

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

Québec



Rapport annuel de gestion

2014-2015

Centre de santé et de services sociaux
Drummond

www.csssdrummond.qc.ca

Le rapport annuel de gestion du Centre de santé et de services sociaux Drummond est disponible en version électronique à l'adresse suivante : www.ciusssmcq.ca, section Service par territoire CSSS Drummond.

Rédaction et production : Nathalie Piché, adjointe au directeur général et conseillère en communication.

Collaboration : Comité de direction

La version électronique est privilégiée. Toutefois, une version imprimée peut être obtenue sur demande; 819 478-6464, poste 22323.

Juin 2015

Le rapport annuel de gestion est un document établi chaque année à l'intention du MSSS et destiné aux usagers. Il est remis à l'occasion d'une séance publique du conseil d'administration.

Ce document contient tous les éléments nécessaires à l'information des publics et permet de répondre aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de rendre compte de la performance dans l'atteinte des résultats.

Comme son titre l'indique, le Rapport annuel de gestion 2014-2015 a pour objet de fournir les renseignements quantitatifs et qualitatifs qui éclairent sur la gestion de l'organisation. Il contient également des faits saillants, des commentaires et des états financiers.

Les résultats que le Centre de santé et de services sociaux Drummond a obtenus au cours de la période visée par ce rapport sont ainsi présentés sous de grands titres référant aux visées de la planification stratégique.

Ce rapport reflète les principaux faits saillants d'une année remplie et hautement active.

Table des matières

MISSION.....	13
VALEURS.....	13
VISION.....	13
STRUCTURE DE L'ORGANISATION	14
CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	15
PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	16
VISÉES, ENJEUX ET ORIENTATIONS 2011-2015.....	17
CONTEXTE	18
RESSOURCES HUMAINES	21
EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT	21
DONNÉES POUR LE SUIVI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS	24
RECONNAISSANCE	25
PRIX DE LA RELÈVE.....	25
ÉLEVER LA QUALITÉ.....	26
AGRÉMENT.....	26
APPROCHE ADAPTEE A LA PERSONNE AGEE EN MILIEU HOSPITALIER	27
AUDITS DE QUALITE	27
RÉVISION ET ACTUALISATION DE PROGRAMMES.....	27
ACCUEIL ET ORIENTATION	27
COGESTION DI-TSA.....	27
PROJET CLINIQUE DI-TED	28
PROGRAMME FIERTÉ	28
TABLE LOCALE DE CONCERTATION EN DÉPENDANCES	28
COMITÉ DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (DMS) EN SANTÉ MENTALE 1 ^{RE} LIGNE ET 2 ^E LIGNE	28
GROUPES ÉDUCATIFS ET THÉRAPEUTIQUES	29
PROJET REPÉRAGE DU TABAGISME.....	29
COMITÉ QUALITÉ CLSC DES PROGRAMMES FAMILLE, SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ MENTALE	29
SOINS EN TÉLÉASSISTANCE.....	29
AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DU MILIEU DE VIE	30
<i>Degré de satisfaction des résidents et de leur proche en soins de longue durée pour les trois installations d'hébergement du CSSS Drummond 2014</i>	<i>30</i>
HÉBERGER LES PERSONNES AÎNÉES DANS LE BON MILIEU DE VIE.....	31
AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES GÉRIATRIQUES DE 2 ^E LIGNE.....	31
ENCADREMENT DE CERTAINS ACTES INFIRMIERS	31
SUIVI DE LA CLIENTÈLE.....	31
COMITÉS DE PAIRS ET RENCONTRES PROFESSIONNELLES	31
AMÉLIORATION ET OPTIMISATION DES SERVICES.....	32
TRAVAUX MAJEURS DE REVUE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS (RUM)	32
BILAN DES REALISATIONS DE L'EQUIPE QUALITE MEDECINE ET MEDECINE-CHIRURGIE 2014-2015	33

COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	34
RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR	35
COMITÉ DE RÉVISION	35
AMÉLIORER LA SÉCURITÉ	36
AMÉLIORATION DES SOINS ET DES SERVICES	36
GESTION DES RISQUES	36
MESURES DE CONTRÔLE (CONTENTION ET ISOLEMENT)	37
PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS	38
BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES	38
BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS	40
MESURES D'URGENCE	41
DÉVELOPPER LA FORCE DE NOTRE CSSS	42
GALA RUBIS	42
PROGRAMME DE PRÉCEPTORAT EN SOINS INFIRMIERS	43
COMITÉ D'HARMONISATION ET DE COORDINATION DES PRATIQUES INFIRMIÈRES	43
RECRUTEMENT	43
MIDIS-CONFÉRENCES	44
CONSEILLÈRE AUX SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES :	44
DÉCLARATION	46
ENCOURAGER LE PARTENARIAT	47
SOINS PALLIATIFS ET RÉPIT	47
ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2014-2015	48
ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS	53
RAPPORT DE LA DIRECTION	53
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS	56
ÉTAT DES RÉSULTATS	58
ÉTATS DES RÉSULTATS - FONDS D'EXPLOITATION	59
ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	60
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE	61
ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	62
ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE	63
ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)	64
NOTE AUX ÉTATS FINANCIERS	65
OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS	66
DONS REÇUS DE LA FONDATION SAINTE-CROIX/HERIOT	67
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	68
CONTRATS DE SERVICE	74

RAPPORT DES COMITÉS ET DES CONSEILS PROFESSIONNELS	75
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS	75
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE	75
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS	76
COMITÉ DE PHARMACOLOGIE	76
COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE	77
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	79
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES	81
COMITÉ DE SÉCURITÉ PHARMACOLOGIQUE	83
COMITÉ DE PRÉVENTION DES CHUTES	84
COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES	84
COMITÉ DES USAGERS	86
COMITÉS DES RÉSIDENTS	90
ANNEXES	94
ANNEXE 1	95
DESCRIPTION DES SERVICES	95
ANNEXE 2	103
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE DE SANTÉ	103

Mot du président-directeur général

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

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

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

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

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

Martin Beaumont,
président-directeur général du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec



Mot du président du conseil d'administration et du directeur général

C'est avec plaisir et fierté que nous vous présentons le dernier rapport annuel de gestion du Centre de santé et de services sociaux Drummond (CSSS Drummond) pour l'année financière 2014-2015. Ce rapport a été réalisé conformément aux dispositions de la Loi sur l'Administration publique et rend compte des principales réalisations. L'année financière 2014-2015 a été remplie d'un ensemble d'actions, de projets, de bons coups, d'ententes, de partenariat et de collaboration.

La trame de fond d'une année au CSSS Drummond demeure incontestablement l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et des services que nous offrons à la communauté.

Orienté vers un objectif commun *Devenir un établissement modèle et un employeur de choix*, le Centre de santé et de services sociaux Drummond s'est affairé inlassablement à porter ses actions en mettant l'utilisateur au premier plan et en gardant à l'esprit cet objectif qui le pousse à se dépasser. Toujours en cohérence avec les quatre visées de la planification stratégique, les dix projets organisationnels que l'organisation s'est donnés ont grandement progressé, et ce, malgré qu'en 2014-2015, nous avons été conviés à relever un défi de taille, celui de réduire nos dépenses récurrentes de 3,4 millions de dollars supplémentaires. Persuadé que ce défi devait être relevé par la contribution de chacun à la recherche de solutions, l'exercice a été couronné de succès. À ce chapitre, nous devons remercier l'ensemble du personnel, des médecins et des instances qui ont contribué par leurs idées et leur collaboration à l'identification de solutions et de pistes de réduction de dépenses.

La démarche de gestion renouvelée des ressources humaines ainsi que l'adoption d'une nouvelle philosophie de gestion a été un projet très important et a fait l'objet d'une vaste consultation au sein de toute l'organisation. En effet, cette dernière se veut un élément de mobilisation dans le virage vers une gestion de proximité. Dans cette même optique, le comité des ressources humaines a recommandé au conseil d'administration une déclaration qui lègue à l'organisation, et encore plus aux hommes et aux femmes qui y sont engagés à tous les jours, une mention d'honneur pour tout ce qu'ils accomplissent et pour les inviter à poursuivre.



Soulignons le remplacement du SCAN ainsi que les travaux de rénovations fonctionnelles en CHSLD de 5,1 millions de dollars visant à améliorer la qualité de vie des résidents, et qui se sont déroulés à travers quatre phases.

Nous sommes définitivement engagés vers la construction du Centre famille-enfant prévue en 2015. Ce projet est un incontournable pour répondre aux besoins de la population et pour assurer un niveau élevé de qualité de services pour cette clientèle. Les gestionnaires et leurs équipes de travail ainsi que les professionnels sont véritablement mobilisés en ce sens.

Les résultats de la visite d'Agrément Canada en février 2015 ainsi que le message de l'équipe livré au conseil d'administration, à l'équipe de direction et aux gestionnaires sont des plus positifs. Nous pouvons être très fiers! Nous avons obtenu 95,2 % de conformité pour tous les critères.

Toutes ces réalisations et la concrétisation de nombreux projets, nous les devons aux employés, aux médecins, aux résidents, aux stagiaires et aux bénévoles. Le travail des membres du conseil d'administration au sein de différents comités ainsi que leur engagement envers l'organisation et la communauté y concourent tout autant et méritent d'être soulignés.

Grâce à chacun, le Centre de santé et de services sociaux Drummond peut offrir un ensemble de soins et de services d'une grande qualité à toute une communauté et aspirer à devenir un établissement modèle.

Michel Larrivée,
président du conseil d'administration du CSSS Drummond

Yves Martin,
directeur général du CSSS Drummond

Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

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

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

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

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Beaumont', with a stylized flourish at the end.

Martin Beaumont,
président-directeur général du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Mission

Le Centre de santé et de services sociaux Drummond a pour mission d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la personne et de la population du territoire de la MRC de Drummond.

Le Centre de santé et de services sociaux Drummond agit au cœur d'un réseau de partenaires et met en place avec eux les mécanismes de coordination qui facilitent l'accessibilité et la continuité des soins et des services tout en maintenant la qualité.

Une vaste gamme de services de santé et de services sociaux de première et de deuxième ligne est offerte dans nos installations et nos points de service. Les services sont axés sur les besoins et les caractéristiques de la clientèle. De ce fait, nous nous assurons que ses besoins sont évalués et que les services requis lui sont offerts à l'intérieur de nos installations ou, si nécessaire, nous la dirigeons le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à lui venir en aide.

Valeurs



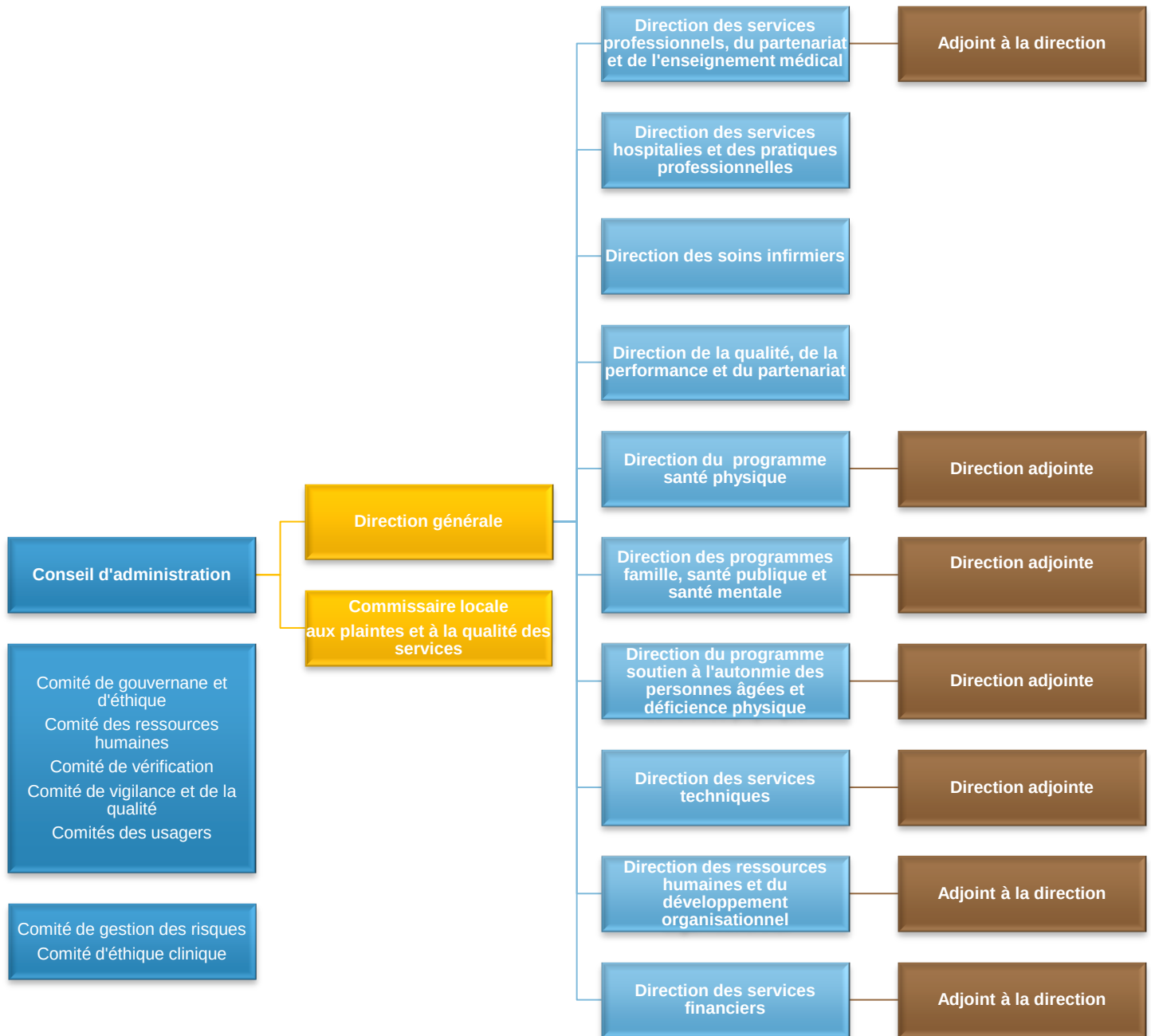
Vision

Ensemble vers un établissement modèle

- en intégrant les meilleures pratiques,
- en améliorant l'accessibilité aux soins et aux services,
- en devenant un employeur de choix,
- en formant les professionnels de demain,
- en encourageant le partenariat.

Structure de l'organisation

31 mars 2015



Conseil d'administration

31 mars 2015

Administrateurs	Collèges
Gilles Bélisle, trésorier	Cooptation
Lyne Boisvert	Cooptation
Guy Châteauneuf	Cooptation
Chantal Desmarais, secrétaire	Désignation (comité des usagers)
Richard Desrochers	Cooptation
Annie Durocher, vice-présidente	Cooptation
Suzanne Gervais	Désignation (comité des usagers)
Mario Gilbert	Élection (population)
Marc Jutras	Désignation (conseil multidisciplinaire)
Dr Serge Langevin	Nomination (Agence de la santé et des services sociaux)
Michel Larrivée, président	Désignation (fondation)
Yves Martin, directeur général	Secrétaire du comité exécutif
Guylaine Mathieu	Cooptation
Guy Paré	Désignation (conseil des infirmières et infirmiers)
Dr René Roux	Désignation (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens)
André St-Louis	Élection (population)
Sylvie Somers	Désignation (personnel non clinique)

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

L'administration d'un établissement public obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens. Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics. Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs d'un établissement édicte des obligations éthiques et déontologiques. Par éthique, il faut entendre des valeurs morales tandis que la déontologie fait référence à un ensemble de règles et de normes de conduite.

Le code d'éthique et de déontologie regroupe les obligations et devoirs généraux de l'administrateur, sans subroger les lois et règlements en vigueur. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et ce code. Le code d'éthique et de déontologie du Centre de santé et de services sociaux Drummond a été adopté le 13 février 2013. Il détermine les principes d'éthique et les règles déontologiques des membres du conseil d'administration, et ce, en vertu des articles 34 et 35 du Règlement de l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

Aucune situation de conflit d'intérêt ou manquement à ce code n'a été constatée au cours de l'année 2014-2015.

Portrait sociodémographique

Le territoire sociosanitaire Drummond a une superficie de 1 599 km². En 2015, sa population s'élève à 102 333 habitants.

L'accroissement naturel et l'accroissement migratoire sont les plus élevés de la région Mauricie–Centre-du-Québec. De plus, l'indice synthétique de fécondité est plus élevé que celui du Québec. Il faut donc prévoir entre 900 et 1 000 naissances par année jusqu'en 2021.

Le réseau local de services (RLS) de Drummond présente une migration interrégionale importante. La migration internationale est également importante puisque la MRC de Drummond accueille environ 200 immigrants par an, dont la moitié de ces personnes sont des réfugiés. Par conséquent, le RLS Drummond présente le solde migratoire le plus élevé de la région Mauricie–Centre-du-Québec.

Depuis 2002, on observe un phénomène migratoire des 65 ans et plus vers le RLS Drummond. La migration des 65 ans et plus provient en grande partie d'autres MRC de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, mais également des régions de la Montérégie et de Montréal.

À l'instar de l'ensemble des pays industrialisés, les maladies chroniques représentent une problématique importante de santé et de bien-être de la population du territoire : maladies pulmonaires, circulatoires, cancer, diabète, etc. Il y a une surmortalité liée aux maladies des appareils respiratoire et circulatoire sur notre territoire.

Les troubles de santé mentale et la toxicomanie représentent un grand défi chez les jeunes. Par ailleurs, le taux de suicide demeure particulièrement préoccupant chez les hommes.

Visées, enjeux et orientations 2011-2015

Élever la qualité

L'enjeu s'avère la réponse à la demande croissante de soins et de services dans le contexte d'un accroissement naturel et migratoire et du vieillissement de la population. L'accent est mis sur l'accès et la continuité des soins et des services ainsi que sur une plus grande disponibilité de l'information clinique et administrative pour la prise de décision.

Améliorer la sécurité

L'enjeu demeure d'offrir une prestation de soins et de services toujours plus sécuritaire en améliorant continuellement nos pratiques et en s'engageant dans le développement d'une culture de qualité et de sécurité.

Développer la force de notre CSSS

L'enjeu est de s'assurer de la disponibilité du personnel et des effectifs médicaux dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre et de développer un milieu de travail stimulant et valorisant. La planification de la main-d'œuvre, sa mobilisation et la gestion des ressources humaines renouvelée guident les actions.

Encourager le partenariat

L'enjeu est le travail en étroite complémentarité et de façon de plus en plus intégrée avec la communauté et les partenaires formant le RLS Drummond et de réaliser les projets cliniques. Les saines habitudes de vie, le vieillissement de la population, les usagers avec une *multiproblématique* de santé sont au centre des préoccupations pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

Contexte

Le Centre de santé et de services sociaux Drummond vise à devenir un établissement modèle et souhaite être une référence au cœur du réseau de la santé et des services sociaux. Dûment identifiée dans sa planification stratégique 2011-2015, l'ensemble des actions liées à l'offre de service convergent vers ce but. À ceci s'ajoutent dix projets organisationnels :

- Adapter les services pour mieux répondre au vieillissement de la population en rehaussant l'offre de service en soutien à domicile; en hébergeant les aînés dans le milieu de vie le plus approprié à leur condition de santé.
- Améliorer l'accessibilité aux services de 2^e ligne de gériatrie.
- Finaliser la démarche d'optimisation des services de télécommunication.
- Implanter le dossier clinique informatisé (DCI).
- Maximiser l'accessibilité aux services en santé mentale pour la clientèle adulte.
- Mettre en place le bilan comparatif des médicaments (BCM).
- Poursuivre l'implantation de l'Unité de médecine de famille Drummond.
- Réaliser le Centre famille-enfant Girardin.
- Renouveler la gestion des ressources humaines par la mise en place d'une nouvelle philosophie de gestion; par le développement des compétences; par l'obtention d'une certification externe Entreprise en santé.
- Revoir la trajectoire de services et les processus cliniques pour les usagers reconnus comme « grands consommateurs » de soins et de services.

