RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2013 2014

Une vision concrétisée... le fruit d'un partenariat exceptionnel

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

TABLE DES MATIÈRES

DÉCLARATION DE FIABILITÉ 3
ACRONYMES 4
CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DIRECTION GÉNÉRALE 5
Les communications 8
Le conseil d'administration au 31 mars 2014 9
Le comité de vigilance et de la qualité 10
PLAN D'ORGANISATION 11
Le comité de direction au 31 mars 2014 11
COMMUNAUTÉ ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES 14
SANTÉ PHYSIQUE 16
SOUTIEN À L'AUTONOMIE- PERSONNES ÂGÉES ET DÉFICIENCE PHYSIQUE 18
SERVICES MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES ET DIAGNOSTIQUES 20
AMÉLIORATION CONTINUE QUALITÉ ET SÉCURITÉ 22
Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) 24
RESSOURCES HUMAINES 25
SOUTIEN TECHNIQUE ET DÉVELOPPEMENT IMMOBILIER 26
FINANCES ET PERFORMANCE 27
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS 29
CONSEILS DE PERSONNEL 30
Conseil multidisciplinaire (CM) 30
Conseil des infirmières et infirmiers 31
COMITÉ DES USAGERS 32
Comité des résidents 32
FONDATION DE L'HÔPITAL DE MEMPHRÉMAGOG 33
UN SINCÈRE MERCI À NOTRE PERSONNEL, NOS GESTIONNAIRES, MÉDECINS, BÉNÉVOLES ET PARTENAIRES 34
À TOUS, TOUTE NOTRE RECONNAISSANCE. 34
ANNEXES 2
Sécurité des soins et services 2013-14 2
ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS 4
Rapport de la direction 4
Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés 5
État de suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant 13
Reddition de comptes 2013-14 14

Dans le présent document, les genres masculin et féminin sont utilisés sans discrimination et incluent tant les hommes que les femmes.

Ce rapport de gestion a été adopté par le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration du 18 septembre 2014.

DECLARATION DE FIABILITE

DECLARATION DE FIABILITE DES DONNEES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION ET DES CONTROLES AFFERENTS

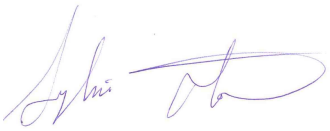
Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Au meilleur de notre connaissance, les résultats et les données de ce rapport annuel de gestion du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare qu'à notre connaissance, les données contenues dans le présent 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 pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

La directrice générale intérimaire,



Sylvie Moreault

ACRONYMES

CA
Conseil d'administration

CÉCM
Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

CHSGS
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD
Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CII
Conseil des infirmières et infirmiers

CLPQ
Commissaire local aux plaintes et à la qualité

CLSC
Centre local de services communautaires

CM
Conseil multidisciplinaire

CMDP
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CSSDM
Coopérative de solidarité de services à domicile de Memphrémagog

CSSSM
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

GMF
Groupe de médecine de famille

IPS
Infirmière praticienne spécialisée

ME
Médecin examinateur

OIIQ
Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

PCI
Prévention et contrôle des infections

RLS
Réseau local de services

SAPA-DP
Soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique

UCDG
Unité de courte durée gériatrique

URFI
Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

UTRF
Unité transitoire de récupération fonctionnelle

Précisions

- Services de 1re ligne : services de santé et services sociaux accessibles dans la communauté **sans référence médicale ou professionnelle**
- Omnipraticiens[1], spécialistes[2]
- Services de santé courants : services ponctuels de santé (ex. : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie) offerts sur rendez-vous au CLSC ou à domicile

[1] CLSC, Urgence, service hospitalier, hébergement

[2] Chirurgiens généraux, urologues, orthopédistes, oto-rhino-laryngologistes, radiologistes, internistes, psychiatres, gynécologue, néphrologues, ophtalmologiste, etc.

CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DIRECTION GENERALE

L'année 2013-2014 fut marquée principalement par l'actualisation des différents objectifs découlant de notre planification stratégique 2013-2015. En suivi de cette démarche mobilisatrice, laquelle s'est déroulée en 2012-2013, le grand défi a été de traduire en actions concrètes et mesurables les grandes orientations adoptées par les différents paliers de gouvernance de l'organisation. La vision portée par la gouvernance s'actualise par la consolidation et le développement de nos services, ainsi que l'optimisation de nos ressources, le tout, bien sûr, dans le but de mieux desservir notre population. C'est d'ailleurs en ce sens que nos efforts collectifs se sont déployés.

Notre démarche s'est traduite par l'adoption d'un plan d'action organisationnel porteur de projets d'amélioration de notre offre de services dans le respect des huit objectifs retenus dans notre planification stratégique :

- prévenir les maladies chroniques;
- innover dans nos modèles d'intervention en mettant à contribution les usagers et leurs proches;
- assurer l'accès aux services médicaux et en spécialités;
- développer notre accès local aux services ambulatoires et en oncologie;
- gérer de façon optimale notre performance et nos projets organisationnels;
- optimiser les processus organisationnels;
- consolider notre culture de qualité et de sécurité;
- maximiser l'attraction de jeunes recrues incluant le volet médical.

Un autre fait majeur de l'année 2013-2014 a été l'engagement et le soutien de nos partenaires ayant permis la concrétisation de nos projets d'amélioration. En effet, tant les décideurs politiques que les donateurs engagés envers la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog ont conjointement rendu possibles la 2e phase d'agrandissement de nos espaces physiques et la consolidation de notre offre de services, donnant ainsi à toute la population du territoire l'opportunité d'un accès de proximité à des installations conformes aux normes en vigueur, ainsi qu'à une desserte de qualité.

De plus, nous désirons souligner le départ de notre directrice générale, madame Monique Corbeil, laquelle a passé 10 ans à la barre de notre établissement et qui fut à l'origine de nombreuses améliorations de l'offre de services du CSSSM, accomplissement dont nous lui sommes collectivement reconnaissants.

L'atteinte de ces objectifs implique un engagement constant de toutes nos ressources, lesquelles sont continuellement mobilisées pour offrir des soins et des services de qualité et pour réaliser de nombreux projets prometteurs. Nous sommes très fiers des avancées significatives faites en 2013-2014 témoignant ainsi de notre volonté à répondre de façon optimale aux besoins croissants de notre population.

Jacques Juby
Président du conseil d'administration

Sylvie Moreault
Directrice générale intérimaire

Les réalisations majeures en 2013-14

L'actualisation de notre planification stratégique en ciblant prioritairement l'adaptation de nos services aux besoins évolutifs de notre population et la poursuite de nos efforts afin d'améliorer notre performance organisationnelle notamment par :

- le développement de pratiques collaboratives et de prévention des maladies chroniques :
  - → réalisation d'activités de promotion de la santé : augmentation de notre taux de vaccination contre l'influenza de la population et du personnel;
  - → consolidation de l'offre de services en gestion des maladies chroniques par la mise en place d'un nouveau programme de réadaptation pulmonaire en partenariat avec Pro-R;
  - → intégration des pratiques de concertation interdisciplinaires et ouverture au patient partenaire (augmentation du nombre de gestionnaires de cas et de plan de services individualisés);
  - → poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA);
- l'amélioration de l'accès à un médecin de famille pour la population vulnérable :
  - → recrutement de 4 nouveaux médecins de famille;
  - → ajout d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS) en GMF;
  - → entente régionale en spécialités en médecine interne et psychiatrie;
- la diversification de nos services ambulatoires de proximité :
  - → planification du développement des services en oncologie et élargissement de la desserte au Bloc opératoire et Imagerie médicale :
    - augmentation du nombre de chirurgies de la cataracte de 59 à 299;
    - réalisation de 3023 examens supplémentaires en Imagerie médicale, dont 627 CT-Scan;
- le démarrage et la consolidation de nos projets d'optimisation :
  - → développement d'indicateurs de performance (tableaux de bord) et d'un bureau de projet;
  - → mise aux normes de nos installations;
  - → poursuite de nos projets d'optimisation des processus (LEAN) à l'Urgence, soutien à domicile et services de soutien;
  - → actualisation d'une démarche d'analyse de fusion potentielle entre le CSSS de Memphrémagog et le CSSS de la MRC-de-Coaticook;
- l'intégration d'une culture de qualité et de sécurité adaptée à chaque service :
  - → développement d'un plan d'amélioration continue de la qualité par secteur d'activités;
  - → mise en place des mesures proactives en gestion des risques (prévention des infections, application de la Loi sur le tabac, gestion des mesures d'urgence);
  - → réalisation des travaux menant à l'obtention de notre agrément;
- le développement d'un milieu de travail de choix :
  - → mesures de recrutement, d'accueil et de rétention des nouveaux employés incluant les médecins (élaboration d'un guide d'accueil pour les nouveaux médecins, bonification des journées d'accueil pour les employés, activités de reconnaissance).

De façon plus spécifique, nous désirons souligner l'importance de :

- la réalisation de notre 2e projet d'agrandissement de 4,6 M$, ayant permis notamment :
  - → la modernisation de l'Unité d'hospitalisation par l'accès à 13 nouvelles chambres conformes aux normes actuelles;
  - → l'agrandissement des salles d'attente du Bloc opératoire et de l'Endoscopie ;
  - → ainsi que le regroupement des équipes cliniques dédiées aux services dans le milieu.

Le MSSS a d'ailleurs procédé à l'inauguration de ces nouvelles installations le 6 janvier 2014, ce dont nous sommes très fiers.

LES GRANDS DEFIS POUR 2014-15

Beaucoup d'énergie et de détermination seront nécessaires pour compléter l'opérationnalisation de notre planification stratégique, dont l'échéancier prévu en décembre 2015 se rapproche rapidement. Nous devrons poursuivre la consolidation, l'optimisation et le développement des services avec des perspectives de financement de plus en plus limitées. Une année ambitieuse, mais stimulante, se dessine avec son lot de projets et de défis, parmi lesquels le positionnement du CSSSM en tant que pôle de services significatif en Estrie.

