	95.9 %	90 %	93.9 %	0 %	-2.0 %
1.01.15 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	90 %	75.1 %	90 %	72.2 %	0 %	-2.9 %
16.01.00	Le CSSS aura réalisé les activités lui permettant d'atteindre les résultats inscrits à son plan d'action local de santé publique	Oui	Oui	Oui	Oui		
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 1 jour (prénatale) au cours de l'année de référence	0.30	0.32	0.33	0.41	0.03	0.09
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	0.70	0.75	0.76	0.71	0.06	- 0.04 %
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	0.22	0.28	0.29	0.28	0.07	0

1.01.12. B4 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e mois au 60e mois de vie de l'enfant (postnatale 3) au cours de l'année de référence	0.15	0.14	0.15	0.11	0	-0.03 %
-----------------	--	------	------	------	------	---	---------

SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
1.01.19.1 PS	Le CHSGS présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les diarrhées associées au Clostridium difficile d'origine nosocomiale	Oui	Oui	Oui	Oui		
1.01.19.2 PS	Le CHSGS présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les bactériémies nosocomiales à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	Oui	Oui	Oui	Oui		
1.01.19.3 PS	Le CHSGS présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	-	-	Oui	Oui		

Commentaires et précisions :

Nous avons eu 5 périodes durant l'année sans cas de Clostridium difficile nosocomial.

Notre taux de nouveaux cas de SARM pour la région est de 42 % inférieur à celui de Montérégie.

SOUTIEN À DOMICILE LONGUE DURÉE

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
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)	112 061	113 398	114 815	115 070	2 754	1 672
S1.3.5.2	Nombre d'utilisateurs différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS- mission CLSC)	2 298	2 300	2 320	2086	22	-214

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT – SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Objectifs	Résultats	Objectifs	Résultats		
1.03.06 PS	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les RLS	68 %	74.06 %	74 %	78.15 %	6 %	4.09 %
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	N/D	87.28 %	100 %	84 % pour les composantes 1, 2 et 6	N/D	N/A

(1) Mise en place des plans régional et local d'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier

JEUNES EN DIFFICULTÉ

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
1.06.10 PS	Mise en place d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace	Oui	Oui	Implantation des 5 volets du programme	Oui		
16.06.01	Nombre d'utilisateurs âgés de moins de 22 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC (DI-TED/DP))	N/D	50	50	60	N/D	
16.06.02	Nombre d'utilisateurs âgés de moins de 18 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) (JED)	N/D	98	98	49	N/D	

DÉPENDANCES

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
1.07.05 PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1re ligne, en toxicomane et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	Augmentation	11	18	22	N/A	11

SANTÉ MENTALE

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014- 2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014- 2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
1.08.05 PS	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services - Établissement - CSSS/OC Ententes	38 18	32 24	38 18	51 ?	0 0	19
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	40	40	40	39	0	-1
1.08.09 PS	Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	N/D	887	887	943	N/D	56
1.08.C PS	Nombre d'utilisateurs de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	180	203	203	247	23	44
1.08.D PS	Nombre d'utilisateurs de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	555	684	684	605	129	-79

SANTÉ PHYSIQUE – SÉJOUR À L'URGENCE

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Objectifs	Résultats	Objectifs	Résultats		
1.09.01 PS	Séjour moyen sur civière (durée)	12	16.62	12	15.48	0	-1.14 %
1.09.03 PS	Pourcentage de séjour de 48h et plus sur civière	1 %	4.3 %	0 %	2.7 %	-1 %	-1.6 %
1.09.31 PS	Pourcentage de séjour de 24h et plus sur civière	15 %	26.88 %	15 %	24.13	0 %	-2.75 %

SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE- DURÉE DE L'ATTENTE

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
1.09.20.01 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale de la hanche	90 %	57.4 %	90 %	85.1 %	0 %	27.7 %
1.09.20.02 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale du genou	90 %	43.5 %	90 %	80.6 %	0 %	37.1 %
1.09.20.03 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	90 %	97.1 %	90 %	99.5 %	0 %	2.4 %
1.09.20.04 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	90 %	90.2 %	90 %	87.8 %	0 %	-2.4 %
1.09.20.05 PS	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	90 %	98.4 %	90 %	95.8 %	0 %	-2.6 %