Soucieux de la qualité et de la sécurité des soins et des services qu'il offre à la population, le Centre de santé et de services sociaux Drummond met tout en œuvre pour réaliser ses objectifs en ce sens. D'ailleurs, l'ensemble du personnel et des médecins, les différents comités et instances, les gestionnaires et l'équipe de direction contribuent de façon significative à la prestation sécuritaire des soins et services de même qu'à l'amélioration de leur qualité. Ils s'assurent du respect des politiques et des procédures, notamment à l'égard de la déclaration des incidents et des accidents, à la divulgation des accidents, aux enquêtes d'événements sentinelles, à la prévention des infections, à la confidentialité, etc. Ainsi, la culture de sécurité se vit au quotidien.

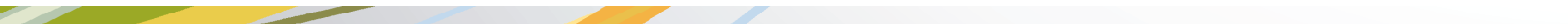
Très actif dans la communauté, le Centre de santé et de services sociaux Drummond, par l'entremise de ses intervenants, offre son expertise aux acteurs de la communauté et son soutien dans l'élaboration de projets porteurs pour cette communauté et répondant aux besoins spécifiques des citoyens.

Avec une mission qui place l'utilisateur au cœur de nos actions, une vision et des valeurs, l'établissement sera créatif dans le développement de projets mobilisateurs axés sur la qualité, en révisant ses pratiques administratives et cliniques dans une perspective novatrice.

L'enseignement prend une place importante dans notre organisation, notamment par des ententes et des partenariats avec plusieurs établissements d'enseignement, dont une affiliation avec l'Université de Sherbrooke et plus particulièrement avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé. De nombreux stagiaires et résidents préparent leur avenir professionnel au Centre de santé et de services sociaux Drummond.

Le Centre de santé et de services sociaux Drummond reçoit l'appui financier de la Fondation Sainte-Croix/Heriot pour l'acquisition d'équipements médicaux et l'amélioration des soins et des services.

Notre établissement adhère au programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément dans le but d'évaluer son rendement par rapport à des normes d'excellence nationales. Ces normes portent sur tous les aspects des soins de santé.



Ressources humaines

Le Centre de santé et de services sociaux Drummond se compose d'employés maîtrisant diverses compétences des domaines scientifiques, techniques ou de soutien, d'une équipe médicale compétente et renommée de même que de bénévoles.

Effectifs de l'établissement

	2014-2015	2013-2014
Personnel cadre		
Temps complet	69	69
(excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
Temps partiel		
Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1,10	2,70
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Employés réguliers		
Temps complet	964	966
(excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
Temps partiel		
Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	370,89	307,40
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	-	-
Employés occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	892 987	984 581
Équivalents temps complet	483,02	529,33

En janvier 2014, le comité de direction a entériné un plan d'action visant à améliorer les conditions d'emploi :

- Offre d'une garantie à temps complet pour les CEPI.
- Poste d'équipe volante 2 jours/semaine pour les préposés aux bénéficiaires TPO.
- Création de postes d'équipe volante dans les secteurs administratifs.
- Soutien financier pour le maintien des droits de pratique des infirmières et technologues médicaux retraités réembauchés.
- Intensification des activités de promotion : affichage et salons de l'emploi.

Le CSSS Drummond en est à la troisième année de son programme de cheminement de carrière en soins infirmiers et il a accueilli 35 CEPI le 2 juin, dont 32 font partie du programme, ce qui les engage à travailler avec nous minimalement pour les deux prochaines années... et plus, nous le souhaitons. Pour soutenir ce programme cette année, 13 monitrices cliniques et plusieurs dizaines de préceptrices sont impliquées.

Trois nouveaux médecins. Dres Marianne Larose (hémato-oncologue), Samia-Maude Chouinard (omnipraticienne) et Guylaine Doucet (omnipraticienne). Dre Chouinard travaille à l'Urgence et Dre Doucet travaille en CHSLD. Dre Larose a le statut de membre associé du CMDP au Département de biologie médicale, tandis que Dres Chouinard et Doucet ont le statut de membre associé du CMDP au Département de médecine générale.

Deux infirmières ont obtenu, au cours de l'année, leur certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, une pour les soins palliatifs et l'autre pour les soins périopératoires. L'obtention de ces certifications porte le nombre d'infirmières certifiées à six au Programme santé physique.

Arrivée de six nouveaux résidents à l'Unité de médecine de famille Drummond faisant passer de quatre à dix le nombre total de médecins résidents.
Soulignons l'ajout de trois médecins à l'équipe d'enseignement.

La santé et la sécurité au travail touchent, sans exception, tous les travailleurs du CSSS Drummond. Les séquelles laissées par un accident de travail peuvent s'avérer majeures tant sur le plan personnel que professionnel. Agents administratifs, infirmières, cuisiniers, travailleurs sociaux, chefs de services, directeurs, etc., personne n'est à l'abri. Visant à placer la prévention des accidents de travail au cœur même du quotidien professionnel de chacun, l'établissement doit se doter d'outils permettant de faire de la prévention une valeur intégrée. Le comité paritaire en santé et sécurité au travail (CPSST) en est un. Depuis janvier 2014, le comité a repris ses activités. Formé de huit représentants des associations syndicales et de huit représentants de la direction, le comité valorise, par le biais de ses activités, une culture de prévention afin de maintenir, pour l'ensemble des travailleurs, un milieu de travail sain et sécuritaire. De plus, tel que le stipule la Loi sur la santé et la sécurité du travail, le comité travaille en tandem avec le milieu visant ainsi l'élimination à la source des risques présents dans l'environnement de travail. Les troubles musculosquelettiques, l'enquête et l'analyse d'incidents et accidents, les avis de situations dangereuses et la santé psychologique des travailleurs sont les mandats auxquels le CPSST et la direction du CSSS Drummond donnent priorité. Par ailleurs, une place dans l'intranet sous la rubrique Contact RH lui a été réservée.

Dans la poursuite de la démarche Entreprise en santé, le comité santé et mieux-être; essentiellement formé d'employés représentatifs de l'organisation, aura comme mandat principal de travailler sur la « conciliation travail-vie personnelle ». C'est cette dimension que le comité a choisie puisqu'elle est ressortie comme la dimension ayant le plus grand impact sur la santé et le bien-être du personnel selon les résultats d'une collecte de données sur la mobilisation et la santé globale

Données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

	Total de janvier à mars					
11044377 -	2014	932 332	29 442	961 774	1 881	2 190
CSSS Drummond	2015	932 230	24 153	956 383	1 881	2 225
	Variation	0,0 %	(18,0 %)	(0,6 %)	0,0 %	1,6 %
Personnel d'encadrement						
	2014	35 729	122	35 851	73	74
	2015	37 751	147	37 898	77	74
	Variation	5,7 %	20,2 %	5,7 %	5,5 %	0,0 %
Personnel professionnel						
	2014	81 081	505	81 586	167	185
	2015	82 193	339	82 532	169	185
	Variation	1,4 %	(32,9 %)	1,2 %	1,1 %	0,0 %
Personnel infirmier						
	2014	305 667	13 484	319 152	609	742
	2015	304 618	12 061	316 679	607	750
	Variation	(0,3 %)	(10,6 %)	(0,8 %)	(0,3 %)	1,1 %
Personnel de bureau, technicien et assimilé						
	2014	404 417	11 618	416 035	833	976
	2015	403 180	8 271	411 451	830	994
	Variation	(0,3 %)	(28,8 %)	(1,1 %)	(0,3 %)	1,8 %
Ouvriers, personnel d'entretien et de service						
	2014	105 311	3 710	109 021	199	230
	2015	104 462	3 336	107 798	198	236
	Variation	(0,8 %)	(10,1 %)	(1,1 %)	(0,8 %)	2,6 %
Étudiants et stagiaires						
	2014	127	2	129	0	1
	2015	26	0	26	0	0
	Variation	(79,4 %)	(100,0 %)	(79,7 %)	(80,5 %)	(100,0 %)

Reconnaissance

Prix Innovation pour Drummond

Madame Lise Delisle, nutritionniste et conseillère en prévention clinique, et madame Marie-Claude Rousseau, chef de service Santé publique, ont reçu de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec le Prix innovation pour les projets accomplis durant l'année, soit les projets Alcool, parlons-en, Assiette équilibrée en action et Systématisation de la cessation tabagique en milieu hospitalier, réalisé en collaboration avec madame Manon Bélanger, responsable de la Clinique des maladies chroniques.

Prix reconnaissance du conseil multidisciplinaire

Le Prix reconnaissance du CM a pour but de souligner l'apport remarquable de la contribution d'un professionnel à son milieu. Le prix de l'année 2013-2014 a été décerné à madame Joanne Talbot, physiothérapeute à l'Hôpital Sainte-Croix. On décrit madame Talbot comme une référence pour ses pairs, reconnue pour son excellent travail à titre de coordonnatrice clinique en physiothérapie et pour les nombreuses formations qu'elle a suivies, organisées et transmises à ses collègues. Elle est appréciée également pour sa supervision auprès de nombreux stagiaires, pour son engagement dans le développement de l'Unité de médecine de famille (UMF), sans oublier son implication dans les comités de pairs. Sa grande polyvalence et son dévouement sont remarquables.

Prix de la relève

Le Prix de la relève vise à reconnaître un professionnel apprécié par ses pairs pour son effort d'intégration et son autonomie dans ses premières années de pratique.

Le **Prix de la relève CLSC** a été décerné à madame Julie Deslandes, travailleuse sociale, qui s'est jointe à l'équipe de l'accueil psychosociale en 2012. Ses collègues soulignent son professionnalisme et sa facilité à travailler en équipe. Madame Deslandes a aussi une expérience de travail en centre jeunesse.

Le **Prix de la relève CHFGH** a été attribué à madame Annie-Claude Brunelle, ergothérapeute, qui se démarque, selon son équipe, par son désir d'apprendre et sa rigueur. Son attitude positive et son approche délicate auprès des résidents inspirent ses pairs. Son enthousiasme et sa disponibilité à prêter main-forte sont grandement appréciés de ses collègues et ils dénotent son souci du travail d'équipe.

Le **Prix de la relève Hôpital Sainte-Croix** a été remis à madame Élodie Meunier, technologiste médicale, que le personnel du Laboratoire est très heureux d'accueillir dans son groupe à la suite des stages qu'elle a effectués à l'hiver 2013. Cette jeune femme a une personnalité très rafraîchissante. Son dynamisme intarissable et sa joie de vivre rendent l'atmosphère de travail agréable et c'est pourquoi elle s'est démarquée.

Élever la qualité

Élever la qualité

L'enjeu s'avère la réponse à la demande croissante de soins et de services dans le contexte d'un accroissement naturel et migratoire de même que du vieillissement de la population. L'accent est mis sur l'accessibilité et la continuité des soins et des services ainsi que sur une plus grande disponibilité de l'information clinique et administrative pour la prise de décisions.

Agrément

Le Centre de santé et de services sociaux Drummond demeure un établissement agréé par Agrément Canada et Conseil québécois d'agrément. En effet, après trois ans de préparation, un sondage permettant d'évaluer 2909 critères et une visite de l'équipe d'évaluateurs, l'établissement peut être fier de ses résultats.

- 81 % de taux de réponse au sondage démontre une bonne mobilisation des intervenants
- 2909 critères évalués
- 95 % d'atteinte des normes et pratiques organisationnelles

Succès

- Une volonté de devenir un établissement modèle
- L'engagement du personnel
- Une nouvelle philosophie de gestion
- L'implantation d'une culture de la mesure

Points forts

- Nos dix projets organisationnels
- Notre continuum de services
- Le partenariat médical
- Une première ligne forte
- Un comité d'éthique actif et accessible
- Plus de 30 projets LEAN réalisés
- La prévention et le contrôle des infections
- La culture de sécurité

Des résultats impressionnants grâce à du personnel et à une équipe médicale engagés!

Au printemps 2014, dans le cadre de la démarche d'agrément, des usagers du CSSS Drummond ainsi que des résidents et leurs proches ont répondu à un sondage sur la satisfaction. Cette évaluation s'inscrivait dans la démarche globale d'amélioration de la qualité des soins et des services. C'est en février 2015 que le CSSS Drummond recevait la visite de l'équipe d'agrément. Les résultats du sondage se révèlent dans la moyenne des établissements comparables.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Un nouveau module de formation relié à l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier a été déployé au cours de la dernière année. Ce dernier a pour objectif d'habileté le personnel soignant afin qu'il dépiste précocement les signes et les symptômes du délirium chez la personne âgée. Cette formation a été offerte par des infirmières des unités de soins. À ceci s'ajoute, une formation afin de dépister le risque suicidaire chez la clientèle de l'Urgence. Elle a été dispensée à tous les intervenants de ce secteur. Cette formation est le fruit d'un travail de concertation entre l'équipe de l'Urgence et de la Santé mentale 2^e ligne. L'application des principes permet de prodiguer des soins de plus grande qualité auprès de la clientèle visée ainsi qu'une utilisation plus judicieuse des agents de sécurité.

Audits de qualité

Dans la foulée de la préparation à la visite d'Agrément Canada, l'équipe du Programme santé physique a voulu s'assurer du respect des différentes normes. Pour ce faire, elle a effectué plus de 50 audits de qualité.

Révision et actualisation de programmes

L'équipe SIPPE avait un défi important à relever cette année, soit l'actualisation du Programme d'intervention en négligence (PIN) pour permettre d'augmenter l'intensité de suivi et ainsi mieux desservir la clientèle. La méthode choisie par l'équipe a été de participer à un projet Lean.

Une équipe-projet a travaillé à revoir complètement la structure des programmes OLO (œuf-lait-jus d'oranges et vitamines et minéraux), SIPPE et PIN. À ce jour, nous sommes encore en implantation, mais déjà les communications avec les partenaires sont beaucoup plus fluides, les rôles et responsabilités sont mieux définis, et l'intervention auprès de la clientèle est plus efficace.

L'équipe DI-TED a réalisé un projet Lean afin de revoir ses processus et de mieux desservir la clientèle. Ce projet a permis de simplifier les mécanismes de référence et l'équipe est ainsi en mesure de voir davantage de clientèle.

Accueil et orientation

L'équipe 0-5 ans travaille à la mise en place d'un processus de réception des demandes de service. Ce processus permettra l'amélioration de l'examen des demandes de service reçues, une meilleure orientation de la clientèle et une diminution des délais d'attente avant un premier service. La mise en place de ce processus comprend, entre autres, la création d'une équipe de soutien au développement, l'analyse des demandes de service par une psychoéducatrice, la mise sur pied de groupes pour le langage et le développement.

Cogestion DI-TSA

Une collaboration avec le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec Institut universitaire (CRDITED MCQ IU) s'est instaurée de façon mensuelle sous la forme d'un comité de cogestion du programme déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA). À ce comité sont abordés les situations cliniques complexes

rencontrées, les différents enjeux qui représentent un défi à la bonne collaboration entre nos établissements, les corridors de services à mettre en place de même que les mécanismes d'échange d'expertise entre les établissements. Le CSSS Drummond participe aussi à un projet régional avec le CRDITEDMCQ IU.

Projet clinique DI-TED

Les membres de la table DI-TED ont travaillé à créer un outil pour prévenir et dépister les signes précoces de l'épuisement chez les familles et les proches des personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Cet outil est utilisé par le CSSS Drummond, le CRDITED MCQ IU, la Commission scolaire des Chênes et les organismes communautaires.

Programme Fierté

Un groupe de thérapie « programme fierté » a débuté ses activités à l'automne 2014 dans le programme 6-18 ans. Ce groupe s'adresse à la clientèle en santé mentale jeunesse aux prises avec des problèmes importants d'anxiété. Il est offert en deux volets, soit le volet Jeunes qui est animé par une psychologue et une psychoéducatrice et le volet Parents par une travailleuse sociale.

Le comité d'amélioration des pratiques en prévention du suicide dans le RLS de Drummond poursuit ses actions. Un plan d'action local et concerté est mis à jour afin de rehausser les services aux personnes suicidaires ainsi qu'à leur proche.

Table locale de concertation en dépendances

Une nouvelle entente a été signée avec l'organisme Action Toxicomanie Bois-Francs. Cette entente porte sur l'animation d'activités de promotion et de prévention des dépendances dans les écoles de la Commission scolaire des Chênes. Les activités liées à cette entente sont offertes à tous les élèves de la sixième année à la cinquième année du secondaire de même qu'aux groupes d'adaptation scolaire. Plusieurs milliers d'élèves bénéficient ainsi d'ateliers dispensés en milieu scolaire.

Comité durée moyenne de séjour (DMS) en Santé mentale 1^{re} ligne et 2^e ligne

Le comité DMS a été créé afin d'assurer :

- l'amélioration continue de la qualité en passant, entre autres, par l'accessibilité des soins en psychiatrie interne;
- l'accessibilité des soins sur l'unité de courte durée. Le but est d'optimiser le traitement et l'offre de service afin de limiter les jours d'hospitalisation une fois le traitement pharmacologique stabilisé.

Groupes éducatifs et thérapeutiques

Des groupes éducatifs et thérapeutiques ont été mis en place à l'automne 2014. Cette nouvelle offre de service du CLSC vient enrichir celle déjà en place et permet de diminuer considérablement les listes d'attente en santé mentale 1^{re} et 2^e ligne. Il s'agit d'une trajectoire de groupe où les usagers présentant une problématique de dépression, d'anxiété ou un déficit sur le plan relationnel peuvent, dès la demande de service, intégrer un groupe identifié.

Projet repérage du tabagisme

Le démarrage du projet repérage du tabagisme de la clientèle hospitalisée se veut un projet en collaboration avec la Santé physique. Il consiste à joindre la clientèle hospitalisée qui fume et qui souhaite l'arrêt tabagique. Les personnes désirant rencontrer l'infirmière du Centre d'abandon du tabac peuvent le faire, et ce, même en cours d'hospitalisation afin de bénéficier du soutien de ce service pour augmenter leur chance à l'arrêt tabagique. De plus, le personnel infirmier de plusieurs départements a été formé afin d'être en mesure de faire du repérage et du counseling, bref, auprès de la clientèle fumeuse en cours d'hospitalisation.

Comité qualité CLSC des Programmes famille, santé publique et santé mentale

Implanté depuis quelques années afin d'échanger sur les questions de sécurité et de la qualité, les membres du comité s'attardent aux questions de la sécurité et de la qualité de la pratique professionnelle. Il recueille une compilation régulière, de façon continue, de situations à risque et émet des recommandations. Soucieux de la sécurité du personnel, un outil a été conçu. Un aide-mémoire d'astuces de sécurité a été rédigé selon trois niveaux, soit la prévention, la vigilance et l'urgence. L'outil a été créé en incluant des exemples d'indices ou de situations à considérer ainsi que des moyens pour assurer leur sécurité. Cet aide-mémoire a par la suite été diffusé auprès de tous les intervenants. La conception de cet outil est destiné à parfaire la sécurité des intervenants lors de visites à domicile et les rencontres en soirée.