Pour ce faire, les objectifs suivants devront faire l'objet d'une attention particulière :

- Compléter les rénovations de l'Unité d'hospitalisation, du Bloc opératoire et des services dans le milieu.
- Ouvrir de nouveaux lits d'hébergement en soins de longue durée.
- Consolider notre Unité de soins palliatifs.
- Assurer la mise en œuvre du projet de démarche d'analyse de fusion potentielle entre le CSSS de Memphrémagog et le CSSS de la MRC-de-Coaticook.
- Rehausser notre desserte locale en chirurgie.
- Poursuivre notre démarche de développement des services ambulatoires en oncologie.
- Assurer le suivi de notre démarche d'agrément.
- Implanter la gestion intégrée des risques dans tout l'établissement.
- Poursuivre notre migration vers une culture de performance.
- Assurer une prise en charge efficiente de notre clientèle en 1re ligne.
- Diversifier et consolider notre desserte en soins spécialisés.

Les communications

Les faits saillants 2013-14

Les reportages télévisuels

- Participation bimensuelle à l'émission d'actualités de la télé communautaire « On jase avec Pélo » dans le cadre de chroniques d'information (offre de services, nouvelles du CSSSM et de la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog, réponses aux questions du public, etc.).
- Diffusion régulière de nouvelles à l'émission d'actualités de la télé communautaire « Connecté sur Magog » ayant porté sur :
  - → le rendez-vous annuel de la population et des partenaires;
  - → l'avis de grossesse et les services prénataux;
  - → le programme Crise-Ado-Enfant-Famille (CAFE);
  - → l'Initiative des amis des bébés (IAB);
  - → la Semaine de la prévention des infections;
  - → les cliniques de vaccination au CSSSM;
  - → la Journée nationale du lavage des mains;
  - → la Journée de la paternité.

Les relations de presse

- Conférences de presse
  - → Un nouveau programme de réadaptation respiratoire à Pro-R
  - → Clôture de la campagne majeure de financement de la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog
  - → Inauguration du nouvel agrandissement du CSSSM en présence du ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr Réjean Hébert
  - → Prix Denise-Paul attribué à madame Clothilde Gingras, infirmière du CSSSM par l'Ordre régional des infirmières et des infirmiers de l'Estrie
- Point de presse
  - → Annonce du budget de 2 M$ pour le maintien à domicile des personnes âgées

Les relations publiques

- Activité de reconnaissance des grands donateurs de la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog
- Rendez-vous annuel de la population et des partenaires : L'adaptation de nos services et la performance… au cœur de nos actions, 6 mai 2013

Le net

- Ouverture d'un compte Facebook CSSSM
- Conception d'un intranet
- Refonte du site web de recrutement

LES PERSPECTIVES EN 2014-15

- Optimisation du Service des communications dans le cadre de la démarche d'analyse de fusion potentielle entre le CSSS de Memphrémagog et CSSS de la MRC-de-Coaticook
- Implantation d'intranet
- Refonte du site web de l'établissement
- Poursuite des chroniques d'information à la télé communautaire

Le conseil d'administration au 31 mars 2014

Les membres :
Monsieur Jacques Juby - président
Monsieur Pierre Bélanger - vice-président
Madame Sylvie Moreault - secrétaire
Madame Armelle Apter
Monsieur Normand Bernier
Madame Lise Gauthier-Bastien
Madame Lise Gosselin
Monsieur Charles Gosselin
Madame Émilie Kahr
Monsieur Michel Langlois
Monsieur Jean-Noël Ouellet
Madame Marie-Josée Cozmano
Monsieur Pierre Racicot
Monsieur Martin Robert
Monsieur Luc Rodrigue
Madame Chantale Roy
Monsieur Marcel Saint-Onge

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre du conseil d'administration s'engage à :

- agir d'abord et avant tout dans l'intérêt de la population et de l'établissement qu'il administre;
- dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
- éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, particulièrement les situations où il pourrait trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
- dénoncer au conseil, par écrit, son intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'établissement qu'il administre;
- faire preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions, tant durant son mandat d'administrateur qu'après avoir cessé d'exercer ses fonctions;
- garder confidentiels les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil, le respect de la confidentialité, et ce, tant pendant qu'après son mandat d'administrateur;
- maintenir, dans ses relations avec les collègues du conseil, des attitudes de franchise, de respect, de loyauté et de solidarité;
- favoriser la transparence et le respect des règles démocratiques;
- observer les règles de régie interne adoptées par le conseil;
- n'accepter aucun avantage financier relié à l'exercice de ses fonctions.

Mécanismes d'application

- Le président et le vice-président du conseil d'administration sont responsables du respect de ce code par tous les administrateurs.
- Tout manquement aux dispositions de ce code peut entraîner l'imposition d'une sanction.

Mécanisme de révision

- Le conseil d'administration révise le code d'éthique et de déontologie des administrateurs au moins aux 3 ans, dans le contexte du processus annuel d'évaluation de son rendement.
- Les administrateurs en fonction signent l'engagement au respect du code d'éthique et de déontologie.

Au 31 mars 2014, nous sommes en mesure d'affirmer que tous les administrateurs du CSSSM se sont volontairement engagés au respect du présent code d'éthique et de déontologie et qu'aucune situation de manquement à ce dernier n'a été signalée ou traitée au cours de l'année 2013-2014.

À titre posthume, nous rendons hommage à monsieur Jean-Guy Nadeau

Nous profitons de l'opportunité pour souligner la contribution exceptionnelle de monsieur Jean-Guy Nadeau, décédé en février 2014, lequel a contribué pendant 12 années au développement de notre établissement.

Le comité de vigilance et de la qualité

Les membres sont :
Jean-Noël Ouellet
Jacques Juby
Rémi Lavigne
Lise Gosselin
Normand Bernier
Sylvie Moreault

Conformément à son mandat, le comité a reçu et analysé différents rapports portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité, l'accessibilité et l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes lors des 5 rencontres au calendrier 2013-2014.

Au cours du dernier exercice, aucune recommandation spécifique au conseil d'administration n'a été formulée par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, les mesures indiquées en suivi des plaintes des usagers ayant été prises par les services concernés.

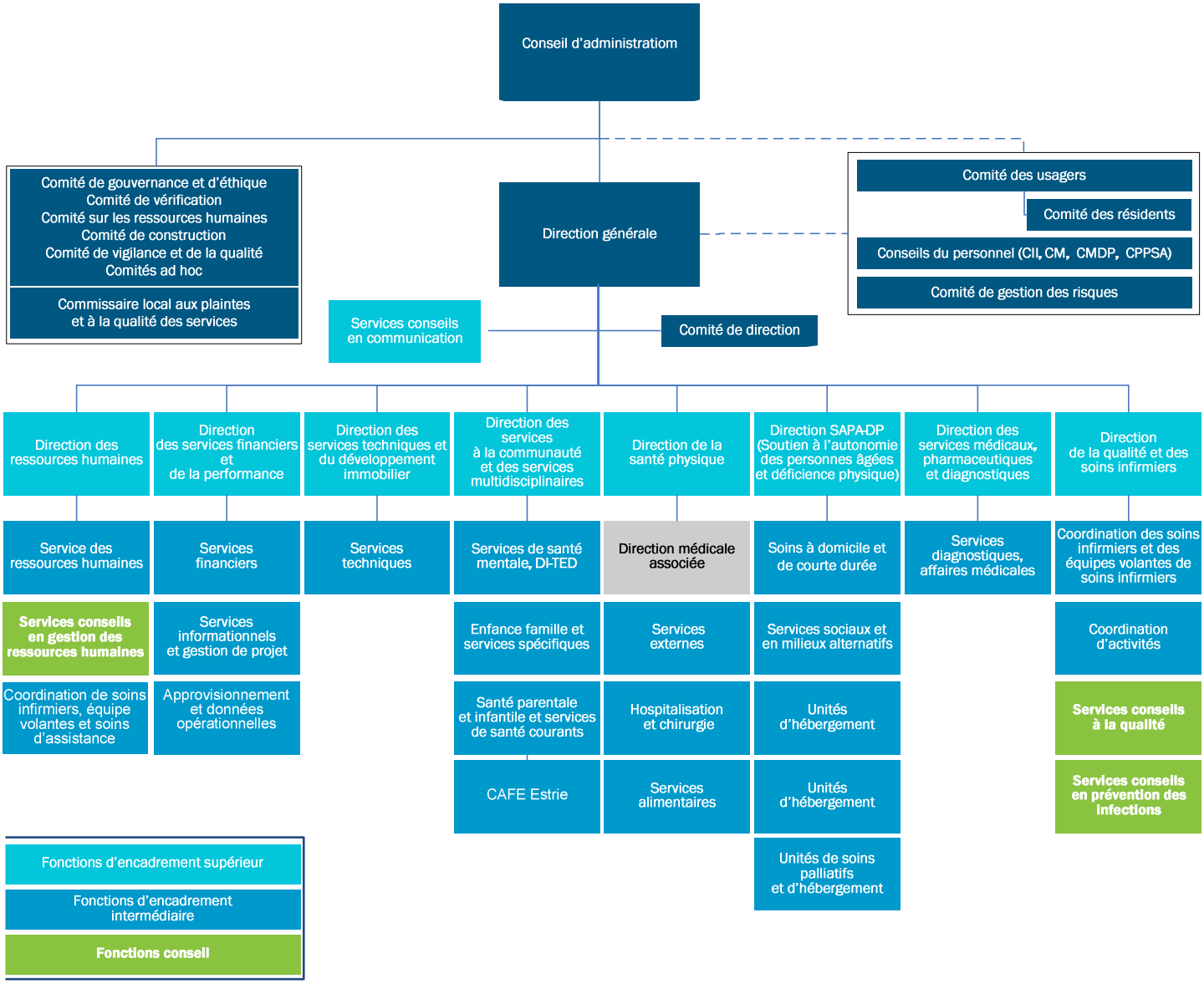
Le comité a reçu les résultats de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle des sondages effectués par le Conseil québécois d'agrément ainsi que le bilan de la visite du MSSS au CHSLD en novembre 2013. Des recommandations ont été formulées au conseil d'administration au regard des travaux de construction de la nouvelle partie de l'Unité d'hospitalisation du 6e étage, de l'application de la Loi sur le tabac, de la gestion des produits dangereux, ainsi que de l'accueil des usagers sans médecin de famille se présentant à l'Urgence.