1.09.32.01 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	0	0	0	0
1.09.32.02 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale du genou	0	0	0	0	0	0
1.09.32.03 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte	0	1	0	0	0	-1
1.09.32.04 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour	0	5	0	0	0	-5
1.09.32.05 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation	0	0	0	0	0	0

SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Objectifs	Résultats	Objectifs	Résultats		
1.09.33.01 PS	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	80 %	66.1 %	90 %	57.7 %	10 %	-8.4 %
1.09.33.02 PS	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	N/D	92.4 %	100	93.8 %	N/D	1.4 %

SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014- 2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
1.09.34.01 EG2	Proportion des demandes de service en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	90 %	100 %	100 %	100 %	10 %	0 %
1.09.34.02 EG2	Proportion des demandes de service en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	90 %	100 %	100 %	100 %	10 %	0 %
1.09.34.03 EG2	Proportion des demandes de service en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	90 %	0 %	100 %	0 %	10 %	N/A
1.09.34.04 EG2	Proportion des demandes de service en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	90 %	100 %	100 %	100 %	10 %	0 %
1.09.34.05 EG2	Proportion des demandes de service en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	90 %	19.6 %	100 %	17.4 %	10 %	-2.2 %
1.09.34.06 EG2	Proportion des demandes de service en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	90 %	100 %	100 %	100 %	10 %	0 %
1.09.34.07 EG2	Proportion des demandes de service en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	90 %	58.6 %	100 %	54.6 %	10 %	-4.0 %
1.09.34.08 EG2	Proportion des demandes de service en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	90 %	59.4 %	100 %	56.1 %	10 %	-3.3 %

1.09.34.09 EG2	Proportion des demandes de service en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	90 %	100 %	100 %	100 %	10 %	0 %
1.09.35.01 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	100 %	84.3 %	100 %	86.0 %	0 %	2.3 %
1.09.35.02 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	100 %	88.1 %	100 %	92.7 %	0 %	4.6 %
1.09.35.03 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	N/A
1.09.35.04 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %
1.09.35.05 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %
1.09.35.06 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %
1.09.35.07 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	100 %	99.2 %	100 %	100 %	0 %	0.8 %
1.09.35.08 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	100 %	97.1 %	100 %	87.4 %	0 %	-9.7 %
1.09.35.09 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %

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	90 %	100 %	100 %	100 %	10 %	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	90 %	100 %	100 %	100 %	10 %	0 %
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	90 %	0 %	100 %	0 %	10 %	N/A
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	90 %	100 %	100 %	100 %	10 %	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	90 %	100 %	100 %	63.68 %	10 %	-36.32 %
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	90 %	100 %	100 %	100 %	10 %	0 %
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	90 %	97.50 %	100 %	100 %	10 %	2.5 %
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	90 %	70.82 %	100 %	61.55 %	10 %	-9.27 %
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	90 %	100 %	100 %	100 %	10 %	0 %

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	100 %	2.34 %	100 %	54.04 %	0 %	51.7 %
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	100 %	5.31 %	100 %	81.21 %	0 %	75.9 %
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	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	N/A
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	100 %	92.07 %	100 %	100 %	0 %	7.93 %
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	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %
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 écho. mammaires	100 %	6.32 %	100 %	68.97 %	0 %	62.65 %
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	100 %	10.21 %	100 %	60.92 %	0 %	50.71 %
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	100 %	14.57 %	100 %	78.85 %	0 %	64.28 %
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	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %

Commentaires et précisions :

Nous réalisons, depuis 2014, des échographies trans-oesophagiennes au lieu des échos cardiaques, la précision est améliorée.