Soins en téléassistance

Le Centre de santé et de services sociaux Drummond offre depuis 2010, les services conseil en soins de plaies et stomothérapie. Du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, l'infirmière spécialiste en soins de plaies et de stomies a effectué un total de 1433 interventions spécialisées pour des cas complexes. De plus, la conseillère en soins de plaies et stomothérapie offre la téléassistance en soins de plaies. Ce service de clinique virtuelle rend possible l'accessibilité aux conseils d'un expert à distance à l'aide d'une caméra. Cela permet d'améliorer l'accès à des services spécialisés en soins de plaies, de soutenir à distance la pratique infirmière et de favoriser le développement des compétences de l'infirmière. Ce service permet aussi à l'utilisateur d'obtenir rapidement des soins spécialisés près de chez lui, d'éviter des visites au Service de l'urgence, de diminuer le temps et le coût des déplacements, et de prévenir certaines complications.

Les soins des plaies ont été améliorés avec l'adoption et la mise en place de deux nouvelles règles de soins et services interdisciplinaires. La réalisation de 68 téléassistances en soins de plaies a permis de favoriser l'accessibilité aux soins de qualité dans ce domaine.

Le lancement de l'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux; Ampro^{ob} plus, a eu lieu en début 2015. Ampro^{ob} plus est un programme personnalisé aux femmes qui accouchent qui a pour objectif la performance, la qualité et la sécurité des soins offerts.

Amélioration de la qualité du milieu de vie

Les travaux de rénovations fonctionnelles se sont poursuivis et finalisés cette année avec les chambres privées des ailes G des unités de vie du 2^e Nord Côté et 3^e Nord Côté. Ces travaux permettant d'adapter les infrastructures immobilières en CHSLD sont un pas de plus pour offrir un milieu de vie de qualité aux résidents. Ces travaux d'adaptation du milieu contribuent à mieux répondre aux besoins de la clientèle en perte d'autonomie.

En parallèle, le projet d'aménagement de mobilier intégré dans les chambres des résidents, financé par la Fondation Sainte-Croix/Heriot, s'est poursuivi en cours d'année. Ce mobilier intégré est mieux adapté pour répondre aux besoins des résidents. On parle ici d'une tringle ajustable de la penderie et de tablettes de rangement qui permettent à certains résidents en perte d'autonomie l'accès à leurs vêtements et à leurs effets personnels de façon autonome.

D'autres actions concourent au mieux-être de la personne hébergée :

- Un projet de décoration des espaces de vie au Centre d'hébergement Marguerite-D'Youville et au Centre d'hébergement L'Accueil Bon-Conseil a été déposé et accepté par la Fondation Sainte-Croix/Heriot. Ce projet vise à créer un milieu de vie plus chaleureux et familial.
- Le programme de formation « Agir auprès de la personne âgée » reste un atout. En effet, cette formation comprend également des activités de transfert visant à bien outiller les préposés aux bénéficiaires en ce que a trait à plusieurs soins d'assistance dont l'aide à l'alimentation et l'hydratation, les soins d'hygiène corporelle et buccale, l'élimination et la mobilisation.

Degré de satisfaction des résidents et de leur proche en soins de longue durée pour les trois installations d'hébergement du CSSS Drummond 2014

Indicateurs	CSSS Drummond			Autres établissements n=2485			Code couleur
	Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif		
		Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure	
Relation avec le client	85 %	84 %	87 %	86 %	84 %	87 %	■
Prestation professionnelle	82 %	80 %	84 %	84 %	82 %	85 %	■
Organisation des services	81 %	79 %	82 %	83 %	81 %	85 %	■

Le projet d'organisation de la vaccination est débuté depuis 1 an et demi. Ce projet de recherche a été mis en place afin d'augmenter la qualité vaccinale pour les enfants âgés de 0 à 5 ans dans nos services. Tous les CSSS de la région ont participé à ce projet de recherche. Nous sommes actuellement en fin de projet. Nous avons implanté des actions qui sont basées sur les meilleures pratiques et qui ont su démontrer des résultats ailleurs en province afin d'augmenter le taux de vaccination chez nos jeunes enfants.

Héberger les personnes âgées dans le bon milieu de vie

L'ouverture récemment d'une ressource intermédiaire de 42 places permet d'héberger dans la communauté une clientèle en grande perte d'autonomie. Nos efforts sont constant afin d'orienter la clientèle vers le bon milieu d'hébergement et répondant le mieux à leurs besoins.

De plus, nous continuons d'explorer différentes mesures alternatives à l'hébergement pour le maintien à domicile.

Améliorer l'accessibilité aux services gériatriques de 2^e ligne

Différents moyens ont été mis en place au cours de la dernière année pour assurer l'accessibilité des services gériatriques. Notons, entre autres choses, les comités « durée de séjour » et l'intensification des services de réadaptation. Nos efforts se poursuivent pour orienter le bon patient, au bon moment, dans le bon service.

Encadrement de certains actes infirmiers

Afin de favoriser la qualité des soins par l'encadrement de certains actes infirmiers, l'équipe de la qualité des soins et développement a aussi participé, élaboré et procédé à la mise à jour d'outils comme des ordonnances collectives, des procédures de médecine transfusionnelle, des protocoles et des méthodes de soins infirmiers de l'AQESSS.

Suivi de la clientèle

Afin d'assurer le suivi de la clientèle, la promotion constante de l'application du plan thérapeutique infirmier s'est poursuivie en 2014-2015.

Comités de pairs et rencontres professionnelles

Les comités de pairs et les rencontres professionnelles permettent l'amélioration de la qualité des soins et services offerts à la clientèle. Ils visent également la recherche et le partage de données probantes sur les meilleures pratiques professionnelles ainsi que la mise à jour des connaissances.

Amélioration et optimisation des services

- Consolidation des travaux suite au LEAN réalisé en électrophysiologie médicale et travaux importants pour faire disparaître la liste d'attente dans ce secteur;
- Remplacement du logiciel de gestion des laboratoires;
- Révision de toutes les analyses de laboratoires ciblées dans le rapport de l'INESSS :
 - Révision des bilans de laboratoire de l'Urgence, de l'Oncologie, de la traumatologie, etc.;
 - Révision des ordonnances collectives, protocoles et formulaires de laboratoire;
 - Abandon de plusieurs tests et économie monétaire importante.
- Remplacement ou ajout d'équipements (Table de macroscopie en cytopathologie et analyseur de fonction plaquettaire);
- Ajout d'interface entre le logiciel du laboratoire et le secteur microbiologie;
- Implantation d'un nouvel algorithme pour la prescription des IRM du genou visant une meilleure pertinence des examens en radiologie;
- Remplacement de l'appareil à captation thyroïdienne en Médecine nucléaire;
- Projet pilote de technologiste autonome en échographie;
- Ajout d'un 2^e appareil d'échographie cardiaque en Imagerie médicale;
- Remplacement du scan et acquisition d'un système de reconstruction (images) indépendant des constructeurs d'appareil;
- Réorganisation de l'offre de service en soutien à domicile afin de répondre aux besoins de la clientèle en perte d'autonomie de notre territoire;
- Mise en place du projet pilote de « reconnaissance vocale »;
- Travaux majeurs pour l'harmonisation des formulaires en vue de leur numérisation dans le dossier clinique informatisé régional (DCIR);
- Remplacement de l'appareil à biopsie mammaire par aspiration permettant des économies substantielles en fournitures;
- Déploiement du Dossier santé Québec (DSQ);
- Suivi des listes d'attente dans le cadre de la Loi 33 avec le système SIMASS :
 - Suivi des délais d'intervention en chirurgie pour prothèse totale de hanche (PTH), prothèse totale du genou (PTG) et cataractes;
 - Suivi des délais pour un examen en imagerie médicale, tomographie et résonance magnétique, et suivi des délais de lecture et de transcription en imagerie;
 - Suivi des délais d'intervention en chirurgie oncologique.

Travaux majeurs de revue d'utilisation des médicaments (RUM)

- RUM pour la clientèle Alzheimer ayant mené à une amélioration de la qualité de la médication administrée tout en générant des économies substantielles;
- RUM sur l'utilisation des antibiotiques afin de cibler l'antibiotique le plus approprié pour le problème à traiter. Ces travaux contribuent à réduire la résistance aux antibiotiques.

Bilan des réalisations de l'équipe qualité médecine et médecine-chirurgie 2014-2015

- Création et application de l'outil interdisciplinaire projet (6^e et 7^e Médecine) au chevet des usagers;
- Consolidation de l'approche aux âgées en interdisciplinarité (5^e Chirurgie);
- Bonification du plan de travail préposé aux bénéficiaires;
- Mise en place du plan d'action Médecine-Chirurgie (maximisation de l'utilisation de l'évaluation initiale, du dépistage de chute et du plan thérapeutique infirmier).

Cette année, 13 077 personnes ont été vaccinées contre la grippe. C'est une augmentation de près de 300 personnes de plus que l'an passé.

Implantation d'un nouveau registre de vaccination provincial SI-PMI (Système d'information pour la protection en maladies infectieuses) qui aura comme objectif d'avoir un accès rapide aux informations de vaccination des personnes inscrites au registre peu importe le lieu de vaccination.

Le comité pédiatrie a pour objectif d'identifier des éléments sur lesquels il serait important de s'arrêter et d'en assurer un suivi. Il permet d'identifier, par exemple, les protocoles, ordonnances ou modes de fonctionnement qui doivent être travaillés.

Le réseau d'accessibilité médicale Drummond (RAMD) a des effets très positifs sur l'accès aux services de santé pour la population du territoire. Plus de 24 000 visites de patients y sont enregistrées chaque année.

Le programme Vire au Vert permet d'assurer des services aux jeunes aux prises avec une problématique de consommation en émergence. Cinq rencontres thérapeutiques constituent ce programme et permettent d'accompagner l'adolescent et sa famille.

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

L'expression d'une insatisfaction est importante, car elle permet à l'établissement d'avoir un regard sur la qualité des soins et des services qui sont rendus. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est présent pour informer, accompagner et examiner les plaintes qui sont portées à son attention.

Le traitement des plaintes et des insatisfactions permet dans une majorité des cas d'identifier des mesures correctives. L'établissement et les intervenants répondent de façon positive dans l'implantation de celles-ci. Leur engagement est le reflet d'une volonté indéniable de dispenser des services axés sur la qualité et de favoriser le respect des droits des usagers.

Le commissaire a reçu et traité 86 plaintes. Elles sont réparties en six grandes catégories de motifs, prédéterminées par le cadre normatif du Système d'information de gestion des plaintes

Tel que le prévoit la loi, l'utilisateur peut exercer un recours auprès du Protecteur du citoyen s'il est insatisfait des conclusions du commissaire.

Aucune plainte n'est reliée à la difficulté d'accès aux services en langue anglaise.

Autres fonctions

Outre le traitement des plaintes, le commissaire doit exercer diverses activités comme la diffusion de l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique pour en améliorer la connaissance. En plus, il assure la promotion du régime d'examen des plaintes.

Faits saillants

- 97 motifs des dossiers de plainte conclus durant l'exercice;
- 4 motifs des dossiers de plainte non complétés;
- 42 motifs des dossiers de plainte ont donné lieu à des mesures correctives;
- 51 motifs des dossiers de plainte sont identifiés comme n'ayant pas de mesures correctives;
- 74,71 % des plaintes émanent des usagers et 25,29 % des représentants;
- 99,99 % des plaintes ont été traitées dans les délais légaux de 45 jours;
- Ouverture de 13 dossiers d'intervention et un dossier de consultation. De plus, 145 dossiers d'assistance dont 81 dossiers concernent une aide pour un soin ou un service, et 56 dossiers touchent l'aide à la formulation d'une plainte.

Motifs de plainte

- Accessibilité : 20,62 %
- Aspect financier : 5,15 %
- Droits particuliers : 6,19 %
- Organisation du milieu et ressources matérielles : 7,22 %
- Relations interpersonnelles : 21,65 %
- Soins et services dispensés : 39,18 %

Rapport du médecin examinateur

Pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, neuf plaintes ont été reçues.

Dossiers traités par le médecin examinateur

- 9 plaintes reçues en 2014-2015;
- 11 motifs des dossiers de plainte conclus durant l'exercice;
- 2 motifs des dossiers de plainte non complétés;
- 4 motifs des dossiers de plainte ont donné lieu à des mesures correctives;
- 5 motifs des dossiers de plainte sont identifiés comme n'ayant pas de mesures correctives;
- 60 % des plaintes émanent des usagers, 20 % des représentants et 20 % d'un tiers;
- 50 % des plaintes ont été traitées dans les délais légaux de 45 jours.

Comité de révision

Maître Annie Durocher, substitut
Docteure Mylène Gagnon
Docteur André Larose
Monsieur André St-Louis, président

Vous pouvez consulter le rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, sur le site internet de l'établissement sous l'onglet Documentation\Rapports annuels.

Améliorer la sécurité

Améliorer la sécurité

L'enjeu demeure d'offrir une prestation de soins et de services toujours plus sécuritaire en améliorant continuellement nos pratiques et en s'engageant dans le développement d'une culture de qualité et de sécurité.

Amélioration des soins et des services

L'amélioration des soins et des services passe notamment par la gestion des risques et de la sécurité dans l'organisation. Elle est dûment instituée depuis 2004 au Centre de santé et de services sociaux Drummond et le conseil d'administration reçoit un suivi systématique en cette matière. La gestion des risques est un processus incessant qui permet l'identification de situations à risques afin d'intervenir rapidement pour éviter les dommages et la récurrence. Il s'agit d'un processus transversal où tous jouent un rôle important. D'ailleurs, différents comités et instances contribuent à l'amélioration de la sécurité dans la prestation de soins et de services :

- Comité de gestion des risques;
- Comité de sécurité pharmacologique;
- Comité de prévention et de contrôle des infections;
- Comité d'évaluation de l'acte médical;
- Conseils professionnels (CM, CII et CMDP).

Gestion des risques

Le rapport de gestion des risques s'inscrit dans la continuité des activités de gestion des risques en place au Centre de santé et de services sociaux Drummond. Il a évolué au cours des dernières années avec, entre autres choses, l'introduction du registre local informatisé des incidents et des accidents (Gesrisk et le SSSS). L'implantation du logiciel Gesrisk a permis aux intervenants de faire la déclaration des incidents et des accidents en mode électronique. Ce mode de déclaration en temps réel (communément appelée la déclaration décentralisée) permet d'obtenir des données à jour, disponibles au moment opportun pour les gestionnaires et les intervenants.

Les erreurs liées à la médication et aux chutes demeurent les deux types d'événements les plus fréquents au Centre de santé et de services sociaux Drummond, et pour l'ensemble du Québec. Ils représentent 82,5 % de tous les incidents et accidents.

Le comité de sécurité pharmacologique étudie avec les directions cliniques l'ensemble du circuit du médicament à l'aide d'un audit.

En ce qui concerne les chutes, la plupart se produisent en centre d'hébergement en soins de longue durée (CHSLD). La clientèle en CHSLD est de plus en plus en grand besoin de soins et de services. Son autonomie est grandement affectée et la probabilité de chutes augmente. Le CHSLD étant un milieu de vie, le recours aux mesures de contrôle est minimal. Il est donc décidé avec le résident ou son représentant et ses proches des moyens à prendre à l'égard de l'autonomie.

	Chutes	Médication
Centre de santé et de services sociaux Drummond		
2014-2015	2 230	2125
% du total des événements	40,2 %	38,3 %
2013-2014	2 206	2 518
% du total des événements	38,5 %	43,9 %

Événements sentinelles

Trois événements sentinelles ont été traités et analysés par les gestionnaires concernés, le gestionnaire de risques et le comité de gestion des risques.

L'événement sentinelle se définit comme étant un événement qui a eu ou aurait pu avoir des conséquences catastrophiques ou bien un événement qui se produit à grande fréquence, même s'il n'est pas à l'origine de conséquences graves.

Mesures de contrôle (contention et isolement)

L'utilisation de mesures de contrôle nécessite un encadrement strict dû à la complexité de la procédure, et ce, afin d'assurer la sécurité des usagers. Pour diminuer l'utilisation des mesures de contrôle, le Centre de santé et de services sociaux Drummond s'est engagé à promouvoir l'utilisation de mesures alternatives et s'est doté, en 2010, d'un protocole visant l'encadrement de l'utilisation des mesures de contrôle.

Le comité stratégique des mesures de contrôle veille à établir les priorités annuelles et le suivi des indicateurs à l'égard de la réduction des mesures de contrôle. De ce comité stratégique découle deux comités opérationnels, soit un en soins de longue durée déjà actif depuis quelques années et un en soins de courte durée.

Ces comités multidisciplinaires favorisent la mise en place de méthodes alternatives pour la prévention de l'utilisation des mesures de contrôle et l'utilisation sécuritaire de celles-ci, le cas échéant.

Pour diminuer l'utilisation des mesures de contrôle, le comité stratégique et opérationnel a mis en place un plan d'action sur la diminution de l'utilisation des ridelles de lit et en a fait le suivi lors de ses rencontres. De la formation continue a été offerte sur le protocole visant l'encadrement de l'utilisation des mesures de contrôle tout au long de l'année.

Le suivi des taux d'utilisation des mesures de contrôle s'est fait à chaque période en soins de longue durée. De plus, un suivi des taux d'utilisation des mesures de contrôle a débuté en projet pilote en soins de courte durée.

Prévention et contrôle des infections

Dans le but d'offrir des soins et des services sécuritaires aux usagers, le Centre de santé et de services sociaux Drummond dispose d'un programme cadre en prévention et contrôle des infections sous la responsabilité de la Direction des soins infirmiers. Ils placent en très haute priorité les activités du Service de la prévention et du contrôle des infections.

Voici les principales activités du Service de prévention et de contrôle des infections qui ont été réalisées durant l'année 2014-2015 :

- Développements d'outils et de vidéos ainsi que formation du personnel de l'Urgence, du CLSC et des médecins concernant la Maladie à virus Ebola;
- Finalisation du dossier de répartition des « zones grises » en hébergement;
- Rédaction d'une ordonnance collective pour le dépistage des BGNMR et déploiement d'un nouveau questionnaire de dépistage à l'admission des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR);
- Participation à divers projets de construction dont celui du futur CFE;
- Audit sur l'hygiène des mains en hébergement et plan d'action pour améliorer l'hygiène des mains dans ce secteur;
- Révision du protocole de prévention de la grippe au CSSS Drummond;
- Participation aux activités de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN), du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) ainsi que collaboration avec l'INSPQ pour l'élaboration de la Campagne québécoise des soins sécuritaires.

Comité de prévention et de contrôle des infections a siégé à six reprises au cours de l'année.

Comité de gestion d'éclosion a siégé à treize reprises au cours de l'année pour les soins de longue et de courte durée.

Bactéries multirésistantes aux antibiotiques

***Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)**

Taux d'incidence moyen après 12 périodes, de 14.78 par 10 000 jours-présence pour le total des acquisitions nosocomiales. C'est une augmentation importante par rapport à l'année précédente (2013-2014 : taux de 6.23 par 10 000 JP).

Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)

Taux d'incidence moyen après 12 périodes de 0.95 par 10 000 jours-présence pour le total des acquisitions nosocomiales. C'est une diminution marquée par rapport à l'année précédente (2013-2014 : taux de 2.05 par 10 000 JP).