Le comité a assuré un suivi de l'ensemble des indicateurs reliés aux incidents/accidents inclus dans les rapports trimestriels de la sécurité des usagers, notamment ceux relatifs aux infections nosocomiales, aux mesures de contrôle, aux chutes, aux erreurs de médicament, aux plaies de pression ainsi qu'aux événements sentinelles.

Les membres du comité se sont également penchés sur un dossier relatif à une plainte transmise au Protecteur du citoyen. Celui-ci a statué que ce dossier ne nécessitait aucune recommandation.

Quant aux priorités organisationnelles, le comité a notamment été saisi du projet d'agrandissement des 3 nouveaux étages au-dessus de l'Urgence ainsi que du suivi de la démarche préparatoire à la visite d'Agrément Canada prévue en juin 2014.

PLAN D'ORGANISATION



Le comité de direction au 31 mars 2014

Sylvie Moreault - directrice générale intérimaire
Julie Dechenault - directrice des ressources humaines
Julie Tremblay - directrice des services financiers et de la performance
Pierre Boucher - directeur des services techniques et du développement immobilier
Alexandre Massicotte - directeur des services à la communauté et des services multidisciplinaires
Nancy Beaulieu - directrice de la santé physique
Marie-Josée Bertrand - directrice soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique
Docteure Édith Grégoire - directrice des services médicaux, pharmaceutiques et diagnostiques
Lise St-Pierre - directrice de la qualité et des soins infirmiers

Notre mission

Le Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog (CSSSM) assume les mandats de :

- centre local de services communautaires (CLSC);
- centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Le CSSSM est également l'instance locale chargée d'assurer la coordination des services offerts par les intervenants du réseau local de services sociaux et de santé de la MRC de Memphrémagog.

Une équipe engagée envers sa population

Les valeurs guidant nos interventions

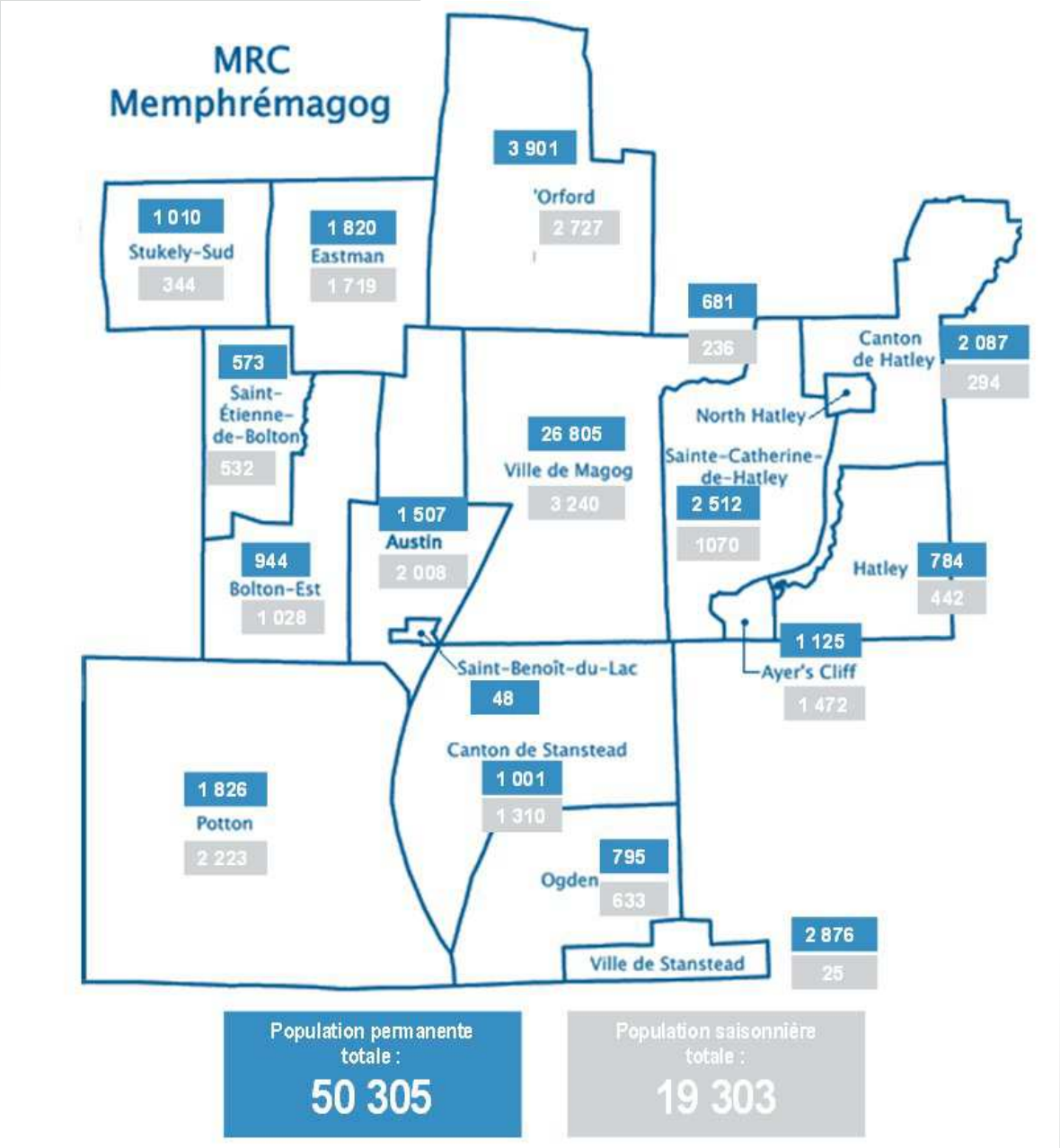
- L'usager est la raison d'être de nos interventions.
- L'usager a le pouvoir d'agir sur sa santé et doit pouvoir prendre des décisions éclairées sur les services qui lui sont offerts.
- La sécurité de notre clientèle est une priorité.
- Nos interventions favorisent l'implication des proches et de la communauté.
- La prévention est constamment présente dans nos pratiques.
- Les pierres angulaires de la qualité de nos services sont l'accessibilité, des services pertinents, continus et coordonnés par du personnel qualifié, des interventions reconnues efficaces, la recherche de l'amélioration continue et le partenariat.
- Une approche personnalisée, globale, interdisciplinaire et communautaire.

Notre réseau local de services

Pour améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services à la population de la MRC, l'établissement se concerte avec plusieurs partenaires, notamment :

- 2 groupes de médecine de famille (GMF);
- 8 pharmacies communautaires;
- 19 organismes communautaires;
- 1 entreprise d'économie sociale;
- 13 résidences certifiées pour personnes âgées;
- 5 établissements régionaux de santé et de services sociaux;
- 2 commissions scolaires;
- 5 centres de la petite enfance;
- la MRC de Memphrémagog et les 17 municipalités qui la composent;
- le Centre local de développement;
- le Centre local d'emploi;
- 4 organismes à but non lucratif liés à l'employabilité.

LE TERRITOIRE



Source de données : Ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire (MAMROT), Décret du gouvernement 2014 (décret 1293-2013 du 11 décembre 2013).

COMMUNAUTE ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

Pour la population générale et la clientèle vulnérable

[déficience intellectuelle (DI), troubles envahissants du développement (TED), jeunes en difficulté, dépendances (alcool, drogue, médicaments, jeu pathologique) et santé mentale]

Prévention des problèmes sociaux ou de santé (programmes de soutien aux parents, de stimulation de l'enfant et de développement des habiletés parentales)

Services en prévention et gestion des maladies chroniques (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires)

Programme 0-5-30 (services infirmiers, de nutrition et Centre d'abandon du tabac)

Activités éducatives et « *counseling* » sur de saines habitudes de vie

Dépistage, examens et contrôle des facteurs de risque

Traitement et réadaptation visant le contrôle de la maladie chronique

Guichet d'accès à un médecin de famille

Évaluation des besoins psychosociaux ou de santé, orientation et référence

Intervention en situation de crise

Clinique de physiothérapie (clientèles prioritaires CSST, postopératoire, fractures et plaies)

Services en organisation communautaire

Services professionnels (orthophonie, interventions psychosociales, soins infirmiers, nutrition, physiothérapie, psychoéducation, hygiène dentaire, psychologie)

Soutien aux femmes enceintes et parents de nouveau-nés (ex. : visites postnatales, soutien à l'allaitement, etc.)

Soutien en milieux de vie (centre de la petite enfance, école, domicile, etc.)

Soutien aux familles (aide financière pour répit, gardiennage et dépannage)

Clinique des jeunes

Suivis médicaux en lien avec des problématiques particulières (ex. : santé mentale)

Support à domicile par des auxiliaires familiales

Services de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale

Vaccination

QUELQUES STATISTIQUES ANNUELLES

- 823 usagers ont été vus en santé mentale de 1re ligne
- 563 adultes ont reçu des services psychosociaux
- 953 jeunes en difficulté et leurs familles ont bénéficié en moyenne de 5,7 interventions de l'équipe du CLSC
- 5327 personnes ont reçu des services ponctuels de santé courants en CLSC ou à domicile (ex. : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie), soit près de l'équivalent de 23 555 interventions

Les réalisations ayant marqué l'année 2013-14

L'accès à un médecin de famille… la situation en 2013-2014

En 2013-2014, 879 personnes inscrites au guichet d'accès du CSSSM ont obtenu un rendez-vous avec un médecin de famille, dont

- 82 en moins de 30 jours;
- 135 en moins de 90 jours;
- 65 en moins de 180 jours;
- 53 en moins de 365 jours;
- et 52 dans un délai de moins de 3 ans.