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
2.02.02 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 - Relevé des équipements, du matériel et des surfaces - Service responsable de l'intégrité sanitaire - Registre de suivi	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %
		100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %
		100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %
		100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	0 %

DÉFICIENCE PHYSIQUE

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
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	90 %	74.1 %	90 %	76.9 %	0 %	2.8 %
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	90 %	66.7 %	90 %	0 %	0 %	-66.7 %
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	90 %	66.7 %	90 %	N/A	0 %	N/A

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	90 %	78.4 %	90 %	83.3 %	0 %	-4.9 %
---------------	---	------	--------	------	--------	-----	--------

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
1.45.05.01 PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED – TOUS ÂGES- TOUTES PRIORITÉS	90 %	83.3 %	90 %	63.3 %	0 %	-20.0 %
1.45.05.02 PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED – TOUS ÂGES- PRIORITÉ URGENTE	90 %	50 %	90 %	0 %	0 %	-50 %
1.45.05.03 PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED – TOUS ÂGES- PRIORITÉ ÉLEVÉE	90 %	83.3 %	90 %	33.3 %	0 %	-50.0 %
1.45.05.04 PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED – TOUS ÂGES- PRIORITÉ MODÉRÉE	90 %	85.7 %	90 %	73.9 %	0 %	-11.8 %

RESSOURCES HUMAINES

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014- 2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
3.01 PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5.28 %	7.70 %	6 %	7.50 %	0.72 %	-0.20 %
3.05.01 PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5.62 %	7.07 %	5.33 %	6.36 %	-0.29 %	-0.71 %
3.05.02 PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3.70 %	4.51 %	3.37 %	3.93 %	-0.33 %	-0.58 %
3.06.01 PS	Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les infirmières	4.06 %	1.51 %	3.61 %	2.04 %	-0.45 %	0.53 %
3.06.02 PS	Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0.00 %	0.01 %	0.00 %	0.12 %	0 %	0.11 %
3.06.03 PS	Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0.69 %	0.00 %	0.69 %	0.00 %	0 %	0 %
3.06.04 PS	Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	2.24 %	0.00 %	1.97 %	0.28 %	-0.27 %	0.28 %
3.08 PS	L'établissement aura mis à jour son plan de main d'œuvre	N/D	Oui	Oui	Oui		
3.09 PS	L'établissement aura réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	N/D	Oui	Oui	Oui		
3.10 PS	L'établissement ciblé aura mis en œuvre un programme de soutien clinique – Volet préceptorat	N/D	Oui	Oui	Oui		
3.13 PS	L'établissement est accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Oui	Oui	Oui	Oui		

3.14 PS	L'établissement aura obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	ND	Oui	Oui	Oui		
---------	---	----	-----	-----	-----	--	--

URGENCES - DÉSENCOMBREMENT

N°	Objet d'entente (indicateur)	2013-2014		2014-2015		Variation engagements 2013-2014 VS 2014-2015	Variation résultats 2013-2014 VS 2014-2015
		Engagement	Résultats	Engagement	Résultats		
4.01.01 EG2	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post-hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD) par CH	3 et moins	2.7	3 et moins	4.4	0	1.7
4.01.02 EG2	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	3 et moins	2.1	3 et moins	2.2	0	0.1
4.01.03 EG2	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	3 et moins	0.5	3 et moins	0.7	0	0.2
4.01.04 EG2	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	3 et moins	0.2	3 et moins	0.2	0	0
4.01.05 EG2	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3 et moins	2.5	3 et moins	0.3	0	-2.2
4.01.06 EG2	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3 et moins	0.3	3 et moins	0.1	0	-0.2
4.01.07 EG2	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	3 et moins	N/D	3 et moins	0.2	0	N/D

N°	Objet d'entente (indicateur)	2012-2013		2013-2014		Variation objectifs 2012-2013 VS 2013- 2014	Variation résultats 2012-2013 VS 2013- 2014
		Objectifs	Résultats	Objectifs	Résultats		
6.01.01 EG2	Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux mise à jour dans les délais	N/D	99 %	95 %	99 %	N/D	0 %

ANNEXE

ÉTATS FINANCIERS
ET ANALYSE
DES RÉSULTATS
DES OPÉRATIONS



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

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

	Total de janvier à mars				
	Travaillées	Heures supplémentaires	Total	Nombre ETC	Nombre individus
2014	668 323	22 507	690 831	1 347	1 553
2015	673 880	20 124	694 004	1 358	1 571
Variation	0.8 %	(10.6 %)	0.5 %	0.9 %	1.2 %

CONTRATS DE SERVICES

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

	Nombre	Valeur
Contrats avec une personne physique ¹	0	0 \$
Contrats avec un contractant autre qu'une personne physique ²	7	301 000 \$
Total des contrats de services	7	301 000 \$

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.