Infections *C. difficile* (ICD)

Taux d'incidence moyen après 12 périodes financières de 3,43 par 10 000 jours-présence pour le total des acquisitions nosocomiales (incluant l'hospitalisation et les soins ambulatoires). C'est une diminution par rapport à l'année précédente (2013-2014 : Taux moyen de 4.40 par 10 000 JP).

Grippe et syndrome d'allure grippale

- Neuf éclosions de grippe en hébergement :
 - CHMY : unités de vie 4^e, 5^e et 6^e;
 - CHFGH : unités de vie : 1^{er} Ouest, 2^e NP, 2^e Nord Côté, 3^e Nord Paradis et 3^e Nord Côté;
 - Durée moyenne des éclosions : 17 jours et taux d'attaque moyen des résidents : 19,67%.
- Trois éclosions de syndrome d'allure grippale (SAG) en hébergement :
 - 2 au CHABC et 1 à la RNI Marie-Reine-des-Cœurs du côté public;
 - Durée moyenne des éclosions : 12 jours et taux d'attaque moyen des résidents : 11,67 %.
- Deux éclosions de grippe à l'hôpital :
 - Unité 7^e médecine : la 1^{re} a duré 17 jours et a généré 8 cas, la 2^e a duré 20 jours et a généré 5 cas.
- Une éclosion de grippe et de virus respiratoire syncytial (VRS) :
 - Hôpital : Unité de courte durée gériatrique;
 - Elle a duré 19 jours et a généré 2 cas de grippe et 2 cas de VRS.

Gastroentérite virale

- Milieu hospitalier (Hôpital Sainte-Croix) : Aucune éclosion
- Milieu de vie (CHSLD) : 11 éclosions (CHABC : 2 et CHFGH : 9)

Durée moyenne des éclosions de 12 jours et taux d'attaque moyen des résidents de 19,18 %.
Diminution du taux d'attaque moyen de 8 % par rapport à l'année 2013-2014.

Bilan comparatif des médicaments

Le bilan comparatif des médicaments est un processus permettant la diminution d'erreurs de médicaments. Il a été déployé dans trois secteurs de la courte durée.

- Implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) dans les nouveaux services;
- Déploiement du cabinet automatisé pour la distribution des médicaments (CAD) aux Soins intensifs : servant d'armoire de nuit pour les coordonnatrices;
- Planification en vue du déploiement de la vérificatrice automatisée de médicaments en longue durée.

Un nouvel outil pour les ordonnances de congé des patients a fait son apparition sur certaines unités au CSSS Drummond, il s'agit du BCM de départ. Ce nouvel outil permet, entre autres, de distinguer les ordonnances qui ont été entamées à l'hôpital de celles qui étaient déjà en vigueur avant l'hospitalisation. De plus, il est possible de voir ce qui est advenu d'une prescription au cours de l'hospitalisation, à savoir, si celle-ci a été poursuivie ou arrêtée. Contrairement aux prescriptions de départ usuelles, le BCM de départ, une fois complété, doit être télécopié à la pharmacie communautaire, puis replacé dans le dossier. Il sera ensuite acheminé au médecin de famille en même temps que la feuille sommaire. Le but ultime de l'implantation de ce nouvel outil est d'améliorer les communications entre les différents intervenants ainsi que de limiter les erreurs ou les pertes d'information aux points de transition des soins médicaux.

L'arrivée de plusieurs pharmaciens a permis l'intégration des pharmaciens dans plusieurs unités de soins et unités de vie. Leur présence va améliorer le suivi des médicaments auprès des usagers. Rappelons qu'un taux important de problèmes de santé à l'Urgence provient de médicaments mal utilisés.

Le Centre de santé et de services sociaux Drummond a mis sur pied un comité neurovasculaire. Ce dernier a entrepris plusieurs actions afin d'améliorer le continuum de soins et de services en ce qui a trait aux accidents vasculaire cérébral—accident ischémique transitoire (AVC—AIT) ainsi que tous les processus cliniques s'y rattachant. Toutes ces actions sont axées sur l'amélioration de la pratique et de l'expertise dans ce domaine afin d'obtenir la désignation de centre secondaire en neurovasculaire, et ce, pour la prise en charge la plus efficace possible et la plus bénéfique pour l'utilisateur.

Mesures d'urgence

Le plan des mesures d'urgence fait partie intégrante du volet de la sécurité au sein de l'établissement. De ce fait, la direction responsable poursuit ses activités en cette matière afin de maintenir les habiletés de son personnel d'intervention en situation d'urgence. Des exercices de code rouge, vert et noir ont été exécutés au cours de l'année

Développer la force de notre CSSS

Développer la force de notre CSSS

L'enjeu est de s'assurer de la disponibilité du personnel et des effectifs médicaux dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre en plus de développer un milieu de travail stimulant et valorisant. La planification de la main-d'œuvre, sa mobilisation et la gestion des ressources humaines renouvelée guident les actions.

Le développement de la force de l'organisation est sans aucun doute relié à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services. Le Centre de santé et de services sociaux Drummond peut compter sur du personnel et des médecins mobilisés, compétents et informés.

Gala Rubis

Reconnaître les membres du personnel et les médecins qui se démarquent au quotidien par leur travail, leur dévouement, leurs compétences et leurs habiletés remarquables est le cœur de ce gala.

Un premier gala reconnaissance couronné de succès. La soirée du lundi 23 mars 2015 a revêtu ses plus beaux atours et a permis de mettre sous les feux de la rampe des individus et des équipes de travail. Plus de 300 membres de l'organisation ont assisté à cette soirée qui leur était dédiée.

Ce gala avait pour but de reconnaître les membres du personnel et les médecins qui se démarquent au quotidien par leur travail, leurs compétences et leurs habiletés professionnelles.

Mais pourquoi le rubis? Très significatif, le rubis est la plus rare des pierres précieuses. Pour ce faire, elle s'imposait comme symbole du gala puisque les artisans du CSSS Drummond sont effectivement les éléments les plus précieux de l'organisation.

- 1 comité organisateur
- 4 commanditaires
- 9 catégories
- 74 candidatures
- Un comité de sélection
- 27 finalistes
- 9 gagnants
- 1 prix du jury

Des candidatures de qualité et une soirée remplie de talents, grâce à du personnel et une équipe médicale engagés!

« Comme président du conseil d'administration, je tenais à vous signifier l'importance que nous accordons aux hommes et aux femmes qui composent cette belle organisation. À preuve, la création d'un comité des ressources humaines et cet événement, ce gala rubis, s'inscrivent directement dans les orientations stratégiques auxquelles le conseil d'administration adhère. Mais au-delà de ce point de détail, retenez une chose, vous êtes le cœur de l'organisation et elle bat à votre rythme. La reconnaissance reste un élément essentiel pour une organisation qui désire aller toujours plus loin en comptant sur des ressources qui se sentent appuyer et dont on reconnaît leur travail. Vous pouvez être fiers de ce que vous accomplissez à chaque jour. Grâce à chacun, le Centre de santé et de services sociaux Drummond peut offrir un ensemble de soins et de services d'une grande qualité à toute notre communauté. » Extrait du discours de monsieur Michel Larrivée, président du conseil d'administration, lors de la soirée reconnaissance du premier Gala Rubis 2015.

Programme de préceptorat en soins infirmiers

La pénurie des ressources en soins infirmiers que vit actuellement notre région ainsi que les nombreux départs à la retraite, suscitent une perte d'expertise en soins infirmiers. Dans une perspective de favoriser l'attraction et la rétention des infirmières et infirmières auxiliaires de moins de deux ans d'expérience clinique ou qui ont changé de secteurs cliniques, les infirmières et infirmières auxiliaires ont été soutenues par le programme de préceptorat.

Comité d'harmonisation et de coordination des pratiques infirmières

L'harmonisation des pratiques en soins infirmiers est une priorité au Centre de santé et de services sociaux Drummond, et ce, afin d'éviter les duplications, d'exploiter et de partager les expertises. En ce sens, le comité d'harmonisation et de coordination des pratiques infirmières s'est réuni à quatorze reprises durant l'année. L'arrimage de la révision de nombreux formulaires cliniques, le suivi du déploiement des ordonnances collectives et la révision des normes des analyses de biologie délocalisées sont, entre autres choses, effectués lors de ces rencontres.

Recrutement

Des activités de recrutement de la main-d'œuvre infirmière ont été organisées conjointement avec la Direction des soins infirmiers.

- Recrutement de trois nouveaux pharmaciens à l'automne 2014 et deux autres dont l'arrivée est prévue à l'automne 2015;
- La pharmacie accueille maintenant des résidents et stagiaires en pharmacie.

Midis-conférences

De concert avec l'équipe de prévention et contrôle des infections, le secteur du développement des pratiques et qualité a poursuivi les midis-conférences pour favoriser le développement et le maintien des compétences des infirmières et des infirmiers auxiliaires. Un total de quinze midis-conférences ont été offerts dont certains permettaient l'obtention de crédits de formation (formation continue accréditée). Au total, 352 infirmières et infirmières auxiliaires ont été ainsi formées. Par ailleurs, il y a eu quatre parutions du journal Info DSI afin d'optimiser les communications cliniques en soins infirmiers. De plus, le personnel infirmier a bénéficié du Programme de préceptorat visant à favoriser le développement des compétences.

Conseillère aux services multidisciplinaires :

- Travaux sur la Loi 28 (révision des rôles du personnel dans le domaine psychosocial);
- Mise en place du « codéveloppement » pour les professionnels du conseil multidisciplinaire (2 groupes pilotes);
- Travaux en lien avec les recommandations de l'INESSS pour les analyses de laboratoire.

Tout près de 80 personnes réfugiées ont été reçues dans le cadre de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique. C'est plus de 50 % comparativement à l'an passé.

Une vidéo promotionnelle tournée en imagerie médicale par Siemens à visée internationale sur une utilisation optimale.

Le projet Allaiter en chemin a suivi son cours et est maintenant en ligne sur le web.

Les travaux du Centre famille-enfant (CFE) devraient débuter en 2015. Ceci a impliqué d'entreprendre l'agrandissement du stationnement arrière de l'Hôpital Sainte-Croix afin d'être prêt à faire face à la situation qu'engendrera l'excavation majeure requise pour la construction du CFE. La firme « R. Guilbeault Construction » a obtenu le mandat suite à un appel d'offres public.

Déclaration

Conscient que les femmes et les hommes qui travaillent au quotidien auprès de la clientèle sont le moteur et le cœur de l'organisation, nous devons porter une attention plus que particulière sur leur mise en valeur. Le conseil d'administration a donc soutenu l'organisation dans sa démarche vers un établissement modèle et un employeur de choix en mettant l'accent sur ses ressources humaines et une nouvelle philosophie de gestion.

Désireux de laisser à la fois une mention d'honneur et un legs de continuité, le conseil d'administration a adopté lors de sa dernière séance d'assemblée une déclaration.

Le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Drummond témoigne au personnel et aux médecins toute son appréciation et sa plus grande reconnaissance.

Nous prenons le temps de réaliser tout ce qui a été fait au profit de la qualité des soins et des services au fil des années, depuis le tout premier hôpital jusqu'à aujourd'hui en passant par la création du CSSS Drummond en 2004.

Merci aux femmes et aux hommes qui s'investissent et contribuent, sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, à la santé et au mieux-être de la collectivité. Il n'y a pas un acteur qui n'a pas son importance et chacun a un talent à exploiter.

Soulignons à grands traits l'engagement de tous ces acteurs autour de principes à la base d'une nouvelle philosophie de gestion qui a pris corps et fait consensus au sein de l'organisation : communiquer, impliquer, innover, performer, plaisir et soutenir.

Nous invitons le personnel et les médecins à poursuivre sur cette lancée avec l'engagement qui les caractérise et qui s'appuie sur des valeurs et des principes partagés.

*Le conseil d'administration
11 mars 2015*

Encourager le partenariat

Encourager le partenariat

L'enjeu est le travail en étroite complémentarité, de façon de plus en plus intégrée avec la communauté et les partenaires formant le RLS de Drummond et réaliser les projets cliniques. Les saines habitudes de vie, le vieillissement de la population, les usagers avec une *multiproblématique* de santé sont au centre des préoccupations

La bonne communication et la coopération entre les différents partenaires concourent à la réalisation de projets bénéfiques pour la population.

Soins palliatifs et répit

La collaboration du CSSS Drummond s'est poursuivie en cours d'année dans le cadre du projet de la Maison René-Verrier. L'ouverture de la maison de soins palliatifs a eu lieu au mois de janvier 2015.

De plus, une collaboration étroite entre le programme SAPA-DP et les Services René-Verrier a été présente afin d'offrir le répit aux aidants accompagnant un proche en fin de vie dans la communauté.

Soulignons également les ententes de collaboration avec d'autres partenaires : les résidences privées du territoire, la Société Alzheimer Centre-du-Québec et les Logements adaptés Drummond, qui ont contribué au maintien à domicile de la clientèle en perte d'autonomie.

Soutien apporté au CHRTR pour les IRM et au CSSS de la Haute-Yamaska pour les échographies cardiaques.

L'Association des bénévoles de l'Hôpital Sainte-Croix a souligné, le 16 septembre, son 35^e anniversaire de fondation. Depuis 1989, l'Association s'implique financièrement dans le développement et l'amélioration du mieux-être de la clientèle de l'Hôpital Sainte-Croix. À ce jour, près de 250 000 \$ ont été remis au centre hospitalier et environ 10 000 heures annuellement sont effectuées en bénévolat.

Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015

Entente de gestion et d'imputabilité et autres indicateurs

Programme famille et santé publique		
Service concerné	Résultat au 31 mars 2015	Objectif du MSSS au 31 mars 2015
Services de vaccination réalisée en CSSS mission CLSC dans les délais prévus au calendrier du PIQ		
Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le DCat-Polio-Hib	98,1%	90,0%
Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C	70,6%	90,0%
Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement		
Pourcentage des demandes de services traitées selon les délais définis ¹ - URGENT	NA (aucun)	90,0%
Pourcentage des demandes de services traitées selon les délais définis ² - ÉLEVÉ	83,3 %	90,0%
Pourcentage des demandes de services traitées selon les délais définis ³ - MODÉRÉ	100,0 %	90,0%
Services de 1^{re} ligne offerts aux jeunes en difficulté		
Usagers et familles desservis	1 102	1 566
Nombre moyen d'interventions par usager	6,26	7

¹ Urgent : 3 jours, Élevé : 33 jours, Modéré : 365 jours.

² Urgent : 3 jours, Élevé : 33 jours, Modéré : 365 jours.

³ Urgent : 3 jours, Élevé : 33 jours, Modéré : 365 jours.

Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015

Entente de gestion et d'imputabilité et autres indicateurs

Programme santé mentale		
Service concerné	Résultat au 31 mars 2015	Objectif du MSSS au 31 mars 2015
Services psychosociaux 1^{re} ligne		
Usagers desservis	740	794
Nombre moyen d'interventions par usager	3,18	3,86
Services d'évaluation, de traitement et de suivi en 1^{re} ligne		
Usagers moins de 18 ans	345	330
Usagers de 18 ans et plus	665	675
Total	1 010	1 005
Services de 2^e ligne en psychiatrie		
Moins de 18 ans en attente 60 jours et plus	8	NA
Adultes en attente 60 jours et plus	54	NA
Tous attente 60 jours et plus	62	Moins de 60
Services de soutien d'intensité variable dans la communauté		
Moyenne d'usagers rencontrés	66	137
Séjour sur civière à l'Urgence pour des problèmes de santé mentale		
Durée moyenne de séjour (cumulatif)	14,41	12,20
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus (cumulatif)	0,67 %	1,0 %
Services de première ligne en toxicomanie		
Nombre d'usagers	71	60

Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015

Entente de gestion et d'imputabilité et autres indicateurs

Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique		
Service concerné	Résultat au 31 mars 2015	Objectif du MSSS au 31 mars 2015
Services de soins palliatifs		
Nombre moyen d'interventions par usager	16,5	16,0
Intensification des services de soutien à domicile		
Nombre total d'heures de services en soutien à domicile rendues par les différents modes de dispensation de services ⁴	201 312	189 687
Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique		
Pourcentage des demandes de services traitées selon les délais définis ⁵ URGENT	NA (aucun)	90,0%
Pourcentage des demandes de services traitées selon les délais définis ⁶ ÉLEVÉ	100,0 %	90,0%
Pourcentage des demandes de services traitées selon les délais définis ⁷ MODÉRÉ	96,1 %	90,0%
Trajectoire des clientèles gériatriques		
Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée	2,2	< 3
Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	1,7	< 3
Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	3,5	< 3
Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	3,6	< 3
Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	1,4	< 3
Nombre moyen de patients en attente de RNI occupant des lits de courte durée	0,7	< 3
Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	0,0	< 3
Taux de déclaration en hébergement à partir du CH des 75 ans et plus	ND	< 5 %

⁴ Services professionnels, Aide à domicile, Chèque Emploi Service, Services achetés et payés par le CSSS rendus par des fournisseurs.

⁵ Urgent : 3 jours, Élevé : 33 jours, Modéré : 365 jours.

⁶ Urgent : 3 jours, Élevé : 33 jours, Modéré : 365 jours.

⁷ Urgent : 3 jours, Élevé : 33 jours, Modéré : 365 jours.

Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015

Entente de gestion et d'imputabilité et autres indicateurs

Programme santé physique		
Service concerné	Résultat au 31 mars 2015	Objectif du MSSS au 31 mars 2015
Pourcentage d'usagers inscrits et traités dans les délais selon le type de chirurgie		
Arthroplastie de la hanche (6 mois)	100,0 %	90,0 %
Arthroplastie du genou (6 mois)	100,0 %	90,0 %
Chirurgie de la cataracte (6 mois)	99,5 %	90,0 %
Chirurgie d'un jour (sans cataractes – 12 mois)	94,6 %	90,0 %
Chirurgie hospitalisée (autres – 12 mois)	97,9 %	90,0 %
Chirurgie bariatrique	46,7 %	90,0 %
Durée moyenne de séjour (DMS) sur civière à l'Urgence		
DMS global	12,55	12,0
DMS 75 ans et +	15,12	12,0
Pourcentage de séjour sur civière à l'Urgence		
% de 48 heures et +, global (cumulatif)	0,6 %	1,0 %
% de 48 heures et +, 75 ans et + (cumulatif)	0,73 %	0,5 %
% de 24 heures et +	14,14 %	15,0 % ou moins
Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à		
28 jours	75,7 %	90,0 %
56 jours	96,3 %	100,0 %

Entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015

Entente de gestion et d'imputabilité et autres indicateurs

Direction des ressources humaines		
Service concerné	Résultat au 31 mars 2015	Objectif du MSSS au 31 mars 2015
Ratio entre le nombre d'heures d'assurance salaire et le nombre d'heures travaillées		
Ratio	6,20 %	5,40 %
Ratio entre le nombre d'heures travaillées en heures supplémentaires		
Ratio	3,46 %	3,10 %
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier		
Pourcentage	5,08 %	5,2 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier		
Pourcentage	0,05 %	0 %

États financiers et analyse des résultats des opérations

Rapport de la direction

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

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

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

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

Les états financiers ont été audités par la firme FBL, S.E.N.C.R.L., comptables agréés, dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme FBL peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Martin Beaumont,
président-directeur général

Le CSSS Drummond termine l'année avec un déficit d'exploitation de 1 707 100 \$ pour l'exercice financier complété le 31 mars 2015.

Le dépassement du déficit prévu selon le budget initial est expliqué par la comptabilisation des indemnités de départ versés suite à l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) au montant de 936 691 \$. Également, la croissance des dépenses des médicaments d'oncologie et du nombre de traitements (350 traitements de plus en 2014-2015) a contribué à ce dépassement.