Au 31 mars 2014, 3997 personnes étaient en attente d'un médecin de famille et 900 autres étaient en attente d'une évaluation du niveau de priorité de leur demande, et ce, en dépit des actions posées visant à améliorer l'accès aux médecins de famille.

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Développement de conditions favorables à la prise en charge de la clientèle vulnérable sans médecins de famille dans le cadre d'ententes avec les deux GMF
- Poursuite des travaux avec les médecins du territoire afin de développer un réseau local intégré de services généraux incluant les services médicaux
- Poursuite de l'implantation de la *Politique en développement des communautés du CSSSM* (ex. : appropriation de cette approche dans les pratiques professionnelles)
- Développement d'un projet d'hébergement de transition en santé mentale afin de favoriser le rétablissement des usagers
- Participation active au sein d'instances de concertation de la communauté afin d'échanger de l'information et d'impliquer les partenaires relativement à l'organisation des services et à l'évaluation de la satisfaction de la clientèle à l'égard de l'offre de services au sein du réseau local
- Démarche de certification de l'Initiative des amis des bébés

Autres réalisations majeures

- Contribution aux mesures d'urgence et au soutien apporté à la communauté de Lac-Mégantic (implication de 70 membres du personnel du CSSSM, dont 41 intervenants psychosociaux) en juillet 2013
- Contribution aux mesures d'urgence déployées à Magog lors des inondations en septembre 2013
- Développement d'un projet paritaire d'organisation de travail de l'équipe offrant un suivi d'intensité variable en santé mentale (ex. : analyse des conditions de la pratique professionnelle auprès de la clientèle)
- Consolidation du premier poste d'infirmière auxiliaire en Soins infirmiers courants
- Consolidation des services en négligence
- Consolidation des services de crise pour les jeunes et les familles (CAFE) dans la MRC de Memphrémagog et l'ensemble de l'Estrie en tant que responsable régional

Actions favorisant l'accessibilité aux services en langue anglaise

- Tout le personnel de la direction doit avoir une compétence minimale de 3.5/5 en anglais
- Des cours de perfectionnement en langue anglaise sont offerts à certains intervenants ciblés
- Plusieurs intervenants sont complètement bilingues
- Avec tous les efforts faits dans les dernières années, nos services sont de plus en plus accessibles pour les personnes d'expression anglaise

LES DEFIS EN 2014-15

- Augmenter l'utilisation des plans de services individualisés (PSI) dans tous les secteurs.
- Implanter un nouveau modèle d'organisation de services relativement aux maladies chroniques.
- Impliquer davantage les usagers au sein de comités internes afin qu'ils contribuent à la planification, la réalisation et l'évaluation des activités réalisées pour eux.
- Développer des mécanismes afin que les usagers puissent évaluer les services reçus et faire connaître leur degré de satisfaction à leur égard.

SANTE PHYSIQUE

Urgence 24/7

Cliniques externes (cardiologie, chirurgie, dermatologie, gastro-entérologie, gynécologie, hématologie, médecine interne, néphrologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, orthopédie, pédiatrie, psychogériatrie, psychiatrie et urologie)

Services en prévention et gestion des maladies chroniques [maladies pulmonaires obstructives chroniques (asthme, emphysème, bronchite chronique)]

Dépistage, examens et contrôle des facteurs de risque

Unité d'hémodialyse (traitement de l'insuffisance rénale)

Bloc opératoire

Service d'endoscopie (dépistage du cancer du côlon, etc.)

Unité de soins aigus en centre hospitalier (33 lits incluant 3 lits de soins intensifs)

Services des archives, Accueil, Admission et Téléphonie

Service alimentaire

QUELQUES STATISTIQUES ANNUELLES

- Le personnel de l'Urgence a reçu 28 284 visiteurs. La durée moyenne de séjour sur civière est de 10,1 heures et de 13,6 heures pour les personnes de 75 ans et plus. Le délai moyen d'attente à l'Urgence est de 9 h 18.
- 14 910 usagers ont reçu des services en Cliniques externes
- Dans le cadre des maladies chroniques et saines habitudes de vie :
  - → 75 usagers se sont inscrits au programme de diabète;
  - → 184 au programme de réadaptation cardiaque;
  - → 49 au programme d'insuffisance cardiaque;
  - → et 86 au nouveau programme de réadaptation pulmonaire.
- 327 interventions en promotion de saines habitudes de vie de type « counselling » (tabac-alimentation-activité physique) ont été effectuées.
- 236 personnes atteintes d'une maladie obstructive chronique (MPOC) ont reçu des services du CLSC.
- 952 chirurgies d'un jour ont été pratiquées en cours d'année, 49 chirurgies de la prothèse du genou et 299 chirurgies de la cataracte, 62 chirurgies en dentisterie. De plus, l'établissement a pratiqué 277 chirurgies en provenance du CHUS.
- L'Endoscopie a accueilli 1 758 visiteurs.
- La durée moyenne de séjour à l'Unité d'hospitalisation est de 7 jours et le taux d'occupation des lits est de 92,3 %
- 327 815 repas ont été servis aux résidents et à la clientèle hospitalisée par le personnel du Service alimentaire.

Les réalisations ayant marqué l'année 2013-14

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Optimisation de l'utilisation du Bloc opératoire
- Poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en courte durée (AAPA)
- Réalisation d'un projet d'optimisation à l'Admission, réduisant de façon marquée les délais d'attente

Autres réalisations majeures

- Consolidation des activités de la Centrale de rendez-vous pour l'Endoscopie
- Intégration des nouveaux locaux à la suite du réaménagement de l'Unité de soins aigus
- Développement d'une autre entente de partenariat avec Pro-Cœur, organisme de la communauté, dans le cadre de l'implantation d'un nouveau programme en réadaptation pulmonaire Pro-R
- Finalisation de l'implantation de la politique alimentaire
- Planification du déploiement d'une nouvelle organisation du travail dans les secteurs des services externes (Urgence, Cliniques externes, Hémodialyse)
- Consolidation de la culture de collaboration interprofessionnelle

LES DEFIS EN 2014-2015

- Débuter les travaux afin de développer une unité de médecine de jour et des services ambulatoires en oncologie.
- Réaliser des projets d'optimisation au Service des archives et aux Cliniques externes, incluant la Centrale de rendez-vous.
- S'approprier les espaces réaménagés à l'Unité d'hospitalisation.
- Poursuivre l'optimisation des plateaux techniques au Bloc opératoire et en Endoscopie.
- Mettre en place un programme d'assurance qualité à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (Stérilisation).
- Réaliser le plan d'action découlant de la visite d'agrément.
- Améliorer la « prise en charge » des grands consommateurs de services à l'Urgence.

SOUTIEN A L'AUTONOMIE-PERSONNES AGEES ET DEFICIENCE PHYSIQUE

Évaluation de l'état de santé et de l'autonomie fonctionnelle

Centre de jour (Magog, Mansonville et Stanstead)

Hébergement en milieux de vie substituts (ressources dans la communauté)

Répit aux proches aidants et convalescence

Services médicaux et professionnels à domicile (soins infirmiers, services psychosociaux, ergothérapie, physiothérapie, nutrition et inhalothérapie)

Services en centre d'hébergement de longue durée (services psychosociaux, médicaux, soins infirmiers et d'assistance, réadaptation physique, ergothérapie, pastorale, loisirs et bénévolat)

Soutien à domicile (aide à l'hygiène, assistance à l'alimentation, assistance aux activités de la vie quotidienne pour personnes âgées handicapées ou en soins palliatifs)

Unité de courte durée gériatrique (UCDG) (admission pour évaluation, consultation, réactivation et réadaptation physique)

Unité de réadaptation fonctionnelle (URF) (admission de moyen séjour avec physiothérapie, ergothérapie, soins infirmiers et services médicaux)

Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) (séjour posthospitalier de moyenne durée avec support d'une équipe clinique et de professionnels de la réadaptation)

QUELQUES STATISTIQUES ANNUELLES

- Le personnel des soins palliatifs est intervenu auprès de 157 usagers à domicile qui ont reçu en moyenne 41,5 interventions.
- 100 usagers ont séjourné à l'Unité de soins palliatifs, pour une moyenne de séjour de 21,5 jours. Le taux d'occupation à l'unité fut de 88,1 %.
- 1 500 usagers ont reçu une moyenne de 35,8 interventions en soutien à domicile après un délai d'attente moyen de 17,6 jours.
- 79 proches aidants ont bénéficié de services de soutien et de 7475 heures de répit.

Les réalisations ayant marqué l'année 2013-14

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Poursuite des efforts d'optimisation des services dédiés aux aînés dans la communauté par la réalisation d'un projet LEAN en lien avec la gestion des documents électroniques en ergothérapie et par la poursuite de la hiérarchisation des services
- Collaboration avec le CSSS de la MRC-de-Coaticook pour l'évaluation en polysomnographie d'une partie de sa clientèle
- Prise de possession des nouveaux locaux au 4e étage par une partie de l'équipe du soutien à domicile dans le cadre du projet d'agrandissement et de rénovation des étages 4, 5 et 6

Autres réalisations majeures

- Complétion du cadre de référence du soutien à domicile
- Développement d'une nouvelle offre de services concernant l'évaluation de la sécurité aux transferts et déplacements pour les usagers en résidences privées
- Rehaussement de 24,6 % du nombre d'interventions auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement dû au budget de développement alloué en 2013-2014
- Développement et consolidation des pratiques collaboratives internes et externes (interdisciplinarité, patient partenaire, implication des partenaires de la communauté)
- Finalisation du plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie en CHSLD suite à la visite ministérielle de novembre 2013

LES DEFIS EN 2014-15

- Mettre en place des moyens de validation réguliers de la satisfaction de la clientèle.
- Améliorer le taux de pénétration des services de soutien à domicile auprès de la population.
- Consolider notre partenariat avec l'équipe médicale des GMF.
- Conclure des ententes de partenariat avec chaque résidence pour aînés du territoire en conformité avec le règlement de certification (nature et qualité de l'offre de services).
- Poursuivre le rehaussement des services dédiés aux aînés dans la communauté dans le cadre des budgets de développement alloués en 2013-2014.
- Poursuivre les efforts d'optimisation des services en soutien à domicile par la réalisation de projets LEAN.
- Élargir l'accès aux mesures de soutien pour les aînés en résidence.
- Réaliser le plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie en CHSLD.
- Adopter les cadres de référence en gériatrie active pour l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG), l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et l'Unité transitoire de récupération fonctionnelle (l'UTRF)

SERVICES MEDICAUX, PHARMACEUTIQUES ET DIAGNOSTIQUES

En 2013-14, le CSSSM comptait 38 omnipraticiens, 81 spécialistes, 2 dentistes et 8 pharmaciens.