Notes explicatives : Une baisse des heures supplémentaires et de la MOI ont un impact sur les heures travaillées et le nombre d'ETC. Des comités CISSS de la Montérégie-Est de meilleures pratiques ont été mis en place sur le MOI/TS, Orientation.

ÉTATS FINANCIERS

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS Pierre-de-Saurel

1104-4567

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve

O : Observation

C : Commentaire

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

R : Régulé

PR : Partiellement Régulé

NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
Contrat de location avec la Société immobilière du Québec	2011-2012	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres</i>						

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres

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

Rapport à la gouvernance

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI:P408) 1	117 647 557	115 057 186	5 694 159	120 751 345	115 937 217
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294) 2					
Contributions des usagers 3	6 902 725	7 088 649	XXXX	7 088 649	6 641 116
Ventes de services et recouvrements 4	1 338 244	1 748 069	XXXX	1 748 069	1 410 893
Donations (FI:P294) 5	280 000		254 315	254 315	263 515
Revenus de placement (FI:P302) 6	82 000	66 260		66 260	88 749
Revenus de type commercial 7	15 000	22 548	XXXX	22 548	16 133
Gain sur disposition (FI:P302) 8					
9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302) 11	683 422	889 068		889 068	641 796
TOTAL (L.01 à L.11) 12	126 948 948	124 871 780	5 948 474	130 820 254	124 999 419

CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	86 993 021	88 571 066	XXXX	88 571 066	85 618 905
Médicaments	14	4 215 060	4 285 343	XXXX	4 285 343	4 130 864
Produits sanguins	15	2 707 649	3 081 401	XXXX	3 081 401	2 636 140
Fournitures médicales et chirurgicales	16	5 782 153	5 804 173	XXXX	5 804 173	5 621 256
Denrées alimentaires	17	1 315 038	1 284 264	XXXX	1 284 264	1 291 484
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	6 472 441	6 616 323	XXXX	6 616 323	6 336 075
Frais financiers (FI:P325)	19	2 142 579	120 579	2 045 707	2 166 286	2 015 232
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	1 080 630	1 148 355		1 148 355	1 133 579
Créances douteuses	21		221 787	XXXX	221 787	8 766
Loyers	22	237 827	238 058	XXXX	238 058	238 506
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	3 700 000	XXXX	3 367 834	3 367 834	3 337 323
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	11 536 045	12 534 851		12 534 851	12 497 225
TOTAL (L.13 à L.27)	28	126 182 443	123 906 200	5 413 541	129 319 741	124 865 355
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	766 505	965 580	534 933	1 500 513	134 064

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

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(2 865 020)	325 389	(2 539 631)	(2 673 695)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(2 865 020)	325 389	(2 539 631)	(2 673 695)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	965 580	534 933	1 500 513	134 064	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(1 899 440)	860 322	(1 039 118)	(2 539 631)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(1 039 118)	(2 539 631)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(1 039 118)	(2 539 631)	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	(295 934)	1 406 837	1 110 903	4 686 982
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	7 205 155	880 561	8 085 716	10 809 594
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	1 895 058	140 784	2 035 842	1 651 491
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(653 178)	653 178	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	8 339 542	6 157 825	14 497 367	14 838 690
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	194 458	194 458	394 959
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	130 513	22 600	153 113	191 313
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	16 621 156	9 456 243	26 077 399	32 573 029

PASSIFS

Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	908 002	1 443 842	2 351 844	11 262 790
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	9 298 795	1 240 091	10 538 886	9 839 448
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	4 542 306	4 542 306	2 273 287
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		550 562	550 562	513 835
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	167 913	2 434 077	2 601 990	2 329 094
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	55 163 228	55 163 228	55 076 926
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX	330 000	330 000	330 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	10 131 843	XXXX	10 131 843	9 995 106
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	107 531		107 531	294 161
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	20 614 084	65 704 106	86 318 190	91 914 647

ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(3 992 928)	(56 247 863)	(60 240 791)	(59 341 618)
---	----	-------------	--------------	--------------	--------------

ACTIFS NON FINANCIERS

Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	57 108 185	57 108 185	54 015 323
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	1 428 924	XXXX	1 428 924	1 750 287
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	664 564		664 564	1 036 377
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	2 093 488	57 108 185	59 201 673	56 801 987

CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(1 899 440)	860 322	(1 039 118)	(2 539 631)

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

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(59 464 071)	(5 651 684)	(53 689 934)	(59 341 618)	(57 847 093)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(59 464 071)	(5 651 684)	(53 689 934)	(59 341 618)	(57 847 093)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		965 580	534 933	1 500 513	134 064
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(6 460 696)	(6 460 696)	(4 188 466)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	3 367 834	3 367 834	3 337 323
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	(3 092 862)	(3 092 862)	(851 143)

VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:					
Acquisition de stocks de fournitures 15		(7 683 126)	XXXX	(7 683 126)	(7 454 750)
Acquisition de frais payés d'avance 16		(1 507 487)		(1 507 487)	(2 101 212)
Utilisation de stocks de fournitures 17		8 004 489	XXXX	8 004 489	7 140 981
Utilisation de frais payés d'avance 18		1 879 300		1 879 300	1 637 535
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18) 19		693 176		693 176	(777 446)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés 20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20) 21		1 658 756	(2 557 929)	(899 173)	(1 494 525)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21) 22	(59 464 071)	(3 992 928)	(56 247 863)	(60 240 791)	(59 341 618)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	1 500 513	134 064
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	693 176	(777 446)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		
Amortissement des immobilisations	8	3 367 834	3 337 323
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(594 014)	
Autres	13	924 919	(602 535)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	4 391 915	1 957 342
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	5 816 833	3 896 693
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	11 709 261	5 988 099
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(6 460 696)	(4 188 466)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(6 460 696)	(4 188 466)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

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

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	14 741 029	6 454 054
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(3 785 318)	(2 598 705)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4	(10 869 409)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6	(8 791 998)	(2 100 000)
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	14 692 278	4 573 691
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(70 197)	(6 493 331)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10	(14 741 029)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	(8 824 644)	(164 291)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):			
	14	(3 576 079)	1 635 342
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT			
	15	4 686 982	3 051 640
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)			
	16	1 110 903	4 686 982
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	1 110 903	4 686 982
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	1 110 903	4 686 982

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	2 723 878	3 771 737
Autres débiteurs	2	(384 351)	115 167
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	10 418	
Frais reportés liés aux dettes	4	200 501	111 947
Autres éléments d'actifs	5	38 200	(4 172)
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	699 438	(250 879)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	2 269 019	(690 842)
Intérêts courus à payer	9	36 727	(821)
Revenus reportés	10	272 896	177 805
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	136 737	
Autres éléments de passifs	13	(186 630)	666 751
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	5 816 833	3 896 693

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

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

Intérêts:

Intérêts créditeurs (revenus)	18		
Intérêts encaissés (revenus)	19		
Intérêts débiteurs (dépenses)	20		
Intérêts déboursés (dépenses)	21		

Intérêts:

Intérêts créditeurs (revenus)	18		
Intérêts encaissés (revenus)	19		
Intérêts débiteurs (dépenses)	20		
Intérêts déboursés (dépenses)	21		

Placements temporaires:

Échéance inférieure ou égale à 3 mois:

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

Échéance supérieure à 3 mois:

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

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1. - Constitution et mission

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire du CSSS Pierre-De Saurel en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social du centre est situé au 400, Avenue de l'Hôtel-Dieu à Sorel-Tracy. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Sorel-Tracy.

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

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er 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, le CSSS Pierre-De Saurel 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.