Le CSSS Drummond affiche des revenus d'exploitation de 167 373 448 \$, soit 3 382 576 \$ de plus que l'an passé et des dépenses se chiffrant à 169 080 548 \$, soit 5 373 314 \$ de plus que l'an passé.

Au chapitre des revenus, voici les principaux éléments qui ont contribué à la variation

Subvention Agence et MSSS	Indexation et augmentation du financement	MSSS	3 820 806 \$
	Financement non récurrent	Agence	292 436 \$
	Mesures de réductions – Optimisation		(1 415 062) \$
Ventes de services et recouvrement	Projet non récurrent en hébergement privé		177 075 \$
	Produit d'assurance suite à des dégâts d'eau		123 542 \$
	Rabais volume sur achats de prothèses		110 615 \$
Revenus de type commercial	Augmentation des revenus de stationnements		196 974 \$

Dans la section des dépenses, les éléments suivants expliquent les principales augmentations :

Salaires, avantages sociaux et charges sociales	Augmentation de la masse salariale occasionnée par les indexations salariales, les conventions collectives et avantages sociaux	4 182 235 \$
	Augmentation des heures productives (10 000 heures) attribué au soutien à domicile et à la pharmacie	267 791 \$
	Diminution main d'œuvre indépendante – pharmacien et surveillance étroite patient	(203 547) \$
	Indemnités de départs	936 690 \$
Médicaments	Augmentation des coûts de médicaments en oncologie	187 183 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	Diminution attribué aux anneaux gastriques, aux achats regroupés et aux grands chantiers	(743 483) \$
Rétribution versées aux ressources non institutionnelles	Augmentation des rétributions versées aux ressources non institutionnelles suite à l'annualisation de places	742 284 \$
Entretien et réparation, les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	Projet de réfection des toilettes mitoyennes en hébergement longue durée (CFGH)	903 519 \$
	Projet de réfection de la toiture de l'aile A en hébergement longue durée (CFGH)	224 132 \$
	Projet de réfection de la laverie au service alimentaire au centre hospitalier (HSC)	204 989 \$

Le solde des déficits cumulés du fonds d'exploitation est de 286 242 \$ au 31 mars 2015.

Le niveau d'encaisse se situe à 11 096 667 \$ ce qui confère au CSSS Drummond une situation confortable au niveau des liquidités.

Nous avons investi 7 639 153 \$ dans les immobilisations, dont 4 268 806 \$ au niveau d'améliorations majeures aux bâtiments et 3 370 347 \$ en achats d'équipements médicaux.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés



Au président-directeur général de
CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-
CENTRE-DU-QUÉBEC

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de sa dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DRUMMOND pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 4 juin 2015. Ni ces états financiers, ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DRUMMOND.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DRUMMOND pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 4 juin 2015, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DRUMMOND à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autres. Notre rapport est destiné uniquement à CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

1

FBL S.E.N.C.R.L.

Drummondville, le 26 juin 2015

État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisation		TOTAL	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS	151 616 737 \$	148 770 797 \$	7 455 701 \$	5 843 753 \$	159 072 438 \$	154 614 550 \$
Subventions Gouvernement du Canada	-	47 964	-	-	-	47 964
Contributions des usagers	10 760 172	10 771 912	-	-	10 760 172	10 771 912
Ventes de services et recouvrements	2 672 327	2 280 040	-	-	2 672 327	2 280 040
Donations	46 368	96 462	856 967	927 882	903 335	1 024 344
Revenus de placement	100 921	90 335	123 745	123 258	224 666	213 593
Revenus de type commercial	1 276 082	1 109 355	-	-	1 276 082	1 109 355
Gains sur disposition	-	-	-	-	-	-
Autres revenus	900 841	824 007	3 487	4 722	904 328	828 729
TOTAL	167 373 448 \$	163 990 872 \$	8 439 900 \$	6 899 615 \$	175 813 348 \$	170 890 487 \$
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	122 032 706 \$	116 849 537 \$	- \$	- \$	122 032 706 \$	116 849 537 \$
Médicaments	6 303 823	6 116 640	-	-	6 303 823	6 116 640
Produits sanguins	1 807 641	1 647 409	-	-	1 807 641	1 647 409
Fournitures médicales et chirurgicales	8 708 713	9 452 196	-	-	8 708 713	9 452 196
Denrées alimentaires	1 951 121	1 962 038	-	-	1 951 121	1 962 038
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	5 488 924	4 746 640	-	-	5 488 924	4 746 640
Frais financiers	-	-	1 445 298	1 455 852	1 445 298	1 455 852
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	2 656 688	2 815 593	2 009 916	722 834	4 666 604	3 538 427
Créances douteuses	(40 722)	47 211	-	-	(40 722)	47 211
Loyers	1 689 847	1 604 489	-	-	1 689 847	1 604 489
Amortissements des immobilisations	-	-	4 790 136	4 690 482 \$	4 790 136	4 690 482
Pertes sur disposition d'immobilisations	-	-	180 516	4 137	180 516	4 137
Autres charges	18 481 807	18 465 481	-	-	18 481 807	18 465 481
TOTAL	169 080 548 \$	163 707 234 \$	8 425 866 \$	6 873 305 \$	177 506 414 \$	170 580 539 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(1 707 100) \$	283 638 \$	14 034 \$	26 310 \$	(1 693 066) \$	309 948 \$

États des résultats - Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Fonds d'exploitation- activités principales		Fonds d'exploitation- activités accessoires		Total	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS	150 153 614 \$	147 300 739 \$	1 463 123 \$	1 470 058 \$	151 616 737 \$	148 770 797 \$
Subventions Gouvernement du Canada	-	-	-	47 964	-	47 964
Contributions des usagers	10 760 172	10 771 912	-	-	10 760 172	10 771 912
Ventes de services et recouvrements	2 672 327	2 280 040	-	-	2 672 327	2 280 040
Donations	46 368	96 462	-	-	46 368	96 462
Revenus de placement	99 641	90 335	1 280	-	100 921	90 335
Revenus de type commercial	-	-	1 276 082	1 109 355	1 276 082	1 109 355
Gains sur disposition	-	-	-	-	-	-
Autres revenus	900 777	824 007	64	-	900 841	824 007
TOTAL	164 632 899 \$	161 363 495 \$	2 740 549 \$	2 627 377 \$	167 373 448 \$	163 990 872 \$
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	120 546 024 \$	115 296 711 \$	1 486 682 \$	1 552 826 \$	122 032 706 \$	116 849 537 \$
Médicaments	6 303 823	6 116 640	-	-	6 303 823	6 116 640
Produits sanguins	1 807 641	1 647 409	-	-	1 807 641	1 647 409
Fournitures médicales et chirurgicales	8 708 713	9 452 196	-	-	8 708 713	9 452 196
Denrées alimentaires	1 951 121	1 962 038	-	-	1 951 121	1 962 038
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	5 488 924	4 746 640	-	-	5 488 924	4 746 640
Frais financiers	-	-	-	-	-	-
Entretien et réparations	2 656 688	2 815 593	-	-	2 656 688	2 815 593
Créances douteuses	(40 722)	47 211	-	-	(40 722)	47 211
Loyers	1 580 817	1 496 391	109 030	108 098	1 689 847	1 604 489
Autres charges	17 951 121	17 874 853	530 686	590 628	18 481 807	18 465 481
TOTAL	166 954 150 \$	161 455 682 \$	2 126 398 \$	2 251 552 \$	169 080 548 \$	163 707 234 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(2 321 251) \$	(92 187) \$	614 151 \$	375 825 \$	(1 707 100) \$	283 638 \$

État des surplus (déficits) cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisation		Total	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Surplus (déficits) cumulés au début	1 420 858 \$	1 137 220 \$	3 552 493 \$	3 526 183 \$	4 973 351 \$	4 663 403 \$
Surplus (déficits) de l'exercice	(1 707 100)	283 638	14 034	26 310	(1 693 066)	309 948
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	(286 242) \$	1 420 858 \$	3 566 527 \$	3 552 493 \$	3 280 285 \$	4 973 351 \$
Constitués des éléments suivants :						
SOLDE NON AFFECTÉ					3 280 285 \$	4 973 351 \$

État de la situation financière

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisation		TOTAL	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
Encaisse	11 096 667 \$	8 125 886 \$	3 196 759 \$	4 023 865 \$	14 293 426 \$	12 149 751 \$
Placements temporaires	- \$	- \$	4 000 000 \$	4 000 000 \$	4 000 000 \$	4 000 000 \$
Débiteurs – Agence et MSSS	3 777 227 \$	7 990 215 \$	447 304 \$	376 209 \$	4 224 531 \$	8 366 424 \$
Autres débiteurs	1 910 782 \$	1 652 146 \$	361 731 \$	183 933 \$	2 272 513 \$	1 836 079 \$
Créances interfonds (dettes interfonds)	(168 481) \$	(966 496) \$	168 481 \$	966 496 \$	- \$	- \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – Réforme comptable	11 667 294 \$	11 671 009 \$	5 244 036 \$	2 219 807 \$	16 911 330 \$	13 890 816 \$
Frais reportés liés aux dettes	- \$	- \$	99 265 \$	93 345 \$	99 265 \$	93 345 \$
Autres éléments	80 657 \$	72 576 \$	954 202 \$	524 041 \$	1 034 859 \$	596 617 \$
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	28 364 146 \$	28 545 336 \$	14 471 778 \$	12 387 696 \$	42 835 924 \$	40 933 032 \$
PASSIF						
Emprunts temporaires	- \$	- \$	3 650 838 \$	3 218 487 \$	3 650 838 \$	3 218 487 \$
Autres créditeurs et autres charges à payer	14 682 247 \$	14 448 831 \$	1 055 274 \$	1 187 719 \$	15 737 521 \$	15 636 550 \$
Avances de fonds en provenance de l'Agence – Enveloppes décentralisées	- \$	- \$	4 574 584 \$	3 023 303 \$	4 574 584 \$	3 023 303 \$
Intérêts courus à payer	- \$	- \$	447 304 \$	376 208 \$	447 304 \$	376 208 \$
Revenus reportés	1 092 946 \$	750 984 \$	13 220 077 \$	13 087 271 \$	14 313 023 \$	13 838 255 \$
Dettes à long terme	- \$	- \$	45 423 391 \$	42 739 931 \$	45 423 391 \$	42 739 931 \$
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	14 384 163 \$	13 978 735 \$	- \$	- \$	14 384 163 \$	13 978 735 \$
Autres éléments	952 449 \$	507 257 \$	- \$	- \$	952 449 \$	507 257 \$
TOTAL DES PASSIFS	31 111 805 \$	29 685 807 \$	68 371 468 \$	63 632 919 \$	99 483 273 \$	93 318 726 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(2 747 659) \$	(1 140 471) \$	(53 899 690) \$	(51 245 223) \$	(56 647 349) \$	(52 385 694) \$
ACTIFS NON FINANCIERS						
Immobilisations	- \$	- \$	57 466 217 \$	54 797 716 \$	57 466 217 \$	54 797 716 \$
Stocks de fournitures	1 541 185 \$	1 535 104 \$	- \$	- \$	1 541 185 \$	1 535 104 \$
Frais payés d'avance	920 232 \$	1 026 225 \$	- \$	- \$	920 232 \$	1 026 225 \$
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	2 461 417 \$	2 561 329 \$	57 466 217 \$	54 797 716 \$	59 927 634 \$	57 359 045 \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(286 242) \$	1 420 858 \$	3 566 527 \$	3 552 493 \$	3 280 285 \$	4 973 351 \$

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

Exercice terminé le 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(52 385 694) \$	(51 214 066) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(1 693 066) \$	309 948 \$
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(7 639 153) \$	(6 099 328) \$
Amortissements de l'exercice	4 790 136 \$	4 690 482 \$
(Gains)/Pertes sur dispositions	180 516 \$	4 137 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	(2 668 501) \$	(1 404 709) \$
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Acquisitions de stocks de fournitures	(11 931 979) \$	(11 887 829) \$
Acquisitions de frais payés d'avance	(953 472) \$	(1 169 871) \$
Utilisations de stocks de fournitures	11 925 900 \$	11 985 101 \$
Utilisations de frais payés d'avance	1 059 463 \$	995 732 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	99 912 \$	(76 867) \$
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(4 261 655) \$	(1 171 628) \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(56 647 349) \$	(52 385 694) \$

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	(1 693 066) \$	309 948 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie :		
Stocks et frais payés d'avance	99 912 \$	(76 867) \$
Pertes (Gains) sur disposition d'immobilisations	180 516 \$	4 137 \$
Amortissements des immobilisations	4 790 136 \$	4 690 482 \$
Amortissements des frais reportés liés aux dettes	30 828 \$	46 521 \$
Subventions à recevoir – Réforme comptable – Immobilisations	(3 024 229) \$	(1 517 004) \$
Autres	- \$	27 465 \$
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	2 077 163 \$	3 174 734 \$
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	5 227 646 \$	2 300 144 \$
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement	5 611 743 \$	5 784 826 \$
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENTS EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations :		
Acquisitions	(6 583 879) \$	(4 911 609) \$
Produits de disposition	- \$	- \$
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	(6 583 879) \$	(4 911 609) \$
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements temporaires	- \$	(4 000 000) \$
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement	- \$	(4 000 000) \$

État des flux de trésorerie (suite)

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes :		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	5 693 751 \$	9 994 655 \$
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(2 864 964) \$	(2 637 355) \$
Emprunts remboursés – Refinancement de dettes à long terme	(145 327) \$	(4 806 398) \$
Emprunts temporaires effectués – Fonds d'immobilisations	6 228 695 \$	10 698 470 \$
Emprunts temporaires remboursés – Fonds d'immobilisations	(102 593) \$	(84 369) \$
Emprunts temporaires remboursés – Refinancement fonds d'immobilisations	(5 693 751) \$	(9 994 655) \$
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	3 115 811 \$	3 170 348 \$
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	2 143 675 \$	43 565 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	12 149 751 \$	12 106 186 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	14 293 426 \$	12 149 751 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
Encaisse	14 293 426 \$	12 149 751 \$

Note aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2015

Résultats

Le résultat des opérations du fonds d'exploitation indiqué à la page 200, ligne 29, colonne 2, se solde par un déficit des revenus sur les charges au montant de 1 707 100 \$. Ce déficit est imputé aux surplus (déficits) cumulés.

Statut et nature des opérations

Le Centre de santé et services sociaux Drummond (l'établissement) est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Il a pour mandat d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la personne et de la population du territoire de la MRC de Drummond. Ses services sont axés sur les besoins et les caractéristiques de sa clientèle.

En ce sens, il propose une vaste gamme de services de santé et de services sociaux de première et de deuxième ligne. L'établissement reçoit les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins sont évalués et que les services requis leur sont offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure de les diriger le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

L'établissement agit au cœur d'un réseau de partenaires et met en place avec eux les mécanismes de coordination qui faciliteront l'accessibilité et la continuité tout en maintenant la qualité.

Le siège social de l'établissement est situé à Drummondville. Les points de services sont répartis dans l'ensemble de la région 04. En vertu des lois fédérales et provinciales 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 1^{er} avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région sociosanitaire 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, issus de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région. Ainsi, l'établissement est fusionné avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

Maintien de l'équilibre budgétaire

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

encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats totaux fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015 l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Opérations entre apparentés

Exercice terminé le 31 mars 2015

Le CSSS Drummond effectue des opérations avec la Fondation Sainte-Croix/Heriot. Les objets pour lesquels cette dernière est constituée sont les suivants :

- Recevoir les montants provenant des dons, legs ou autres contributions bénévoles;
- Employer ces montants en capital et intérêts, aux fins suivantes :
 - a) Améliorer la qualité des soins et services médicaux au CSSS Drummond;
 - b) Acheter l'équipement médical jugé prioritaire dans le milieu;
 - c) Contribuer à l'enseignement médical et à la diffusion d'informations sur la santé dans le milieu.

Un employé de l'établissement, soit le directeur général, et un membre du conseil d'administration du CSSS Drummond, siègent au conseil d'administration de la Fondation Sainte-Croix/Heriot.

L'établissement a enregistré des produits au fonds d'immobilisations pour un montant de 993 632 \$ (699 289 \$ en 2014) en provenance de la Fondation Sainte-Croix/Heriot dont 256 404 \$ est à recevoir au 31 mars 2015 (83 000 \$ en 2014).

Dons reçus de la Fondation Sainte-Croix/Heriot

Gamma caméra	280 527 \$	
Mobilier intégré – Chambres soins de longue durée	256 503 \$	
Systèmes de bronchoscopie	192 037 \$	
Échographe – Obstétrique	46 977 \$	
Échographe portatif – Soins intensifs	39 713 \$	
Équipements – Salle de laparoscopie chirurgicale en urologie	35 470 \$	
Table de soins néonataux	29 352 \$	
Moniteur foeto-maternel (CFE)	21 721 \$	
Analyseur de fonction plaquettaire – Laboratoire	18 495 \$	
Don Pharmacie – Formation et accès logiciels	17 365 \$	
Dons dédiés – Soins palliatifs	11 339 \$	
Moniteurs cardio-respiratoires – Pédiatrie	10 338 \$	
Tire-lait (2) – PFSPSM	6 172 \$	
Don Banque TD – Formation	5 000 \$	
Don Oncologie – Formation	4 505 \$	
Divers PFSPSM : Jouets et fournitures diverses	4 492 \$	
Don "100 ans pour la vie" – Équipements et livres	3 621 \$	
Pousse-seringues – Néonatalogie	3 081 \$	
Matelas I-Heal – Soins palliatifs	3 000 \$	
Saturomètre (3) – Néonatalogie	2 369 \$	
Dons dédiés – Psychiatrie : Journée médico-administrative	878 \$	
Conseil multi-disciplinaire – Formation	340 \$	
Dons PPPA – Amélioration milieu de vie	337 \$	
		993 632 \$
Dons ophtalmiques		
Dons ophtalmiques non attribués	18 631 \$	
Don Ophtalmologie – Petits équipements	465 \$	
		19 096 \$
Autres (contribution de tiers)		
Technidata (Siemens)	29 639 \$	
		29 639 \$
TOTAL		1 042 367 \$