En cours d'année, 4 omnipraticiens et 9 spécialistes ont quitté, mais 2 omnipraticiens et 5 spécialistes ont été recrutés.

Services médicaux

Services en médecine générale (clientèle de tous les secteurs du CSSSM)

Services spécialisés
(consultants en biochimie, cardiologie, chirurgie générale, gastro-entérologie, gynécologie, hématologie, infectiologie, médecine interne, microbiologie, néphrologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, orthopédie, pédiatrie, psychogériatrie, psychiatrie, radiologie, urologie)

Services pharmaceutiques

Services pharmacologiques (clientèle de tous les secteurs du CSSSM)

Clinique d'anticoagulothérapie (coumadin)

Services diagnostiques

Centre de prélèvement (sans rendez-vous)

Service d'imagerie médicale (graphie, échographie, fluoroscopie et tomodensitométrie)

Service d'électrophysiologie [électrocardiogrammes, épreuves d'effort (Holter et tapis roulant), monitorage de tension artérielle]

QUELQUES STATISTIQUES ANNUELLES

- 879 personnes sans médecin de famille ont obtenu un premier rendez-vous et 3997 étaient en attente d'un médecin de famille.
- Le personnel du Centre de prélèvement a accueilli 52 505 visiteurs et a effectué 592 747 procédures de laboratoire.
- 35 343 examens en Imagerie médicale ont été réalisés, dont 4253 CT-Scan.
- 12 208 usagers ont bénéficié de services en Électrophysiologie (électrocardiogrammes, épreuves d'effort, monitorage de tension artérielle).

Les réalisations ayant marqué l'année 2013-14

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Accueil d'un nouveau médecin et recrutement de quatre nouveaux candidats pour 2014
- Négociation d'une entente de services en médecine interne et en psychiatrie avec le CHUS
- Rédaction d'un programme d'accueil pour les nouveaux médecins
- Rédaction de procédures et politiques en lien avec l'agrément
- Amorce de la révision du travail au Laboratoire dans le cadre d'ajout d'effectifs
- Mise sur pied d'un comité de responsabilité populationnelle visant l'amélioration de l'accès aux services médicaux de 1re ligne

Autres réalisations majeures

- Accessibilité au CT-Scan les fins de semaine
- Finalisation des activités de coloscopie virtuelle en Imagerie médicale
- Visite de l'Ordre des pharmaciens du Québec et du Vérificateur général du Québec en Pharmacie (visite des sites de préparation des produits stériles)
- Travaux préparatoires à l'implantation des cabinets à médicaments automatisés à l'Urgence et à l'Unité d'hospitalisation
- Travaux portant sur l'entente de services avec le CSSS de la MRC-de-Coaticook pour le déploiement des services pharmaceutiques

LES DEFIS EN 2014-15

- Accueillir trois nouveaux médecins et un psychiatre.
- Maintenir l'accessibilité en Imagerie médicale en dépit des ressources limitées.
- Participer aux travaux provinciaux Optilab.
- Améliorer le transfert d'information clinique avec le CHUS.
- Implanter le logiciel LBX WEB au Laboratoire.
- Implanter un programme de dentisterie en CHSLD en respect des orientations ministérielles.
- Compléter le recrutement en Pharmacie.
- Finaliser l'entente de services avec le CSSS de la MRC-de-Coaticook pour le déploiement des services pharmaceutiques.
- Poursuivre l'atteinte de la cible en tomodensitométrie (CT-Scan) afin d'obtenir le rehaussement financier.

AMELIORATION CONTINUE QUALITE ET SECURITE

STATISTIQUE ANNUELLE

- 176 rapports d'incidents/accidents ont été dénombrés, dont 31 ayant nécessité une analyse détaillée

Les réalisations ayant marqué l'année 2013-14

Pratiques professionnelles

- Poursuite du développement du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) en soins à domicile.
- Soutien des équipes dans les projets d'évaluation des pratiques visant l'optimisation des compétences des intervenants et l'amélioration de la qualité des soins et services.
- Poursuite de l'actualisation de la démarche d'évaluation et de soutien au développement des compétences.
- Poursuite de l'intégration de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* en lien avec les rôles des différents professionnels.
- Complétion et consolidation des actions du plan d'amélioration suite à l'inspection professionnelle des infirmières.
- Poursuite de l'implantation en santé mentale et dans le domaine des relations humaines de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.
- Consolidation du renforcement du leadership infirmier des assistantes infirmières-chefs et des infirmières par le biais de formations et de « coaching ».

Amélioration continue de la qualité

Cycle triennal 2011-2014 d'Agrément Canada - CQA

La contribution et l'implication de l'ensemble du personnel dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et services, ainsi que les efforts déployés dans l'atteinte de conformité des normes d'excellence, ont été reconnus par Agrément Canada, qui a maintenu depuis 2011, le statut d'établissement agréé.

L'ensemble des équipes a redoublé d'ardeur durant la dernière année pour la préparation de la visite d'Agrément Canada en juin 2014. À cet égard, plusieurs actions ont été réalisées :

- élaboration et diffusion d'une politique d'amélioration continue de la qualité;
- pérennisation de l'intégration des meilleures pratiques;
- accompagnement des 21 équipes d'amélioration continue de la qualité dans le cadre de la démarche préparatoire à la visite d'agrément de juin 2014;
- poursuite de la consolidation et du renforcement de la culture de sécurité;
- renforcement de l'intégration et de l'amélioration continue de la qualité dans les processus de gestion et dans les pratiques professionnelles.

Gestions des risques

- Soutien des équipes pour l'application des normes et des pratiques sécuritaires reliées à la réalisation des travaux de construction.
- Poursuite du déploiement trimestriel de l'état de la situation par unité de suivi des indicateurs en gestion des risques.
- Poursuite de la démarche de distinction des utilités propres et souillées et l'application unidirectionnelle de la procédure de nettoyage dans les utilités souillées.
- Poursuite du plan d'action relatif à l'hygiène des mains.
- Renforcement de l'application des bonnes pratiques en prévention et contrôle des infections (pratiques de base et additionnelles).
- Soutien à l'implantation de l'approche adaptée aux personnes âgées en courte durée.
- Soutien des équipes pour la gestion sécuritaire des matières dangereuses.

LES DEFIS POUR 2014-15

Cycle quadriennal 2014-2018 d'Agrément Canada - CQA

À l'aube du cycle maintenant échelonné sur quatre ans, la poursuite et le maintien de conformité des normes d'excellence d'Agrément Canada demeurent un défi et une priorité quotidienne dans les soins et services offerts à la clientèle. Les efforts devront s'aligner dans le but de :

- maintenir le statut d'établissement agréé du CSSSM en fournissant les preuves de conformité exigées par Agrément Canada;
- concevoir un programme de gestion intégrée de la qualité;
- poursuivre l'implantation d'une réelle culture d'amélioration continue de la qualité;
- contribuer à l'implantation de la gestion intégrée des risques au sein du CSSSM;
- évaluer la satisfaction de la clientèle du CSSSM à l'égard des soins et services reçus. Des sondages sont prévus à l'automne 2014 ainsi qu'à l'hiver 2015.

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes concernant les services offerts par l'établissement.

QUELQUES STATISTIQUES ANNUELLES

Nombre de plaintes par motif	CLPQ	ME
Accessibilité des services	16	0
Aspect financier	2	0
Autres	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	3	0
Relations interpersonnelles	6	8
Soins et services dispensés	5	5
Traitement des dossiers de plainte	**32**	**13**
Centre hospitalier	16	12
CLSC	15	1
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	1	0

Les faits saillants de l'année 2013-14

La promotion des droits des usagers

- Rencontre de la CLPQS avec le comité des usagers et des résidents dans le but de planifier et d'organiser des actions en collaboration pour la promotion des droits des usagers.

Le traitement des plaintes

- La majorité des plaintes concerne l'accessibilité aux services et la dispensation des soins et services. Les plaintes sont réparties dans plusieurs secteurs d'activités et des correctifs ont été apportés rapidement.
- Durant l'exercice 2013-2014, 32 plaintes ont été traitées par le commissaire local aux plaintes et à la qualité et 13 traitées par le médecin examinateur. La nature des plaintes n'a pas nécessité de recommandation au comité de vigilance et de la qualité ou au conseil d'administration.

LES PERSPECTIVES POUR 2014-15

- La poursuite des activités de promotion des droits des usagers auprès du personnel.
- La participation à l'implantation du nouveau code d'éthique des usagers et des intervenants.
- La promotion des droits des usagers auprès des médecins.

Le *Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits* est accessible, dans sa version détaillée, sur le site web du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog : www.csssm.santeestrie.qc.ca/Droits des usagers/Les plaintes

RESSOURCES HUMAINES

En 2013-14, le CSSSM comptait sur l'implication de 984 employés, 121 omnipraticiens, spécialistes, consultants et dentistes et 211 bénévoles actifs.