Note 2. - Description des principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Conséquemment :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public;

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée dans le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

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

Périmètre comptable

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

Les entités incluses dans le périmètre comptable de l'établissement sont énumérées à la note complémentaire 6 ainsi que la méthode de consolidation utilisée.

Revenus

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

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

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

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Revenus d'intérêts

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

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

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

Charges inhérentes aux ventes de services

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

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

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

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

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

Dettes à long terme

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

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui

sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

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

Passifs environnementaux

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

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

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

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

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

i. Provision pour assurance-salaire

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

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

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

iii. Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non

utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

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

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

Les principales hypothèses utilisées sont :

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

Régime de retraite

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

Immobilisations

Les immobilisations et les actifs non financiers, de par leur nature, sont employés normalement pour fournir des services futurs. Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans

Catégorie	Durée
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

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

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des débours effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût et de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

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

Instruments financiers

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

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

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés, les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation et l'amortissement selon la méthode du taux effectif sont présentés à la note complémentaire 7.

En vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas inclure l'état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, étant donné les limitations imposées par la LSSSS en ce sens. De plus, les données financières des établissements sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

Par conséquent, l'encaisse, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

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

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

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

Comptabilité par fonds

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

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

Prêts interfonds

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

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

Classification des activités

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

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence;
- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

- Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;
- Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on se réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Avoir propre

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

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Note 3. - Affectations

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289 du AS-471.

Note 4. - Présentation des données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation de la dette nette sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 16 juillet 2014.

Note 5. - Passif environnemental

Comptabilisation de passifs environnementaux mais aucun coût couru relatif aux travaux de réhabilitation :

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain nécessitant des travaux de réhabilitation. À cet égard, un montant de 330 000\$ a été comptabilisé à titre de passifs environnementaux dans les états financiers au 31 mars 2015. Ce montant est basé sur les coûts estimés.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux 330 000\$ pour le financement du coût des travaux.

Note 6. - Emprunt bancaire

L'avance de fonds au 31 mars 2015 est de 908 002\$ porte intérêt au taux de 1.85%.

Note 7. - Dettes à long terme

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 10 569 409 \$, au taux effectif de 2.904 %, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel de 584 932\$ et un de 5 305 021\$, échéant en 2024.	10 569 409\$	0\$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 300 000 \$, au taux effectif de 1.294 %, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel de 150 000\$, échéant en 2017.	300 000\$	0\$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 3 871 620 \$, au taux	3 871 620\$	0\$

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
effectif de 3.058 %, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel de 154 865\$ et un de 2 477 835\$, échéant en 2024.		
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 6 454 054\$, au taux effectif de 2.0789%, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel de 258 162\$, et un de 5 421 405\$ échéant en 2018.	6 195 891\$	6 454 054\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 5 320 475\$, au taux effectif de 2.103%, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel de 219 378\$, et un de 4 223 584\$ échéant en 2018.	4 881 718\$	5 101 096\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 8 989 588\$, au taux effectif de 2.406%, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel de 383 308\$, et un de 6 689 737\$ échéant en 2018.	7 839 663\$	8 222 971\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2011, d'une valeur nominale de 6 002 976\$, au taux effectif de 3.418%, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel de 240 119\$, et un de 4 802 381\$ échéant en 2017.	5 282 619\$	5 522 738\$

Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2010, d'une valeur nominale de 17 644 233\$, au taux effectif de 3.835%, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel de 780 407\$, et un de 13 742 197\$ échéant en 2016.	14 522 605\$	15 303 011\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2002, d'une valeur nominale de 2 429 856\$, au taux effectif de 6.364%, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel de 97 194\$, et un de 583 165\$ échéant en 2023.	1 263 525\$	1 360 719\$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2009, d'une valeur nominale de 15 278 999\$, au taux effectif de 3.146%, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel de 734 931\$, et un de 11 604 341\$ échéant en 2014.	0\$	11 604 341\$
Emprunt à terme remboursable par versements mensuels de 13 290\$, au taux de 2.438 %, échéant en 2018	436 178\$	583 078\$
Emprunt sans intérêt ni modalité de remboursement	0\$	924 918\$
Total	55 163 228\$	55 076 926\$

En presumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices

sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
2015-2016	2 868 365
2016-2017	2 868 365
2017-2018	2 718 365
2018-2019	2 718 365
2019-2020	2 718 365

Note 8. - Opérations entre apparentés

L'établissement détient un intérêt économique dans les Fondations suivantes :

- Fondation de l'Hôtel-Dieu
- Fondation des bénéficiaires des CHSLD Pierre-De Saurel

Au cours de l'exercice, l'établissement a reçu des dons totalisant :

- Dons au fonds d'immobilisation: 613 339\$

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. L'agence 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.