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

Exercice terminé le 31 mars 2015

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2013-2014	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
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						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Unité de mesure – HSC # 6302 Consultations externes spécialisées : Des visites avec une infirmière et un médecin sont compilées deux fois au niveau de la chirurgie. Le patient rencontre l'infirmière et ensuite le médecin, et ce, la même journée. Deux numéros de visites sont alors créés dans Med-GPS ainsi que dans GAP.	2014	O	Un service de consultation «fautif» a été identifié et une révision du rapport périodique a été entreprise.	R		
Unité de mesure – HSC # 6261 Chirurgies mineures : Il n'existe aucun registre ou rapport périodique présentant la répartition entre les usagers hospitalisés et inscrits, tel que requis selon les exigences du Ministère.	2014	O	Une révision du rapport périodique a été faite afin de permettre la répartition des usagers hospitalisés et inscrits, tel que requis.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2013- 2014	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
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						
Unité de mesure – HSC # 6610 Physiologie respiratoire : Une valeur unitaire de 5 a été enregistrée dans le système, permettant de calculer le nombre d'UTP pour l'activité 195, alors que la valeur unitaire selon l'annexe C de la circulaire 03.04.01.01 du Ministère est de 15. Cette erreur a occasionné une sous-évaluation de 240 UTP sur un total de 73 965 UTP.	2014	O	Les valeurs unitaires pour l'activité 195 ont été corrigées tel que recommandé pour le centre d'activités 6610 – Physiologie respiratoire.	R		
Unité de mesure – HSC # 6606 Centre de prélèvements : Les prélèvements effectués sur les usagers admis ne sont pas vérifiables. Il n'existe aucun moyen de vérifier le nombre inscrit sur la feuille de suivi manuel hebdomadaire. Il en est de même pour les informations concernant les prélèvements supplémentaires effectués dans le cas de prélèvement pour l'hyperglycémie et la banque de sang. L'absence de pistes de vérification contrevient aux exigences du Ministère.	2013	R	Au mois de mai 2014, un nouveau système informatique de laboratoire a été implanté. Ce système permet d'assurer la traçabilité des patients prélevés sur les unités de soins. Malheureusement, ce système a été mis en place avec plusieurs problématiques. Une des problématiques est le module permettant de scanner chacun des tubes prélevés par le personnel de la centrale de prélèvement sur les unités de soins. Ce module est inopérant et ne fonctionne pas pour l'instant. Le CSSS est en attente d'un correctif du fournisseur.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2013- 2014	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
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						
Unité de mesure – HSC # 7532 Archives : Des statistiques de la période 8 ont été compilées dans la période 10. Cette erreur découle, notamment, du fait que les statistiques sont compilées de manière manuscrite, ce qui augmente les risques d'erreurs liés de recomptage.	2014	O	Une saisie complète des unités de mesure pour les groupe 7532 (hôpital) est maintenant faite dans le système GAP (Gestion des activités professionnels), et ce, à partir de la période 1 de l'année 2014-2015.	R		
Unité de mesure – HSC # 7532 Archives : Les données du groupe C-2 sont considérées à 100 % dans le calcul de la statistique relative aux archives. Ces données doivent être calculées sur la base de 1/3 seulement selon les exigences du Ministère.	2014	O	Il est à noter que les données de l'exercice 2013-2014 ont été corrigées pour leur présentation au AS-471.	R		
Unité de mesure – HSC # 6559 Psychologie pédo. : Des interventions ont été compilées par des intervenants dont le salaire n'est pas imputé à ce centre d'activités.	2014	O	Le chef de service a sensibilisé ses collègues cadres de leur direction du fait que leurs intervenants ne peuvent compiler dans le centre d'activité 6559 s'ils n'y sont pas assignés.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2013- 2014	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
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						
Unité de mesure – HSC # 6559 Psychologie pédo. : Des unités de mesure ont été compilées pour une intervention alors que le rendez-vous a été annulé.	2014	O	Un retour avec l'intervenante qui avait été visée par l'auditeur externe a été fait par le chef de service. Le chef de service a également rencontré l'ensemble du personnel de ses programmes pour leur préciser les modalités en lien avec les compilations statistiques versus les notes au dossier.	R		
Unité de mesure – HSC # 6559 Psychologie pédo. : Une note au dossier d'un patient était manquante.	2014	O	Un retour avec l'intervenante qui avait été visée par l'auditeur externe a été fait par le chef de service. Le chef de service a également rencontré l'ensemble du personnel de ses programmes pour leur préciser les modalités en lien avec les compilations statistiques versus les notes au dossier.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2013-2014	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
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						
Unité de mesure – CLSC # 4114 Développement, adaptation, intégration sociale (6-17 ans) et leur famille : Les activités ponctuelles de groupe normalisées ne sont pas compilées dans les unités de mesure, tel qu'exigé par le Manuel de gestion financière.	2014	O	Il est à noter que les données de l'exercice 2013-2014 ont été corrigées pour leur présentation au AS-471. Cette recommandation a été ajoutée au tableau analyseur des secteurs du chef de service et celui-ci sera vérifié à la fin de chacune des périodes.	R		
Unité de mesure – CHSLD # 6564 Psychologie : Les dates inscrites aux registres des psychologues ne concordent pas toujours avec celles inscrites au dossier des usagers.	2014	O	Le suivi a été fait avec les intervenantes afin de s'assurer que la consignation au dossier soit bien faite à la bonne date.	R		
Unité de mesure – CHSLD # 6564 Psychologie : Des interventions cliniques réalisées pour le même usager et à la même date ont été compilées en double. Le Manuel de gestion financière spécifie qu'une seule intervention doit être compilée par jour pour un usager même si ce dernier rencontre plusieurs intervenants.	2014	O	Le suivi a été fait avec les intervenantes.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2013-2014	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes : Colonne 3 « Nature » : R : Réserve O : Observation C : Commentaire Colonnes 5, 6 et 7 « État de la problématique » : R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé						
Unité de mesure – CHSLD # 6564 Psychologie : Des erreurs d'addition au niveau du nombre d'interventions effectuées au cours d'une période. Ces erreurs découlent de l'utilisation de registres manuels qui nécessitent un recomptage des interventions à chaque période. Nous avons également constaté que des usagers n'ont pas été compilés aux fins statistiques alors qu'ils ont fait l'objet d'une intervention pour la première fois au cours de la période.	2014	O	Un tableau Excel a été mis en place pour faire l'addition des statistiques et éviter les erreurs de recomptage.	R		
Unité de mesure – CHSLD # 7646 Hygiène et salubrité – Désinfection suite à des départs/transferts : Des départs et transferts reliés à des désinfections à l'externe ont été inclus dans les données statistiques pour ce centre d'activités.	2014	O	Les départs et transferts reliés aux désinfections à l'externe ne sont plus inclus dans les statistiques. Un tableau des statistiques est produit avec les données du logiciel Sicheid et celui-ci comprend seulement les départs et transferts de l'interne.	R		

Contrats de service

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ⁸	0	- \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ⁹	6	335 209 \$
Total des contrats de services	6	335 209 \$

⁸ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

⁹ Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

Rapport des comités et des conseils professionnels

Conseil des infirmières et infirmiers

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)

Madame Suzie Côté, présidente
Madame Maria Fiorello, vice-présidente
Madame Anne-Marie Leclerc
Madame Carmen Niquette

Membres d'office : Élise Leclair, directrice des soins infirmiers et Yves Martin, directeur général

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CECIIA)

Monsieur Pier-Luc Bernier, président
Monsieur René Lemire, vice-président
Madame Claudia Therrien, vice-présidente

Conseil multidisciplinaire

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

Monsieur Jérémie Bousquet, vice-président
Madame Hélène Gosselin, présidente
Madame Marie-Pier Hallée, trésorière
Madame Sylvie Plasse, secrétaire

Membres élus : Mesdames Linda Parenteau, Hélène Grondin et Sophie Desrosiers.

Membres d'office : Messieurs Yves Martin, directeur général et André Allard, directeur des services hospitaliers et des pratiques professionnelles et adjoint au directeur des services professionnels, du partenariat et de l'enseignement médical.

Comités de pairs et rencontres professionnelles

Les comités de pairs et les rencontres professionnelles permettent l'amélioration de la qualité des soins et services offerts à la clientèle. Ils visent également la recherche et le partage de données probantes sur les meilleures pratiques professionnelles et la mise à jour des connaissances.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Comité exécutif des médecins, dentistes et pharmaciens

Docteur Philippe Bourget, premier directeur
Docteur Michel Camiré, vice-président
Docteure Carole Deslandes, troisième directeur
Docteur Yves Drouin, quatrième directeur
Docteur Jean-François Forcier, secrétaire-trésorier
Monsieur Martin Rajotte, deuxième directeur
Docteur Gilles Viens, président

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

Docteure Valérie Camiré
Docteur Simon Darveau
Docteur Luc Gilbert
Docteur Sylvain Roy
Docteure Catherine St-Georges
Madame Josée Tourigny

Les membres des départements sont sollicités à fournir des études par critères objectifs ainsi que des études de décès. De plus, au sein de ce comité, diverses problématiques ont été discutées et solutionnées.

Quatre rapports d'investigation du coroner furent examinés. La révision et l'évaluation de deux d'entre eux concluent que les règles de la pratique médicale ont été respectées.

Des activités de formation ont été recommandées :

- Formation sur le traitement de la douleur chez la personne âgée (avril 2015).
- Formation sur la dissection aortique thoracique avec présentations cliniques, diagnostics, investigation et prise en charge initiale (conférence sur l'anévrisme de l'aorte, automne 2015).

Une recommandation devrait être transmise au responsable du service des laboratoires en ce qui concerne la rédaction d'un guide d'interprétation sur le dosage d'opiacés.

Comité de pharmacologie

Monsieur Alain Bureau
Docteur Philippe Bourget
Docteure Myriane Croteau
Docteur Simon Falardeau
Docteure Mylène Gagnon
Madame Marie-Pier Mailhot
Docteure Anne-Andrée Martin-Fortier
Madame Geneviève Nadeau
Monsieur Martin Rajotte

Le comité a repris ses activités, et ce, mensuellement ainsi que le comité de l'utilisation des anti-infectieux. Les membres ont donc procédé à la révision d'ordonnances collectives, la rédaction de diverses ordonnances pré-imprimées ainsi qu'à l'ajout de nouveaux médicaments au formulaire de l'hôpital.

Comité d'éthique clinique

Comité exécutif d'éthique clinique

Monsieur André Allard, secrétaire d'office
Mme Christine Coallier, vice-présidente
Monsieur Michel Dostie président

Le comité a procédé à la nomination de son président à la rencontre du 11 avril 2013.

Liste des membres du comité d'éthique clinique pour 2014-2015

Monsieur André Allard, coordonnateur du comité d'éthique clinique, directeur des services hospitaliers et des pratiques professionnelles et adjoint au directeur des services professionnels, du partenariat et de l'enseignement médical
Madame Anne Bolduc, infirmière, représentante du conseil des infirmières et infirmiers
Monsieur Antoine Boulanger, travailleur social
Monsieur Alain Bureau, chef du Département de pharmacie et représentant du CMDP
Me Raymond Clair, avocat
Madame Christine Coallier, professeure de philosophie
Monsieur Martin D'Amour, directeur de la qualité, de la performance et du partenariat
Monsieur Michel Dostie, président du comité d'éthique clinique
Monsieur Charles Fortier, représentant du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Drummond
Madame Suzanne Gervais, représentante du comité des usagers
Docteur Luc Gilbert, directeur des services professionnels, du partenariat et de l'enseignement médical
Docteure Julie Hébert, représentante du CMDP
Madame Élise Leclair, directrice des soins infirmiers
Madame Esther Martineau, nutritionniste, représentante du conseil multidisciplinaire
Madame Marise St-Onge, intervenante en soins spirituels

Le comité d'éthique clinique a pour mandat principal de favoriser le développement de la réflexion éthique dans l'établissement. Pour ce faire, il se penche sur les dilemmes qui lui sont soumis et il émet des avis en vue de soutenir une pratique clinique de qualité, respectueuse de nos valeurs et principes. Le comité d'éthique clinique réalise des formations pour outiller les intervenants qui font face à toutes sortes de situations. Pour préparer l'année 2014-2015, le comité d'éthique clinique a réalisé un sondage auprès des intervenants afin de mieux cibler son action.

Comité de vigilance et de la qualité

Monsieur Guy Châteauneuf, président

Monsieur Martin D'Amour, invité permanent, directeur de la qualité, de la performance et du partenariat

Monsieur Richard Desrochers

Madame Chantal Desmarais, désignée par le comité des usagers

Madame Madeleine Lavoie, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Monsieur Yves Martin, secrétaire, directeur général

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment celles prévues aux paragraphes 3 et 4 de l'article 172 de la Loi (pertinence, qualité, sécurité et efficacité des services dispensés). Le comité de vigilance et de la qualité a contribué significativement à la réflexion organisationnelle et à la gouvernance de l'établissement.

Faits saillants

Réduction des délais d'examen

Le comité de vigilance et de la qualité a présenté la grille d'évaluation de la contribution personnelle et professionnelle de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Avec le directeur général et la commissaire aux plaintes, le comité de vigilance s'est entendu avec le médecin examinateur pour réduire les délais d'examen des plaintes à l'égard des médecins.

Indicateurs de suivi des mesures de contrôle en soins de longue durée

Pour faire suite aux rapports de visites ministérielles en CHSLD, le comité a fait ajouter des indicateurs de suivi des mesures de contrôle en soins de longue durée sur le tableau de bord organisationnel.

Satisfaction de la clientèle et respect de leurs droits

Le comité s'est notamment penché sur un événement médiatisé relativement à un usager en fin de vie. Un total de sept à huit motifs de plainte figurait au dossier. Cet événement a donné suite à des questionnements et réflexions et il a été convenu qu'une telle situation ne pourrait se reproduire. Une réflexion a aussi été faite à l'effet de soumettre ce dossier au comité d'éthique afin de baliser sur le meilleur respect pour l'usager en fin de vie. Le CSSS a pris acte rapidement et très sérieusement de cet événement. La famille a été rencontrée et des excuses ont été portées à celle-ci.

Gestion des risques

Le comité a reçu de l'information à l'égard de deux événements « sentinelle » et des plans d'action qui y sont associés. Le tableau de bord de gestion des risques a été déposé. Les membres ont aussi discuté des travaux du comité et de la promotion de sensibilisation à la déclaration des incidents-accidents, notamment par des rencontres d'équipe, par le sondage culture et sécurité et par l'élaboration d'un plan d'action associé au rapport ministériel. Le comité de gestion des risques a aussi donné naissance à un nouveau sous-comité à savoir : le comité de prévention des chutes, en plus du comité de sécurité pharmacologique. Chacun desdits comités s'est réuni à trois

reprises. Le but fixé visait à fournir une vision globale et à faire surgir de nouvelles idées. Entre autres, ils devaient répondre à des objectifs précis en favorisant le partage des outils, tableaux de bord, résultats d'audits et, principalement, répondre aux normes de l'Agrément.

Agrément

Toutes les équipes se sont mobilisées pour accueillir les sept visiteurs d'Agrément Canada dans la démarche du 2 au 6 février 2015. Dans le cadre de présentations « PowerPoint » offertes à l'ensemble des secteurs, M. D'Amour a sensibilisé les gens sur la culture de sécurité à promouvoir au CSSS Drummond. Il a fait état de quatre cultures : la culture de déclaration, la culture juste, la culture flexible et la culture d'apprentissage. Le CSSS Drummond a reçu le statut « agréé » dans le cadre du Programme d'agrément conjoint. Notre organisme s'est conformé avec une note de 95,3% pour le global et 96,2 % pour les critères à priorités élevées. Des mesures de suivi ont été prises pour certains critères pour lesquels le CSSS Drummond est allé en appel.

Visite ministérielle

Suite aux visites en CHSLD (juin 2013 et février 2014), nous avons assisté à une visite de suivi le 9 juillet 2014. De ce fait, madame Élise Landry et madame Michèle Perron ont résumé aux membres, à l'aide d'une présentation PowerPoint, le cheminement des réalisations pour chacune des recommandations exprimées par les visiteurs, et ce, pour les trois installations de soins de longue durée. Cet excellent travail a été souligné par le directeur général et a donné lieu à un suivi au conseil d'administration dans le cadre d'une séance plénière. Dans un souci de légitimer tout le travail accompli dans ce dossier, les membres du comité de vigilance et de la qualité des services ont entériné la proposition d'insérer au tableau de bord organisationnel les données sur le taux de contention par installation.

Visite du Curateur public

Il a été discuté de la visite du Curateur public qui a eu lieu le 4 décembre 2014, dont le but était de faire connaître son mandat. Ils ont rencontré notre équipe de direction de même que quatre familles répondantes d'usagers sous le régime de la curatelle publique. Ces rencontres ont donné lieu à une conférence de presse par la suite.

Joindre la population

Le comité des usagers s'est donné le mandat de réaliser des sondages de satisfaction de la clientèle. La direction de la qualité, de la performance et du partenariat soutiendra le comité des usagers dans ce dossier. Les résultats appartiendront au comité des usagers. La firme Conseil québécois d'agrément (CQA) a été retenue pour procéder à la réalisation des sondages chez les résidents ou leurs proches. Afin de répondre à son mandat d'informer et afin de procurer une meilleure visibilité, les membres du comité des usagers ont lancé une campagne de communication interne et externe. Pour ce faire, des travaux pour confection d'affiches de même qu'une conférence de presse ont été mis en place.

Autres dossiers

Les membres du comité ont été interpellés sur plusieurs autres dossiers :

- Suivi du tableau de bord organisationnel;
- Suivi des ententes de gestion;
- Suivi au comité ressources humaines;
- Suivi de la visite de l'Office québécois de la langue française (OQLF) en avril 2014;
- Suivi des visites ministérielles en CHSLD;
- Évaluation de la commissaire à la qualité des services;
- Rapport trimestriels des plaintes et interventions;
- Évaluation du rendement et de la performance du comité.

Recommandations

Le comité de vigilance et de la qualité n'a pas de recommandations à exprimer, car elles ont été formulées au fur et à mesure, au moment des suivis, lors des rencontres du conseil d'administration.

Comité de gestion des risques

Docteure Diane Amyot, omnipraticienne

Madame Nathalie Boisvert, directrice du Programme santé physique

Monsieur Alain Bureau, chef du Département de la pharmacie

Monsieur Martin D'Amour, directeur de la qualité, de la performance et du partenariat; gestionnaire de risques

Madame Annie Deschambeault, conseillère aux services multidisciplinaires

Madame Caroline Gadoury, directrice adjointe au Programme personnes en perte d'autonomie et déficience physique

Monsieur Jean-Marc Gaudreau, usager

Madame Nicole Gauthier, usager

Madame Élise Leclair, directrice des soins infirmiers, remplacée par Mme Annie Laberge, conseillère-cadre à la prévention et au contrôle des infections

Monsieur Yves Martin, directeur général

Madame Michèle Perron, directrice des Services techniques

Monsieur Denis Picard, chef de service Génie biomédical

Madame Julie Poirier, directrice Programmes famille, santé publique et santé mentale

Le comité s'est réuni à cinq reprises durant la dernière année :

1^{er} mai 2014

12 juin 2014

13 novembre 2014

Faits saillants

Les objectifs de la dernière année étaient (2013-2014) :

- Soutenir les utilisateurs de Gesrisk afin d'améliorer la déclaration, principalement liée aux erreurs de médicaments, en élaborant un guide (établir une liste de concordance de médicaments en français et en anglais);
- Réviser les règlements et les politiques sur la gestion des risques, la déclaration des incidents et des accidents, la divulgation des accidents, et sur les alertes et rappels;
- Poursuivre la réflexion sur la gestion intégrée des risques.

Le comité de sécurité pharmacologique a continué l'étude à l'égard des erreurs de médicaments. Un audit a été réalisé sur tout le processus de distribution des médicaments dans l'ensemble des unités de l'hôpital et de l'hébergement. Les résultats ont été présentés et un plan d'action a été élaboré.

Le gestionnaire de risque a coordonné, avec la responsable de la qualité et de la sécurité de l'Agence, les travaux sur la déclaration des erreurs liées aux médicaments. Le guide a été publié au mois de mars 2015.

Les deux autres objectifs sont interreliés. La réflexion à l'égard de l'intégration globale de la gestion des risques nécessite, entre autres, le mode de fonctionnement. C'est ainsi que le comité de gestion des risques a ajouté le volet du plan des mesures d'urgence aux travaux du comité. Cette réflexion continuera au cours de la prochaine année. De fait, l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) a présenté le modèle proposé de l'intégration des risques et, par conséquent, du mode de fonctionnement.