QUELQUES STATISTIQUES ANNUELLES

Effectifs de l'établissement en équivalent temps complet (ETC)

	CADRES		EMPLOYÉS		TOTAL	
	2013-14	2012-13	2013-14	2012-13	2013-14	2012-13
Temps complet	29	30	432	394	461	424
Temps partiel (en ETC)	3,10	3,7	197,55	200,64	200,65	204,34
Stabilité/sécurité d'emploi	0	0	0	0	0	0
Occasionnel (en ETC) *(heures rémunérées)*	2,64 4 796,75	2,06 3 758,00	85,29 159 434,00	83,64 155 979,00	87,93	85,47

Les réalisations ayant marqué l'année 2013-14

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Planification de la main-d'œuvre sur une perspective de trois ans par le développement de la disponibilité au travail et de la fidélisation des membres du personnel
- Promotion de l'établissement et de la qualité de vie de l'environnement afin d'attirer et de recruter du personnel qualifié, essentiel à la continuité et au maintien de la qualité de l'offre de services de l'organisation en réponse à ses besoins de développement d'effectifs

Autres réalisations majeures

- Préparation au transfert régional de la phase 2 du projet Paie, rémunération, avantages sociaux Estrie (PRASE)
- Rehaussement du nombre d'intervenants en soins au CSSSM, de pharmaciens et médecins habilités à l'utilisation du dossier électronique des usagers dans le cadre du « Dossier Santé Québec » (DSQ)
- Le personnel des ressources humaines a procédé à 298 entrevues de sélection et à 156 embauches
- 303 postes permanents ont été affichés.

LES DEFIS POUR 2014-15

- Améliorer les conditions d'exercice des gestionnaires et le repositionnement de leur rôle afin qu'ils soient en mesure de mobiliser leurs équipes en regard des valeurs de l'organisation, des priorités et des défis à relever (ex. : l'adaptation de l'offre de services, la qualité, l'efficience et l'efficacité des services).
- Actualiser la phase 2 du projet régional PRASE par le regroupement des services de rémunération et de la paie.

SOUTIEN TECHNIQUE ET DEVELOPPEMENT IMMOBILIER

STATISTIQUE ANNUELLE

- 2247 interventions ont été réalisées par l'équipe d'hygiène et de salubrité à la suite de départs et transferts de clientèle et lors de désinfections

Les réalisations ayant marqué l'année 2013-14

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Construction des nouveaux espaces médicaux et de bureaux d'intervenants totalisant plus de 1800 mètres ^{2} au-dessus de l'Urgence, un projet de plus de 4,6 M $
- Planification des espaces nécessaires au développement de l'oncologie et du guichet d'accès à un médecin de famille
- Agrandissement des aires de services du Bloc opératoire
- Aménagement de locaux pour le nouveau personnel du maintien à domicile
- Finalisation de la réfection et des réparations de l'enveloppe extérieure de l'hébergement 1
- Réaménagement des locaux de service et du poste de garde de l'Unité de courte durée gériatrique
- Continuité de la rénovation des systèmes mécaniques, électriques et architecturaux pour une valeur de plus de 600 000 $
- Préparation des plans et devis nécessaires à la rénovation des niveaux 4, 5 et 6, un projet de plus de 3 M $

Autres réalisations majeures

- Révision du plan de mesures d'urgence de l'établissement et formation du personnel
- Révision du *Guide d'intervention en mesures d'urgence* (codes d'interventions spécifiques)
- Révision exhaustive de la procédure pour le code bleu (arrêt cardiorespiratoire)

LES DEFIS EN 2014-15

- Compléter la rénovation des chambres d'usagers du niveau 6, des aires de service du Bloc opératoire ainsi que des locaux du personnel du maintien à domicile du niveau 4.
- Compléter la rénovation partielle du niveau 8 afin d'accueillir le personnel de la Direction des ressources humaines à l'intérieur du bâtiment principal.
- Continuer la rénovation des systèmes mécaniques, électriques et architecturaux.
- Préparer les plans et devis afin de compléter la rénovation du bâtiment principal.
- Réviser et mettre à jour le plan de sécurité civile selon le nouveau plan ministériel et poursuivre la formation du personnel.
- Mettre en place un projet pilote de gestion des matières résiduelles produites par le CSSSM en collaboration avec la MRC.
- Poursuivre les analyses et mettre en place des solutions permettant des économies d'énergie.

FINANCES ET PERFORMANCE

Les réalisations ayant marqué l'année 2013-14

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

Services informationnels

- Participation active aux différents chantiers régionaux tels que le déploiement du dossier patient électronique en CSSS, optimisation des technologies de l'information (client léger, regroupement en centre de traitement, téléphonie, courrier électronique)
- Réalisation des travaux d'infrastructure réseau et de télécommunication pour le projet d'agrandissement et soutien dans les différents déménagements de personnel

Bureau de performance

- Poursuite des travaux entourant la définition de l'offre de services du bureau de performance
- Poursuite de l'implantation d'une culture de performance dans l'établissement
- Réalisation de projets d'amélioration des processus de travail (Accueil/Admission, Centrale de rendez-vous/secrétariat, clientèle sans médecins de famille, Liste de rappel)
- Déploiement du tableau de bord de gestion pour le conseil d'administration

Autres réalisations majeures

Services informationnels

- Participation à différents projets de déploiement cliniques ou administratifs tels que le remplacement du système de gestion documentaire, l'intranet, les cabinets décentralisés de médicaments, etc.
- Amorce de la migration du parc informatique au système d'exploitation Windows et la suite bureautique Office 2010

Services de génie biomédical

- Remplacement des équipements médicaux stratégiques en fin de vie
- Déploiement d'un système de détection numérique de lésions cutanées (Fotofinder) pour les Cliniques externes en dermatologie
- Consolidation des travaux entourant le programme d'entretien préventif et correctif pour le parc d'équipements médicaux
- Déploiement des équipements médicaux requis pour le projet d'agrandissement

Services financiers

- Suivi rigoureux du budget de l'établissement et soutien aux gestionnaires (budget décentralisé)
- Création du Service de l'approvisionnement et des données opérationnelles
- Processus et expertise mis en place et permettant le respect de la *Loi sur les contrats des organismes publics*
- Arrimage des priorités détaillées au plan d'action et de la capacité financière de l'établissement d'atteindre ses objectifs de desserte populationnelle

LES DEFIS EN 2014-15

- Poursuivre les travaux entourant les activités de maintien d'actifs des équipements médicaux et informatiques, sans compromettre les services à la population.
- Maintenir l'équilibre budgétaire malgré un contexte économique plus difficile.

- Déployer d'autres modules du dossier patient électronique et du dossier santé Québec.
- Poursuivre le déploiement d'une culture d'amélioration continue (formation, support aux gestionnaires) et s'assurer de pérenniser les projets d'amélioration en cours.
- Déployer des tableaux de bord de gestion pour les différentes instances (comités du CA, comité de direction, directions).

Mesures mises en place et principaux résultats en respect du projet de Loi 100, loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette

- Depuis 2010-2011, soit l'année de l'entrée en vigueur de ce projet de loi, le CSSSM a mis en place les mesures nécessaires permettant l'atteinte des cibles, soit une diminution de 10 % des dépenses de fonctionnement de nature administrative et le non remplacement d'un départ sur deux à la retraite pour les activités de nature administrative. Différents projets d'optimisation ont été mis de l'avant, dont la révision de certains processus, la négociation de contrats, une meilleure utilisation des services achetés et des honoraires professionnels, la standardisation des fournitures de bureau et la révision de la pertinence de certains comités.
- De plus, le CSSSM n'a cessé de se développer grâce à l'allocation de nouveaux budgets ou à des projets de rénovation fonctionnelle majeurs. Par ces investissements, nous nous sommes assurés que les ressources financières et humaines de nature administrative ne progressent pas au même rythme qu'antérieurement.

	Résultats au 31 mars 2014	Cible au 31 mars 2014
Diminution de 10 % des dépenses de fonctionnement de nature administrative	- 14 %	- 10 %
Diminution des heures travaillées pour les activités de nature administrative	-8.4 %	-5.9 %

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Exercice terminé le 31 mars 2014		Exercice terminé le 31 mars 2013	
	Exploitation ($)	Immobilisations ($)	Exploitation ($)	Immobilisations ($)
Revenus				
Agence et MSSS	61 645 158	1 596 711	59 261 590	1 802 677
Contributions des usagers	3 737 385		3 554 126	
Ventes de services et recouvrements	560 808		414 444	
Autres	997 725	687 729	790 344	501 949
Total des revenus	**66 941 076**	**2 284 440**	64 020 504	2 304 626
Charges				
Salariales, avantages sociaux et charges sociales	(48 349 226)		(43 863 155)	
Fournitures et autres charges	(17 530 721)	(2 433 797)	(17 140 997)	(2 334 235)
Total des charges	**(65 879 947)**	**(2 433 797)**	(61 004 152)	(2 334 235)

	Exercice terminé le 31 mars 2014		Exercice terminé le 31 mars 2013	
	Exploitation ($)	Immobilisations ($)	Exploitation ($)	Immobilisations ($)
Surplus (déficit) de l'exercice	**1 061 129**	**(149 357)**	**3 016 352‡**	**(29 609)**

‡ Ce surplus a été en grande partie transféré au fonds d'immobilisations pour financer la contribution de l'établissement dans le projet de mise aux normes (1 900 000 $) et différents aménagements nécessaires à l'actualisation de la planification stratégique 2013-2015 (520 000 $)

CONSEIL DES MEDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Les membres du comité exécutif
Docteur Yves Arcand, président
Docteur Mario Wilhelmy, vice-président
Docteur Louis Dufort, secrétaire-trésorier
Docteure Édith Grégoire, DSP
Docteur Benoît Carignan, conseiller - secteur hébergement
Docteure Marilyne Dang, conseillère – secteur hospitalier
Docteure Karyne Émond, conseillère – secteur CLSC
Docteur John Robb, conseiller - secteur spécialités
Madame Armelle Apter, conseillère - secteur pharmacie
Madame Sylvie Moreault, directrice générale intérimaire