Note 9. - Information complémentaires aux risques financiers

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

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

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

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

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

Risque de crédit

L'établissement est exposé au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière. L'établissement a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont les autres débiteurs, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille étant donné que le manquement d'une de ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière.

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

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir -réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 180 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 84% du montant total recouvrable.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	733 939\$	671 698\$
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	661 478\$	324 855\$
De 30 à 59 jours	102 052\$	146 434\$
De 60 à 89 jours	47 168\$	29 110\$
De 90 jours et plus	727 801\$	488 195\$
Sous-total	1 538 499\$	988 594\$
Provision pour créances douteuses	-236 596\$	-8 801\$
Sous-total	1 301 903\$	979 793\$
Total des autres débiteurs	2 035 842\$	1 651 491\$

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

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses:	8 801\$	57 734\$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	227 795\$	8 801\$
Montants recouvrés	0\$	-57 734\$
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	236 596\$	8 801\$

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

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

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

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer, les dettes à long terme. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	10 538 886\$	9 783 750\$
De 6 mois à 1 an :		55 698\$
De 1 à 3 ans :		
De 3 à 5 ans :		
De plus de 5 ans :		
Total des autres créditeurs	10 538 886\$	9 839 448\$

Risque de taux d'intérêt

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

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

	Exercice courant	Exercice
--	------------------	----------

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

		précédent
Emprunts temporaires	2 351 844\$	11 262 790\$
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	4 542 306\$	2 273 287\$
Dettes à long terme	55 163 228\$	55 076 926\$

Les emprunts temporaires totalisant 2 351 844\$ portent intérêt un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 59 705 534\$, un montant de 4 542 306\$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS ou l'Agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 55 163 228\$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. De ce montant, un montant de 54 727 050\$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS ou l'Agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 436 178\$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

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

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	112 201 495	115 057 186		115 057 186	110 955 889
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	6 902 725	7 088 649	XXXX	7 088 649	6 641 116
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	1 338 244	1 748 069	XXXX	1 748 069	1 410 893
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	82 000	66 260		66 260	88 749
Revenus de type commercial (P351)	7	15 000	XXXX	22 548	22 548	16 133
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	683 422	530 298	358 770	889 068	641 796
TOTAL (L.01 à L.11)	12	121 222 886	124 490 462	381 318	124 871 780	119 754 576

CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	86 993 021	88 535 907	35 159	88 571 066	85 618 905
Médicaments (P750)	14	4 215 060	4 285 343	XXXX	4 285 343	4 130 864
Produits sanguins	15	2 707 649	3 081 401	XXXX	3 081 401	2 636 140
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	5 782 153	5 804 173	XXXX	5 804 173	5 621 256
Denrées alimentaires	17	1 315 038	1 284 264	XXXX	1 284 264	1 291 484
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	6 472 441	6 616 323	XXXX	6 616 323	6 336 075
Frais financiers (P325)	19	200 000	120 579	XXXX	120 579	161 083
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	1 080 630	1 148 355		1 148 355	1 133 579
Créances douteuses (C2:P301)	21		221 787		221 787	8 766
Loyers	22	237 827	238 058		238 058	238 506
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	11 536 045	12 508 336	26 515	12 534 851	12 497 225
TOTAL (L.13 à L.24)	25	120 539 864	123 844 526	61 674	123 906 200	119 673 883
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	683 022	645 936	319 644	965 580	80 693



RAPPORT ANNUEL
DE GESTION
PIERRE-DE SAUREL