Par ailleurs, les travaux ont porté sur les éléments suivants :

Événements sentinelles

- Trois événements sentinelles ont été traités et analysés avec des améliorations à l'égard de :
 - Suivi des résultats des examens radiologiques réalisés lorsque l'utilisateur consulte à l'urgence;
 - Prévention des chutes;
 - Campagne de la réduction de l'utilisation des ridelles comme mesure de prévention des chutes.
 - Collaboration avec le coroner.

Registre local des incidents et des accidents

Dans le cadre de son mandat, le comité de gestion des risques a suivi les travaux d'implantation du nouveau formulaire de déclaration des incidents et des accidents (AH-223) au 1^{er} avril 2014.

La mise en place d'un nouveau formulaire a impliqué une mise à jour du logiciel Gesrisk qui sert de registre local. Nous avons donc mené des travaux préparatoires à l'implantation de cette nouvelle version de logiciel pour le 1^{er} avril 2014. Étant donné le temps très limité pour l'implantation de la nouvelle version du logiciel, les outils de

soutien aux intervenants ont été réalisés au début de l'année financière. Plusieurs améliorations ont été apportées au logiciel. Dans un souci d'harmonisation des déclarations, le MSSS oblige les établissements à utiliser la base de données de médicaments de Santé Canada. Or, cette base de données est en anglais seulement, ce qui cause certains ennuis aux utilisateurs. Alors, des outils de soutien aux utilisateurs ont aussi été réalisés au cours de la dernière année pour trouver les médicaments plus facilement dans la base de données.

Prévention et contrôle des infections

Le comité a reçu le bilan des travaux de l'équipe de prévention et de contrôle des infections ainsi que du comité de prévention et de contrôle des infections. Il fut discuté notamment des taux d'infections nosocomiales, de l'audit sur l'hygiène des mains, etc.

Objectifs 2015-2016

Les objectifs de la prochaine année sont :

- Assurer la continuité des travaux du comité de gestion des risques durant la période de transition vers le CIUSSS MCQ.
- Collaborer aux travaux d'harmonisation pour la création du comité de gestion des risques du CIUSSS MCQ.

Conclusion

Le comité de gestion des risques a rempli le mandat qui lui est dévolu par la loi. Tous les événements sentinelles ont fait l'objet d'une analyse approfondie à partir de l'enquête réalisée par les gestionnaires concernés et le gestionnaire de risques. Il est constaté un souci des directeurs, des chefs et des intervenants à l'égard de la sécurité des usagers. Selon les événements sentinelles traités, la divulgation a été réalisée et un soutien apporté aux usagers ou à leurs proches ainsi qu'au personnel impliqué. Des recommandations ont été entérinées par le comité de gestion des risques et les instances concernées les ont appliquées. Ainsi, le comité de gestion des risques n'a pas de recommandation à formuler au conseil d'administration.

Comité de sécurité pharmacologique

Monsieur Alain Bureau, chef du Département de pharmacie, président du comité

Monsieur Martin D'Amour, directeur de la qualité, de la performance et du partenariat; gestionnaire de risques

Madame Annie Deschambeault, conseillère aux services multidisciplinaires, secrétaire du comité

Docteure Geneviève Laprise, psychiatre

Madame Élise Leclair, directrice des soins infirmiers

Madame Marie-Pier Mailhot, conseillère-cadre à la Direction des soins infirmiers

Ce comité a été instauré en 2011 afin de soutenir le comité de gestion des risques et l'ensemble de l'organisation en matière de sécurité pharmacologique. Son rôle est à la fois stratégique et tactique. Il relève du comité de gestion des risques. Ses travaux font l'objet d'un suivi régulier à ce comité.

Faits saillants

Le comité s'est réuni à trois reprises durant l'année. Les travaux du comité ont porté principalement sur :

- Respect des listes de médicaments au commun.
- Liste des médicaments à haut risque.
- Audit à l'égard de la thromboprophylaxie.
- Audit SARDM.
- Suivi des incidents et accidents liés aux médicaments.
- Audit préparation des médicaments.
- Rapport ministériel à l'égard des incidents et accidents liés aux médicaments.
- Discussion entourant le nouveau formulaire AH-223.
- Agrément et visite.

Comité de prévention des chutes

Monsieur Martin D'Amour, directeur de la qualité, de la performance et du partenariat; gestionnaire de risques, coprésident du comité

Madame Annie Deschambeault, conseillère aux Services multidisciplinaires

Monsieur Dave Fillion, directeur adjoint au Programme FSPSM

Madame Lisa Jobidon, infirmière au soutien à domicile CLSC

Madame Manon Leblanc, directrice adjointe au Programme santé physique

Madame Élise Leclair, directrice des soins infirmiers, coprésidente du comité

Madame Michèle Lemay, chef d'unité de vie en hébergement 1^{er} Nord Paradis et services professionnels en hébergement.

C'est un nouveau comité mis en place par le comité de gestion des risques. Le comité s'est réuni à trois reprises durant l'année.

Sujets abordés

Les travaux du comité ont porté principalement sur :

- Revue des outils et règles de soins existants.
- Revue des audits réalisés.
- Pratique organisationnelle à l'égard de la prévention des chutes.
- Plan d'action ministériel à l'égard des chutes.
- Agrément et visite.

Comité des ressources humaines

Monsieur Etienne Charpentier, invité permanent, directeur des ressources humaines et du développement organisationnel

Monsieur Richard Desrochers, président

Monsieur Michel Larrivée

Monsieur Marc Jutras

Monsieur Yves Martin

Compte tenu de l'importance, de l'envergure et de l'étendue des enjeux afférents à une gestion renouvelée des ressources humaines axée sur les personnes, le conseil d'administration croit en la pertinence de créer un comité spécifique. Le conseil

d'administration veut ainsi soutenir le Centre de santé et de services sociaux Drummond à devenir un établissement modèle et un employeur de choix. Étant centrés sur la personne qui requiert les services, nous croyons à l'importance de soutenir l'engagement des personnes et d'investir dans le maintien et le développement des compétences du personnel. Nous croyons aux bénéfices d'une organisation qui fonctionne en réseau où chacune de ses composantes est intéressée et concertée dans ses décisions et ses actions.

Rôle du comité

Investi d'un pouvoir de recommandation, le comité des ressources humaines veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte efficacement de ses responsabilités en matière de gestion des ressources humaines par les mandats suivants :

- Participer à l'élaboration et soutenir un plan stratégique pour la réalisation et le suivi de la démarche de devenir un employeur de choix;
- Conduire une réflexion à proposer au conseil sur une déclaration d'engagement au regard de la nouvelle philosophie de gestion et de la gestion renouvelée des ressources humaines;
- Définir les orientations poursuivies et les résultats à atteindre (stratégiques et tactiques);
- Travailler avec le directeur général au contenu et à la stratégie de mise en place de l'approche afin d'en assurer la pérennité;
- Déterminer les outils requis à l'évaluation des résultats;
- Préparer, pour le conseil d'administration, les rapports de suivi et l'évaluation des résultats obtenus de l'approche adoptée et définie dans le plan stratégique;
- Faire régulièrement rapport de ses travaux au conseil d'administration.

Rapport d'activités

Le comité des ressources humaines s'était donné les objectifs suivants :

- Rédiger la déclaration de l'engagement dans le but de soutenir l'implantation de la philosophie de gestion;
- Définir une offre de services RH orientée en soutien au développement de l'organisation;
- Déterminer les indicateurs;
- Soutenir la démarche d'accompagnement des gestionnaires;
- Traduire concrètement les stratégies d'action;
- Renseigner le conseil d'administration.

Faits saillants

- Déclaration
- Philosophie de gestion
- Entreprise en santé
- Suivi des départs
- Programme de reconnaissance dont le Gala Rubis 2015
- Politique santé et mieux-être

Commentaires

Les membres du comité des ressources humaines se sentent contributifs aux réflexions de fond. Les renseignements transmis et le partage des expériences sont constructifs et instructifs. Les objectifs de contenu sont atteints. Les rencontres constituent de belles occasions de vulgariser la réalité RH. Ce comité procure une tribune pour amener les ressources humaines à un niveau stratégique.

Recommandations

Le comité des ressources humaines n'a pas de recommandations à exprimer, car elles ont été formulées au fur et à mesure, au moment des suivis, à l'occasion des séances du conseil d'administration.

Comité des usagers

Madame Jeannette Blais
Madame Chantal Desmarais, présidente
Monsieur Jean-Marc Gaudreau
Madame Nicole Gauthier, vice-présidente
Madame Suzanne Gervais, secrétaire-trésorière
Monsieur Michel Martel, comité de résidents CHFGH

Est aussi invité, monsieur Martin D'Amour, directeur de la qualité, de la performance et du partenariat, mandaté pour représenter le directeur général de l'établissement. Au 31 mars 2015, il n'y avait aucun poste vacant. Par contre, il manquait deux membres représentant deux de nos trois comités de résidents. Il a été impossible de recruter ces membres durant la dernière année.

Responsabilités du comité des usagers

Un comité des usagers est institué pour chaque établissement. Le comité des usagers reçoit un budget par l'établissement déterminé par le ministère de la Santé et des Services sociaux à la circulaire 2006-030 (03-01-53-01).

Le directeur général de l'établissement doit favoriser le bon fonctionnement du comité des usagers et informer par écrit chaque usager de l'existence de ce comité et des comités de résidents.

Il doit permettre à ces comités d'utiliser un local pour leurs activités et leur donner la possibilité de conserver leurs dossiers d'une manière confidentielle.

Les fonctions du comité des usagers sont de :

1. renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
2. promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
3. défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;
4. accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte;

5. s'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Le comité des usagers doit, en outre, établir ses règles de fonctionnement, soumettre chaque année un rapport d'activités au conseil d'administration et transmettre, sur demande, une copie de ce rapport à l'Agence.

Le comité s'est réuni à sept reprises entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015.

Le comité des usagers exerce principalement ses fonctions dévolues à la loi en comité. Par contre, les membres du comité s'impliquent aussi dans différents comités de l'organisation :

- Conseil d'administration (deux membres);
- Comité de vigilance et de la qualité (un membre);
- Comité de gestion des risques (deux membres);
- Comité d'éthique clinique (un membre);
- Regroupement régional des comités des usagers (un membre).

Objectifs 2014-2015

- Évaluer la participation du comité des usagers à la réalisation annuelle de sondages de satisfaction des usagers;
- Analyser les résultats des sondages de satisfaction des usagers réalisés par le Conseil québécois d'agrément;
- Lancement de la campagne du plan de communication du comité des usagers;
- Révision du règlement de fonctionnement du comité des usagers.

Les membres du comité des usagers ont lancé la campagne de promotion relativement au rôle du comité des usagers et aux droits des usagers. Cette campagne a été réalisée après un an de travail pour définir les besoins et identifier des outils de communication. Le comité des usagers a eu recours aux services d'une firme de communication pour élaborer les outils de communication.

Le plan de communication prévoit, entre autres, une nouvelle signature et un énoncé de positionnement, le tout encadré par un axe de positionnement : « Vos droits sont-ils en santé? » Ainsi, le comité des usagers oriente ses communications vers la promotion des droits et des responsabilités des usagers, le tout pour informer d'abord les usagers et aussi pour soutenir les intervenants de l'établissement.

Le lancement de la campagne « Vos droits sont-ils en santé? » a évolué de la façon suivante :

- La création visuelle et la révision du dépliant du comité;
- Un lancement de la campagne du comité auprès des intervenants de l'établissement;
- Création d'un encart (communément appelé « flyer » en anglais) intégrant la carte de visite;
- Création d'affiches;
- Création d'une structure d'exposition portative de type « parapost »;

- Révision de la section du comité des usagers sur le site Internet de l'établissement;
- Création de fiches sur les droits et les responsabilités.

Le comité des usagers du CSSS Drummond a lancé sa campagne d'information sous le thème Vos droits sont-ils en santé?. Le comité a présenté sa toute nouvelle image lors d'une entrevue avec la journaliste du journal L'Express. Au cœur de cette démarche se situe son rôle d'informer les usagers sur leurs droits et leurs obligations au regard des services de santé et des services sociaux. Il s'agit d'une belle occasion de promouvoir « la santé » des droits de tous, usagers et employés.

La campagne vise à faire connaître les droits des usagers qui utilisent les services du CSSS Drummond de même que la nature des actions portées par le comité des usagers. Elle permet également de mettre de l'avant les quatre grands rôles du comité, soit aider, écouter, informer et accompagner. Les rôles sont d'ailleurs au centre des outils d'information issus de cette démarche. Ces derniers prennent la forme d'affiches, de feuillets publicitaires et de dépliants.

Par la suite, le lancement à l'interne, auprès des intervenants et des gestionnaires, s'est fait simultanément par l'envoi d'outils de communication pour faire connaître le rôle du comité des usagers et les droits des usagers : communiqué de presse, aide-mémoire et fiche questions-réponses. Les affiches traitant des droits s'installeront au cours de l'année.

En ce qui a trait à l'évaluation et à l'implication du comité des usagers à l'égard de la satisfaction des usagers, le comité a étudié les résultats des sondages de satisfaction des usagers réalisés durant l'année précédant la visite d'agrément. La direction de la qualité, de la performance et du partenariat a donc présenté les résultats.

Le comité des usagers souhaitait aussi être proactif dans cette évaluation, considérant son rôle de promotion, l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et l'évaluation du degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement. De ce fait, une entente a été réalisée entre le comité des usagers et la direction de l'établissement afin de convenir des modalités de réalisation des sondages d'évaluation de la satisfaction. Ainsi, le comité des usagers devient responsable de l'évaluation entre les visites d'agrément avec le soutien professionnel de la direction de la qualité, de la performance et du partenariat. Le premier questionnaire a été réalisé au début de l'année 2015 pour la clientèle hébergée en soins de longue durée et au maintien à domicile. Le comité des usagers déposera les résultats auprès des directions concernées.

Un sommaire des résultats

Les thèmes ayant recueilli le plus de satisfaction :

- La clarté des communications à l'utilisateur;
- La confidentialité des renseignements;
- La propreté et la sécurité des lieux ou des équipements;
- La relation avec l'intervenant;
- Le respect de l'intimité physique.

Les thèmes ayant recueilli le plus d'insatisfaction :

- Les différents délais;
- L'encouragement à trouver du soutien auprès de l'entourage de l'utilisateur ou auprès d'associations;
- La possibilité de changer d'intervenant si ça ne va pas;
- L'accessibilité (transport en commun, stationnement).

En terminant, le comité des usagers n'a pas revu son règlement de fonctionnement considérant la fusion des établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec au 1^{er} avril 2015.

Travaux du comité

Promotion des fonctions

Le comité des usagers a réalisé une activité de promotion de son rôle lors d'une conférence s'adressant aux proches aidants afin de souligner le 20^e anniversaire du groupe de soutien. Les membres du comité des usagers ont pu rencontrer de nombreuses personnes et faire connaître le rôle du comité.

Formation continue

Un membre du comité a participé au colloque du regroupement provincial des comités des usagers les 23 et 24 octobre 2014 à Laval.

Soutien aux comités de résidents

Dans son rôle de soutien aux comités de résidents, le comité des usagers utilise les services professionnels de M. Éric Gervais. Son rôle est de s'assurer que les comités de résidents puissent exercer leur mandat. Il lui était demandé principalement de recruter des résidents ou des proches pour pourvoir les postes vacants des trois comités de résidents, ce qui fut réalisé. Aussi, il était demandé de pourvoir les postes vacants de représentants des trois comités de résidents au sein du comité des usagers. L'an dernier, un membre a été recruté. Pour l'année qui se termine au 31 mars 2015, aucun nouveau membre représentant les deux autres installations d'hébergement de soins de longue durée n'a été recruté. Il est important de noter que le recrutement est plus difficile, car la clientèle souffre davantage de perte d'autonomie et demeure de moins en moins longtemps en hébergement de soins de longue durée.

Discussion à l'égard du projet de loi 10

Lors des rencontres du comité, il fut discuté du projet de loi 10 et des impacts possibles sur le comité des usagers, des comités de résidents et sur les usagers.

Visites ministérielles

Le comité des usagers a participé à la présentation des rapports de l'équipe ministérielle relativement à la visite au Centre d'hébergement Marguerite-d'Youville et au Centre d'hébergement L'Accueil-Bon-Conseil.

Le comité a aussi obtenu les plans d'action d'amélioration comme suite aux recommandations.

Comités des résidents

En vertu de la loi, lorsque l'établissement exploite un centre offrant des services à des usagers hébergés, il doit mettre sur pied, dans chacune des installations du centre, un comité de résidents.

Le comité de résidents doit exercer les fonctions prévues à la loi et en faire rapport au comité des usagers :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente.

Ainsi, les trois comités de résidents ont remis leur rapport d'activités au comité des usagers tel qu'il est prévu à la loi. Voici un aperçu des activités réalisées. De façon générale, les comités de résidents organisent des fêtes d'accueil aux nouveaux résidents afin de faire la promotion des comités de résidents. Ils distribuent aussi une trousse d'accueil à chaque nouveau résident. Ces comités contribuent à la qualité de vie des résidents en discutant avec la direction du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique sur des sujets importants pour les résidents.

Comité des résidents du centre d'hébergement Frederick-George-Heriot (CHFGH)

Pour l'année 2014-2015, un membre du comité a quitté suite à son transfert dans une autre résidence. Le comité est donc formé des résidents suivants :

- Monsieur Claude Bellefleur
- Monsieur Normand Girouard
- Monsieur Michel Martel
- Madame Marcelle René

Cette année, en raison de plusieurs périodes consécutives d'éclosion sur certains départements dont celui de deux membres du comité, peu de rencontres ont eu lieu. La période de fermeture de ces départements s'est échelonnée du mois du novembre à février inclusivement. Néanmoins, quelques réunions ont tout de même eu lieu conjointement avec la direction. Les dates et les sujets de ces rencontres sont les suivants :

- 20 mai 2014 : Suivi sur le changement des heures de repas.
- 16 juin 2014 : Changement de téléphonie
- 25 novembre 2014 : Rencontre comité + présentation des couvre-lits
- 30 mars 2015 : Réunion du comité

Cette année, lors des rencontres du comité de résidents aucun dossier majeur n'a été traité. Plusieurs rencontres ont servi à transmettre ou à mettre à jour l'information concernant le projet de loi 10 de même que l'exercice de réduction des dépenses récurrentes au CSSS Drummond. Enfin, 8 fêtes de bienvenue ont été organisées avec un total de 627 résidents, 97 membres de famille et 84 bénévoles.

Comité des résidents du Centre d'hébergement Marguerite-D'Youville (CHMY)

Lors de la dernière année, quatre membres ont quitté le comité pour des raisons personnelles ou suite au décès d'un résident. Cependant, un nouveau membre s'est joint au comité suite à l'expédition d'une lettre de recrutement acheminée aux membres des familles et aux bénévoles. Ainsi, le comité de résidents du CHMY se compose comme suit:

- Madame Marie-Claude Coupal (famille)
- Madame Monique Lemire (résidente)
- Monsieur Renald St-Germain (bénévole)

Au cours de l'année, plusieurs rencontres de comités ont eu lieu avec la direction afin de transmettre de l'information sur des changements apportés au quotidien des résidents. Les dates et les sujets traités lors de ces rencontres sont les suivants :

- 18 juin 2014 : Rencontre comité + Changement téléphonie
- 9 octobre 2014 : Rencontre comité + Présentation projet rafraichissement des aires communes
- 3 décembre 2014 : Rencontre comité + Présentation des couvre-lits
- 25 février 2015 : Rencontre comité

Cette année, lors des rencontres du comité de résidents, aucun dossier majeur n'a été traité à l'exception d'un changement de signataire qui a eu lieu le 8 septembre 2014. De plus, plusieurs rencontres ont servi à transmettre ou à mettre à jour l'information concernant le projet de loi 10 de même que l'exercice de réduction des dépenses récurrentes au CSSS Drummond.