Avis déposés au CA ou à la direction générale et suites apportées à ces avis

- 7 demandes de nominations et 13 démissions de médecins et pharmaciens ont été traitées
- Amendement au règlement du CMDP

Principaux changements apportés par le comité de pharmacologie découlant de la revue des médicaments

- Révision de plusieurs guides d'utilisation de médicaments (céfazoline, midazolam, procainamide, vasopressine)
- Adoption de nouveaux guides de médicaments (antibioprophylaxie pour chirurgie urologique, utilisation de l'octréotide)
- Adoption d'ordonnances collectives (échelles insuline sous-cutanée, préparation médicamenteuse pour les patients devant avoir une colonoscopie, traitement des réactions allergiques cutannées modérées)
- Ajout de médicaments au formulaire de l'établissement (cefprozil, toviaz, imipenem, denosumab)
- Diffusion des avis de pharmacovigilance sur quelques médicaments

Mesures d'amélioration à la qualité et à la sécurité qui découlent des activités du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

Les principales études effectuées :

- tenue de dossiers en chirurgie d'un jour;
- protocole de sédation à l'Urgence;
- évaluation de l'application de l'ordonnance collective pour l'analyse et culture d'urine en CHSLD
- étude sur le traitement de la pneumonie acquise en communauté (PAC).

Les recommandations requises ont été formulées.

Mesures d'amélioration plus spécifiquement reliées à l'étude des complications et décès

- Évaluation des dossiers de décès en soins aigus
- Évaluation des dossiers à la demande d'un coroner

Les recommandations ont été transmises à tous les médecins.

Comité de prévention des infections

Les principaux points discutés :

- éclosion : virus respiratoire aux 4e et 5e étages de l'hébergement 1 en avril;
- ajustement masque N-95 pour le personnel soignant de l'établissement;
- campagne de vaccination : influenza 2013-2014 :
  - → principaux objectifs : augmenter le taux de vaccination et trouver des moyens pour inciter le personnel à se faire vacciner ;
  - → suivi statistique infections nosocomiales.

CONSEILS DE PERSONNEL

Conseil multidisciplinaire (CM)

Les membres du comité exécutif
Jean Ouellet, président
Annick Thibeault, vice-présidente
Caroline Patry, secrétaire
Marie-Andrée Périgny, agente de communication
Manon Dufresne, Manon Robitaille, Martin Robert, Sylvie Moreault, Alexandre Massicotte

Bilan des activités 2013-14

- Réalisation d'un lac-à-l'épaule afin de bien comprendre les rôles du comité et de son « exécutif » et d'amorcer la réalisation du plan d'action 2013-2014
- Réalisation de cinq midis cliniques :
  - → l'approche adaptée aux personnes âgées
  - → l'assurance-autonomie;
  - → les bienfaits de l'activité physique;
  - → l'ergonomie au niveau du poste de travail;
  - → le poids : un équilibre qui évolue
- Révision des règlements généraux du conseil
- Révision et adoption du document *« Lignes directrices guidant l'action du conseil multidisciplinaire au CSSSM »*
- Transmission d'un avis à la direction générale portant sur l'interdisciniplarité dans l'élaboration des ordonnances collectives, procédures ou protocoles de soins
- Mise en place de modalités de communication avec les membres (ex. : publication d'un article du CM dans chaque bulletin d'information de l'établissement, sondage réalisé auprès des membres portant sur les midis cliniques, communications transmises par le biais de tous les groupes de professionnels représentés par les membres du comité exécutif)

LES DEFIS POUR 2014-15

- Organiser un lac-à-l'épaule.
- Exercer une vigie sur les politiques touchant les pratiques professionnelles dans l'établissement selon les priorités et orientations ministérielles.
- Susciter la participation des membres liée à la qualité des services.
- Poursuivre et consolider les contacts avec les autres conseils (CPPSA et CII).
- Promouvoir l'organisation et les midis cliniques interdisciplinaires.
- Encourager l'élaboration, l'implantation et la mise à jour des cadres de référence des pratiques professionnelles dans l'établissement.
- Promouvoir la formation du comité de PAIRS (regroupement de membres de mêmes disciplines).
- Donner un avis sur l'organisation scientifique et technique.
- Poursuivre le travail sur les lignes directrices du CM.

Conseil des infirmières et infirmiers

Les membres du comité exécutif
Lise St-Pierre, direction de la DQSI
Sylvie Moreault, directrice générale (intérim)
Nancy Lapointe, adjointe à la DQSI
Marie-Ève Fournier, conseillère-cadre à la qualité (DQIS, intérim)
Émilie Kahr, chef d'unité de soins infirmiers DSPhys
Andréanne Turgeon, représentante DSC
Ann St-James, présidente et représentante SAPA-DP
Francine Thériault, représentante DSC
Josiane St-Cyr, représentante DSPhys

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Les faits saillants des travaux du conseil

- Émission de différents avis
  - → Intégration des candidates à l'exercice à la profession infirmière (CEPI) à l'Urgence
  - → Formation continue (midi-conférence) en collaboration avec les autres conseils professionnels (CM, CMDP)
  - → Réorganisation aux Ressources humaines : Liste de rappel
- Collaboration à la révision, l'analyse et l'évaluation des ordonnances collectives nationales (diabète, dyslipidémie, HTA)
- Poursuite de la publication de l'info-CII
- Promotion du préceptorat auprès des jeunes infirmiers-infirmières et infirmiers-infirmières auxiliaires
- Implantation d'un premier dîner-causerie avec les différents conseils professionnels
- Assurer un soutien au CECIIA

LES DEFIS POUR 2014-15

- Faire connaître le CECII auprès des infirmières de l'établissement.

COMITE DES USAGERS

Les membres du comité sont :
Normand Bernier, président
Chantale Roy, trésorière
Michelle Lepitre, administratrice
Yves Grandmaison, représentant du comité des résidents

Comité des résidents

Les membres du comité sont :
Yves Grandmaison, président
Andrée Déry, secrétaire
Nicole Dion, administratrice
Bertrand Scalabrini, administrateur

Les faits saillants

- Élaboration préliminaire d'un plan de marketing comprenant la création d'un nouveau dépliant
- Promotion des rôles et des responsabilités du comité des usagers (Semaine des droits des usagers, distribution de 1 100 calendriers du comité des usagers, articles dans les médias, etc.)
- Démarrage d'un projet d'évaluation de la qualité des services (boîtes à suggestions, collecte et analyse des commentaires recueillis, etc.)
- Participation à divers événements et rencontres régionales et provinciales (ex. : Fédération des comités des usagers et des résidents du Québec (FCURQ), Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU), rencontres régionales des comités des usagers de l'Estrie, etc.)

LES PROJETS POUR 2014-15

- Mettre en place un processus de traitement des insatisfactions et d'accompagnement des usagers.
- Réaliser des activités d'information portant sur différents sujets d'intérêt pour les usagers et leurs représentants (ex. : « Vieillir en sécurité », les phases du deuil, etc.).
- Augmenter la visibilité du comité des usagers (ex. : développement d'outils électroniques tels un site web et un compte Facebook).
- Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et du milieu de vie (ex. : participation au comité « Milieu de vie »).
- Bonifier la gestion et le fonctionnement du comité des usagers dans un contexte de démarche d'analyse de fusion potentielle entre le CSSS de Memphrémagog et le CSSS de la MRC-de-Coaticook (ex. : révision des règlements, planification stratégique, embauche d'une personne-ressource, etc.).

FONDATION DE L'HOPITAL DE MEMPHREMAGOG

Les membres du conseil d'administration sont :

Gilles Pouliot, président
Manon Rancourt, 1re vice-présidente
Pierre-Racicot, 2e vice-président
Jeannot Gagnon, trésorier
Anne Pomerleau, secrétaire
Mario Doyon, administrateur
Yvon Laramée, administrateur
Denis Renaud, administrateur
Pierre Riverin, administrateur
Allan M.Smith, administrateur
Julie Tremblay, administratrice
Sylvie Moreault, directrice générale intérimaire du CSSSM (membre d'office)

30 ans en support au CSSSM

Depuis sa création en 1984, la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog est fière d'avoir investi en achats d'appareils, d'équipements médicaux et en infrastructures, une somme de

7 275 000 $

Grâce à la générosité de ses donateurs, des commanditaires et des bénévoles, elle a en 2013-2014, contribué à différents projets et achats d'équipements :

- Solarium soins palliatifs;
- Équipements pour le Bloc opératoire;
- Système informatique pour les soins à domicile;
- Équipements pour les soins à domicile;
- Chauffe-couverture pour l'hébergement;
- Opti-Flow.

250 000 $

LES ORIENTATIONS DE 2014-2015

Toujours aussi dynamiques et motivés, les administrateurs et le personnel de la Fondation contribueront à promouvoir l'importance d'appuyer le CSSSM et d'harmoniser ses objectifs ainsi que ses actions à ceux de l'établissement. Suite à un exercice d'alignement stratégique, la Fondation permettra d'intensifier le développement du volet prévention et responsabilité populationnelle, et ce, pour être en lien avec le CSSSM.

Merci à tous ceux et celles qui contribuent au succès de la Fondation!

UN SINCERE MERCI A NOTRE PERSONNEL, NOS GESTIONNAIRES, MEDECINS, BENEVOLES ET PARTENAIRES

L'actualisation de tous nos projets ainsi que la qualité, la sécurité et l'accessibilité de nos services reposent sur l'engagement et les compétences de notre personnel, nos gestionnaires et médecins ainsi que sur l'appui indéfectible de nos bénévoles et partenaires.