Comité des résidents du Centre d'hébergement L'Accueil Bon-Conseil (CHABC)

Lors de la dernière année, un membre a quitté sa fonction au sein du comité de résidents du CHABC en raison d'un déménagement de résidence. Malgré deux envois postaux et la promotion réalisée lors des fêtes de bienvenue, aucun nouveau membre n'a été recruté cette année. Ainsi, le comité de résidents CHABC a terminé l'année 2014-2015 avec un seul membre actif; il s'agit de madame Marie-Lyne Landry (bénévole).

Malgré le nombre insuffisant de membres, trois rencontres réalisées avec la direction ont eu lieu au cours de l'année. Les dates et les sujets de ces rencontres sont les suivants :

- 23 mai 2014 : Rencontre comité + Changement horaire service alimentaire.
- 27 juin 2014 : Changement téléphonie
- 1^{er} décembre 2014 : Rencontre comité + Présentation des couvre-lits.

Cette année, lors des rencontres du comité de résidents, aucun dossier majeur n'a été traité. De plus, plusieurs rencontres ont servi à transmettre ou à mettre à jour l'information concernant le projet de loi 10 ainsi que l'exercice de réduction des dépenses récurrentes au CSSS Drummond.

Le comité des résidents du CHABC a également réalisé, pour l'année 2014-2015, les activités suivantes :

- Deux envois postaux auprès des familles et des bénévoles du CHABC. Les envois ont été réalisés le 4 août 2014 et le 6 janvier 2015.
- Quatre fêtes de bienvenue pour 104 résidents, 16 membres de familles et 9 bénévoles.

Le comité de résidents du CHMY a également réalisé, pour l'année 2014-2015, les activités de promotion suivantes:

- Deux envois postaux auprès des familles et des bénévoles du CHMY. Les envois ont été réalisés le 4 août 2014 et le 7 janvier 2015;
- Trois fêtes de bienvenue avec la participation de 126 résidents, 22 membres de familles et 9 bénévoles.

Annexes

Annexe 1

Description des services

Les services de santé et de services sociaux de première et de deuxième ligne offerts à la population du territoire Drummond sont basés sur les besoins et les caractéristiques spécifiques de celle-ci.

Au cœur des services offerts aux usagers se trouvent les trois programmes cliniques suivants :

- Programmes famille, santé publique et santé mentale;
- Programme personnes en perte d'autonomie;
- Programme santé physique.

Les équipes responsables de la prestation de service sous ces programmes ont pour mandat d'organiser et de prodiguer les soins et les services de santé et services sociaux aux usagers de l'établissement. De plus, elles doivent élaborer les projets cliniques avec les partenaires afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et des services sur le territoire de Drummond.

Le Programme famille est composé de toute une gamme de services généraux, cliniques et d'aide et met en œuvre une diversité d'activités de promotion et de prévention pour répondre aux besoins des femmes enceintes, des nouveau-nés, des parents, des enfants et des adolescents. Les professionnels de ce programme sont également intégrés au sein de plusieurs organismes partenaires de la communauté pour des interventions en matière de prévention et de promotion de la santé.

- Centre famille-enfant
- Clinique du nourrisson
- Consultations professionnelles, individuelles et familiales
- Groupe de thérapie pour parents en difficulté
- Programme DI-TED
- Rencontres prénatales de groupe et de nutrition
- Service d'orthophonie
- Service de pédopsychiatrie
- Service de réadaptation
- Services intégrés en périnatalité et à la petite enfance (SIPPE)
- Service de psychoéducation
- Services psychosociaux
- Soutien professionnel aux centres de la petite enfance
- Suivis prénatal et postnatal réguliers

Le Programme santé publique et ses actions visent principalement la diminution des problèmes psychosociaux; de la mortalité prématurée évitable et des incapacités ayant pour cause des maladies chroniques, des traumatismes non intentionnels, des troubles mentaux; des effets du vieillissement de la population; la réduction des inégalités en ce qui concerne la santé et le bien-être.

- Vaccination aux enfants et aux adultes avec rendez-vous
- Consultation et vaccination pour les voyageurs
- Centre d'enseignement du diabète
- Centre d'abandon du tabagisme
- Saines habitudes de vie
- Santé dentaire
- Services de santé scolaire
- Santé sexuelle et planification des naissances
- Services de santé au travail

Le Programme santé mentale consiste à offrir à la clientèle adulte des traitements de soins généraux ou spécialisés de première ligne et de deuxième ligne. Ce programme oriente ses efforts en vue d'assurer le rétablissement des personnes, améliorer leur autonomie et favoriser leur intégration sociale. Ces actions se mettent en œuvre en collaboration avec les partenaires régionaux et ceux du réseau communautaire.

- Cliniques externes de psychiatrie
- Équipe du sans rendez-vous social
- Équipe de suivi psychosocial adulte
- Équipe soutien d'intensité variable
- Équipe de base en santé mentale
- Équipe de garde psychosociale (24/7)
- Équipe de crise
- Santé mentale jeunesse
- Services pour les dépendances
- Unité d'hospitalisation de soins aigus psychiatriques
- Hôpital de jour psychiatrique

Le Programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement regroupe l'ensemble des services offerts à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie en raison de l'avancement en âge ou présentant un profil gériatrique. Le programme comprend les volets de soutien à domicile, de réadaptation ainsi que d'hébergement. De plus, le programme intègre les services aux personnes de tous âges présentant une perte d'autonomie en raison d'une déficience physique importante et persistante.

- Soutien à domicile pour personnes en perte d'autonomie
 - soins infirmiers à domicile
 - aide à domicile
 - services d'inhalothérapie
 - services de nutrition
 - services de réadaptation (ergothérapie, physiothérapie)
 - services psychosociaux
 - prêt d'équipements

- programme d'adaptation de domicile
- programmes financiers
- Réadaptation et déficience physique
- centre de jour
- Service ambulatoire de gériatrie (SAG)
- Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)
- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)
- Unité de courte durée gériatrique (UCDG)
- Unités de vie en hébergement
- Hébergement temporaire
- Ressources intermédiaires et ressources de type familial

Le programme santé physique assure à toute personne qui présente une maladie, un symptôme ou un traumatisme, une investigation à des fins diagnostiques, des traitements généraux ou spécialisés, des mécanismes de référence, des soins intégrés et des services continus, coordonnés par une équipe de professionnels qui travaillent en interdisciplinarité.

- Unités de soins
 - chirurgie
 - médecine
 - soins intensifs
 - soins palliatifs
- Bloc opératoire
- Chirurgie bariatrique
- Services ambulatoires
 - clinique ambulatoire au CLSC Drummond
 - clinique des facteurs de risque
 - clinique des maladies cardiorespiratoires André-Paquin
 - clinique de suivi avec rendez-vous
 - clinique d'insuffisance rénale chronique
 - centre d'enseignement sur l'asthme
 - cliniques externes
 - médecine de jour et hémato-oncologie
 - service de dialyse
 - service d'endoscopie (Centre GRAMI)
 - soins infirmiers à domicile
 - urgence et centre d'évaluation

Services professionnels

- services d'inhalothérapie
- services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, audiologie, orthophonie)
- nutrition clinique
- pastorale

Services diagnostiques

- biologie médicale
- électrophysiologie médicale
- imagerie médicale (tomographie axiale, résonance magnétique, médecine nucléaire, mammographie, ostéodensitométrie)
- médecine nucléaire

Direction des services hospitaliers

La Direction des services hospitaliers regroupe la majorité des services diagnostiques du Centre de santé et de services sociaux Drummond et certains services de soutien tels que les archives médicales et le centre de documentation. Elle est aussi chargée de la gestion des activités du domaine de l'éthique clinique et de la recherche.

Le comité d'éthique peut être appelé à donner son avis sur toute question éthique soulevée par un intervenant ou un usager. Le comité fait également l'analyse des projets de recherche, en fait le suivi et les approbations annuelles.

La Direction des services hospitaliers s'assure du fonctionnement efficient de ces services dans le but de supporter l'équipe médicale grâce à la disponibilité de résultats de tests fiables, et ce, le plus rapidement possible.

La direction participe étroitement à la gestion des programmes d'acquisition d'équipements médicaux spécialisés et à la coordination des processus d'achat de ces équipements.

Voici la liste des services diagnostiques dont la gestion administrative est assumée par la Direction des services hospitaliers :

- Imagerie médicale
 - Graphie
 - Scopie
 - Imagerie par résonance magnétique
 - Tomographie
 - Échographie
 - Mammographie
 - Ostéodensitométrie
- Biologie médicale
 - Cytologie
 - Pathologie
 - Biochimie
 - Microbiologie
 - Prélèvements
 - Banque de sang
- Médecine nucléaire
- Électrophysiologie médicale
- Archives médicales
- Centre de documentation
- Transport des usagers

Direction des services professionnels

La Direction des services professionnels doit s'assurer de la dispensation et de la qualité des soins et services médicaux offerts aux usagers, eu égard aux responsabilités dévolues au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Elle assume la direction des différents départements et services cliniques suivants :

- Anesthésie-réanimation
- Biologie médicale
- Chirurgie
- Enseignement
- Gynécologie-obstétrique
- Imagerie médicale
- Médecine générale
- Médecine interne
- Médecine nucléaire
- Pédiatrie
- Pharmacie
- Psychiatrie

Elle coordonne les activités professionnelles et scientifiques de l'établissement conjointement avec les directions concernées.

Elle supporte les travaux des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. La Direction des services professionnels est au cœur du recrutement médical et pharmaceutique et facilite l'intégration des nouveaux médecins, dentistes et pharmaciens aux activités de l'établissement.

Les activités et fonctions suivantes relèvent de la Direction des services professionnels :

- Groupes de médecine familiale
- Réseau d'accessibilité médicale Drummond
- Conseillère clinique aux services multidisciplinaires
- Don d'organes
- Accès aux services spécialisés
- Enseignement

Le Centre de santé et de services sociaux Drummond fait partie du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Sherbrooke et reçoit, à ce titre, de nombreux stagiaires et résidents en médecine. L'établissement offre la résidence en chirurgie, psychiatrie et médecine interne.

La Direction des services professionnels accueille les résidents et les stagiaires, planifie les stages et supervise l'activité d'enseignement. Un coordonnateur de l'enseignement est nommé et participe aux activités du RUIS.

La Direction des services professionnels, en collaboration avec l'équipe de médecine interne, met en place les activités pour identifier les donneurs potentiels. Elle soutient la formation du personnel infirmier impliqué dans l'identification des donneurs. Elle s'assure de l'application des politiques, procédures et protocoles qui concernent la gestion des consentements et le maintien des fonctions vitales des donneurs. Un donneur peut sauver plusieurs vies en donnant un cœur, un foie, un rein, une cornée, des tissus, des os, etc.

Direction des soins infirmiers

Essentiellement, la Direction des soins infirmiers veille à ce que les soins infirmiers prodigués au Centre de santé et de services sociaux Drummond suivent rigoureusement les règles de l'art et répondent aux plus hauts standards professionnels. Elle s'assure que les professionnels en soins infirmiers respectent les normes de pratique ainsi que les lois et les règles applicables à la profession.

Cette direction assume aussi les activités de prévention et de contrôle des infections pour l'ensemble de l'établissement.

Secteur développement des pratiques et qualité des soins

L'équipe du secteur développement des pratiques et qualité des soins favorise le développement des bonnes pratiques en soins infirmiers à l'aide des données probantes en vue d'assurer les meilleurs soins possible à la clientèle. Elle travaille aussi à améliorer le développement professionnel des infirmières et des infirmières auxiliaires. Elle promeut une culture de soins sécuritaires et procède à des évaluations des pratiques. Finalement, elle travaille aussi à favoriser l'attraction et la rétention des infirmières et infirmières auxiliaires.

Secteur prévention et contrôle des infections

L'équipe de conseillères en prévention et contrôle des infections du Centre de santé et de services sociaux Drummond a pour principale mission l'actualisation, le développement, l'application et l'évaluation du programme-cadre en prévention et contrôle des infections pour toutes les installations du Centre de santé et de services sociaux Drummond. Pour ce faire, l'équipe assume des fonctions de consultation, de conception, de surveillance, de recommandation, d'éducation, de gestion, d'évaluation et d'élaboration de protocoles selon les données probantes et les différentes sources de références.

Direction de la qualité

La Direction de la qualité est une direction en soutien à l'ensemble de l'organisation. Par les différents mandats qui lui sont confiés, elle exerce diverses fonctions d'appui à la mise en œuvre des orientations et des priorités de l'établissement. Son rôle l'amène aussi à effectuer une certaine vigie afin de s'assurer de la poursuite de l'intégration de la qualité au sein de l'organisation. À travers les différents projets qu'elle met de l'avant ou qu'elle soutient et par ses diverses expertises et services, la Direction de la qualité vise à épauler l'organisation dans son développement et son évolution.

Les services offerts sont en lien avec :

- Le processus d'agrément
- Les contentieux : actions en justice, petites réclamations, avis
- La gestion des risques
- L'intégration des activités qualité
- La planification stratégique
- Le changement organisationnel
- Les indicateurs de performance, la reddition de comptes et les ententes de gestion
- L'accès à l'information
- Les élections et les désignations au conseil d'administration

Direction des ressources humaines

La Direction des ressources humaines s'assure du développement, de l'élaboration, de l'évaluation des politiques et des programmes reliés à la gestion des ressources humaines. Elle fournit les services-conseils reliés à sa discipline, développe et administre des programmes de santé et de sécurité au travail et de médecine de gestion. Afin d'assurer pleinement son rôle-conseil et de soutien dans la gestion opérationnelle et stratégique des ressources humaines axée, notamment, sur les orientations de l'établissement et de développement des programmes, elle intervient dans les activités suivantes :

- Dotation et développement des ressources humaines
- Relations de travail
- Assignations et mutations volontaires
- Santé et sécurité au travail

Direction des services techniques

La Direction des services techniques, tout en offrant elle-même des services directs à la clientèle dans toutes les installations du CSSS

Drummond, est également chargée de soutenir la prestation des soins et des services des différents programmes. Elle met en œuvre de multiples actions pour fournir des milieux de soins, des milieux de vie et des services fonctionnels, salubres, confortables et sécuritaires pour les usagers, les employés et les visiteurs.

La Direction des services techniques assure l'entretien des équipements non médicaux, médicaux et spécialisés. Elle assure la coordination, le soutien et la sécurité des technologies de l'information et des télécommunications. La Direction des services techniques est un acteur important dans la prévention des infections. En effet, ses secteurs de l'hygiène et salubrité, de l'entretien et réparation des installations et de la sécurité sont directement impliqués pour maintenir l'intégrité des lieux et des surfaces et assurer le respect des règles adoptées par l'organisation dont le contrôle des heures de visites.

De plus, la direction est mandatée pour agir à titre de répondant de l'établissement en matière de sécurité civile (volet santé) et pour coordonner le plan de mesures d'urgence de l'établissement.

La Direction des services techniques coordonne et supervise les activités des secteurs suivants :

- Service de buanderie-lingerie
- Service de l'entretien, des réparations et du fonctionnement des installations
- Service de génie biomédical
- Gestion des actifs immobiliers
- Service d'hygiène et salubrité et déchets biomédicaux
- Accueil téléphonique et télécommunications
- Sécurité
- Sécurité civile - volet santé et plan des mesures d'urgence
- Service alimentaire
- Technologies de l'information

Direction des services financiers

La Direction des services financiers s'assure de la dispensation des services financiers et des programmes-cadres en gestion financière dans l'établissement. Elle s'assure de l'élaboration et de la mise en place des contrôles internes et du suivi du processus budgétaire de l'établissement. Elle fournit au vérificateur externe les informations relatives à la réalisation de son mandat. Elle administre les activités qui relèvent de sa compétence, telles que la comptabilité, le budget, le service de la paie et l'approvisionnement. Elle soutient les autres directions dans tous les aspects financiers et veille au respect de l'équilibre budgétaire. Plus spécifiquement, la Direction des services financiers a sous sa responsabilité le plan triennal des équipements médicaux et non médicaux. Elle veille aussi au respect de la Loi sur les contrats des organismes publics. Son rôle consiste aussi à soutenir l'établissement dans la mise en œuvre de projets d'optimisation ciblés.

Annexe 2

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de santé

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

En outre, il contient une section sur le comité de discipline (section 8.3). Cette section permet d'appliquer les dispositions du dernier alinéa de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif. Elles prescrivent ce qui suit : « Le rapport annuel doit en outre faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, de leur décision et des sanctions imposées par l'autorité compétente ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année ».

Article I – Dispositions générales

1.1 Préambule

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

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

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

Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

Régit ou interdit des pratiques liées à la rémunération des administrateurs;

Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;

Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

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

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

Articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec, L.R.Q., c. C-1991;

Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2;

Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, L.R.Q., c. M-30.

Article II – Définitions et interprétation

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

Administrateur : un membre du conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;

Code : le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;

Comité de discipline : le comité de discipline institué par le conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;

Comité de gouvernance et d'éthique : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;

Conflit d'intérêts : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

Conjoint : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la Loi d'interprétation, L.R.Q., c. I-16;

Conseil d'administration : désigne le conseil d'administration de l'Établissement;

Entreprise : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;

Établissement : désigne le Centre de santé et de services sociaux Drummond;

Famille immédiate : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;

Faute grave : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;

Intérêt : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;

Loi : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;

Personne indépendante : tel que prévu à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement ;

Proche : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;

Renseignements confidentiels : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

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

Article III – Principes d'éthique

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

L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.

L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.

L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.

L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.

L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.

L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

Article IV – Règles de déontologie

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

Disponibilité et participation active

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

Respect

L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

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

Neutralité

L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

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

Transparence

L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

L'administrateur partage avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.

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

Relations publiques

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

Charge publique

L'administrateur informe le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.

L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à

temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

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

Avantages et cadeaux

L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Article V – Administrateurs indépendants

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

Article VI – Conflit d'intérêts

L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout

conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;

Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;

Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;

Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;

Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).

L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal.

L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit

signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Article VII – Fin du mandat

Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès de l'Établissement.

Article VIII – application du code

8.1 Adhésion au Code

8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.

8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :

Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30);

Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;

Informers les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;

Conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;

Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;

Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant.

Comité de discipline

Le comité de discipline, formé d'une majorité de membres indépendants, est composé d'un représentant du comité de gouvernance et d'éthique (membre indépendant) qui préside le comité et de deux autres membres nommés par le conseil d'administration. Le mandat des membres du comité est renouvelé aux trois ans.

8.3.2 De plus, le comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

Le comité de discipline a pour fonctions de :

Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;

Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

Article IX – Processus disciplinaire

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.

Le comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt-cinq (25) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de discipline.

L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

Le comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

Tout membre du comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

Le comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

Le comité de discipline transmet son rapport au conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

Un état des faits reprochés;

Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;

Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;

Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).

Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.

Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

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

Article X – Diffusion du Code

L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Installations du Centre de santé et de services sociaux Drummond

Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot

Centre d'hébergement L'Accueil Bon-Conseil

Centre d'hébergement Marguerite-d'Youville

Clinique de radiologie Drummond

CLSC Drummond

Hôpital Sainte-Croix

Point de service Santé au travail (Victoriaville)

Point de service Saint-Guillaume

Point de service Wickham

Unité de médecine de famille Drummond