NOUS DESIRONS REMERCIER DE FAÇON PARTICULIERE

Madame Monique Corbeil, directrice générale du CSSSM pendant plus de 10 années, qui a quitté notre établissement en juin 2013. Par sa vision, sa détermination et son dynamisme, elle a contribué significativement au développement et à la consolidation de l'offre de services de notre établissement.

France LeBel, qui a quitté ses fonctions de directrice générale de la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog en août 2013 afin de relever d'autres défis. Son engagement et son dynamisme furent fort appréciés durant ses 15 années à nos côtés.

Nos intervenants psychosociaux, gestionnaires, infirmières cliniciennes, psychoéducateurs, psychologues, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires qui ont soutenu la communauté de Lac-Mégantic et leur ont partagé le meilleur d'eux-mêmes;

Tous nos bénévoles qui, toutes les semaines, sont présents auprès de nos résidents et usagers.

Un sincère merci…

à nos auxiliaires bénévoles toujours aussi dévouées et engagées après plus de 50 ans au sein de notre établissement ainsi qu'à notre équipe de bénévoles de l'Envolée dédiée aux soins palliatifs depuis maintenant 20 ans;

à tous ceux et celles qui collaborent au succès des activités de loisirs offerts aux résidents de l'hébergement de longue durée ainsi qu'à nos bénévoles de la pastorale;

aux membres du comité des usagers et des résidents, mobilisés par la promotion et la défense des droits et intérêts de la clientèle.

Merci de partager au quotidien le meilleur de vous-mêmes

Tous nos donateurs à la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog, dont nos grands donateurs à qui nous avons rendu hommage en 2013-2014.

Les grands donateurs de 100 000 $ et plus

1re rangée : Lyne Lavoie, directrice générale et Huguette Fontaine, vice-présidente de la Fondation J.A Bombardier, Paul Bannerman, Fondation de la famille Bannerman, Danielle Bolduc, prés. CA de la Caisse Desjardins du Lac-Memphrémagog, Jacques Demers, préfet de la MRC de Memphrémagog

À TOUS, TOUTE NOTRE RECONNAISSANCE.

Un milieu de travail

STIMULANT

Un milieu de vie exceptionnel
Une communauté chaleureuse et généreuse

Un centre de santé et de services sociaux avec des gens passionnés et toujours prêts à relever les défis. C'est le lieu idéal pour débuter ou poursuivre votre carrière.

Memphrémagog
C'est pour MOI!

UNE RÉGION EXCEPTIONNELLE

UNE QUALITÉ DE VIE RECHERCHÉE

DES GENS PASSIONNÉS

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Siège social
50, rue St-Patrice Est
Magog (Québec) J1X 3X3
Téléphone : 819 843-2572
Sans frais : 1 800 268-2572
Télécopieur : 819 843-3240

Point de service de Stanstead
435, rue Dufferin
Stanstead (Québec) J0B 3E2
Téléphone : 819 876-7521
Télécopieur : 819 876-7215

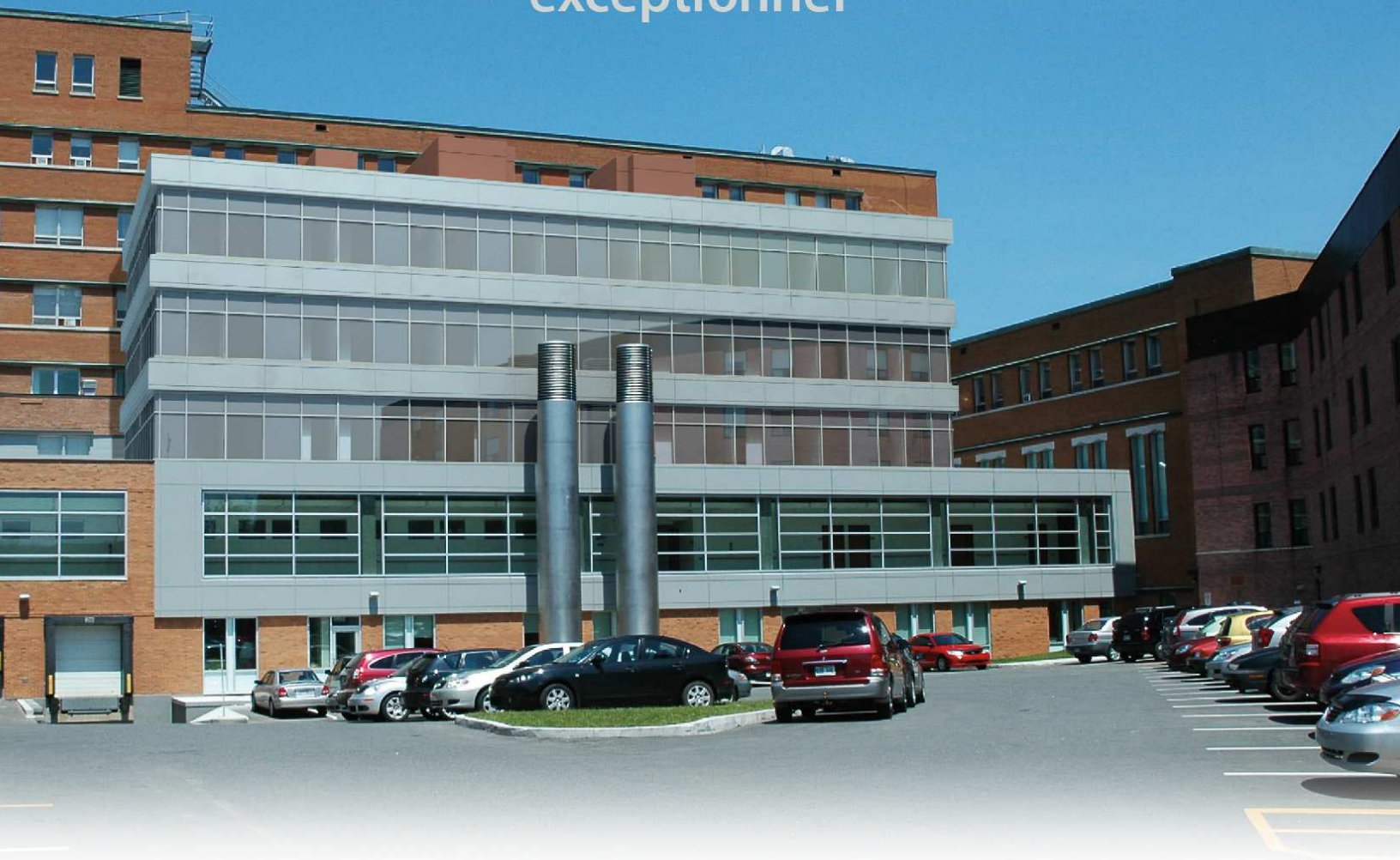
Point de service de Mansonville
314, rue Principale, C.P. 399
Mansonville (Québec) J0E 1X0
Téléphone : 450 292-3376
Télécopieur : 450 292-4404

www.csssm.santeestrie.qc.ca

Annexes

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2013 2014

Une vision concrétisée... le fruit d'un partenariat exceptionnel



Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

ANNEXES

Sécurité des soins et services 2013-14

Identification de l'Agence : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Numéro d'identification de l'établissement : 1104-3593

Nom du répondant : Lise St-Pierre, à titre de directrice de la qualité et des soins infirmiers

COMITE DE GESTION DES RISQUES

- Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité : le 10 décembre 2013
- Date de la mise en place du comité : 09-11-2004
- Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours : 5
- Les problèmes que le comité a priorisés :
  - → les travaux d'agrandissement au 6e étage médecine-chirurgie;
  - → les évènements sentinelles;
  - → l'hygiène et la salubrité au quotidien;
  - → l'application de la Loi sur le tabac
- Nombre de membres : 11
  - → 1 personne désignée du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
  - → 1 personne désignée du comité des usagers
  - → 1 Personne désignée de la Direction générale (directrice de la qualité et des soins infirmiers-membre d'office)
  - → 1 personne désignée de la Direction de services médicaux, pharmaceutiques et diagnostiques
  - → conseillère-cadre à la qualité (secrétaire)
  - → directrice générale
  - → 1 personne désignée du comité des infirmières et infirmiers
  - → 1 personne désignée du Bloc opératoire
  - → 2 personnes désignées du conseil multidisciplinaire
  - → 1 personne désignée du comité exécutif du conseil des paraprofessionnels en soins d'assistance

Divulgation de tout accident

- Mise à jour de la politique afin d'inclure les évènements sentinelles : mise à jour avril 2014
- Les règles de divulgation sont respectées : oui
- Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves : oui
- Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées suite à une analyse approfondie : oui
- Adoption par le conseil d'administration du règlement sur les règles relatives :
  - → à la divulgation de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident : oui
  - → aux mesures de soutien incluant les soins appropriés : oui
  - → aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident : oui
- De la formation quant à la divulgation a été donnée aux personnes concernées de l'organisation pendant l'année en cours : oui en comité interdirections. Un soutien est apporté aux cadres pour l'analyse et le suivi de tout événement grave. Les employés des différents secteurs ont aussi été rencontrés afin d'effectuer adéquatement la divulgation auprès des usagers et leurs familles. Dès l'accueil du nouvel employé, de l'information est donnée pour promouvoir l'utilisation des formulaires AH-223-1

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

- Nombre d'incidents/accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 2176
- Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse détaillée : 31
- Mise en place d'un registre local des incidents/accidents : oui, mise en place en juin 2004
- Principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de

surveillance :

→ Chutes

→ Erreurs de médication

- Contribution au registre national des incidents/accidents pour la production de rapports semestriels : depuis septembre 2011
- Plan de travail pour 2014-2015 :

→ renforcer la culture de sécurité;

→ promouvoir la connaissance des indicateurs de suivi par les équipes;

→ élaborer une politique pour la gestion des rappels et des alertes.

Agrément des services dispensés

- Sollicitation d'un organisme d'agrément : Agrément Canada, juin 2014

PROGRAMME DE REDUCTION DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTROLE

Recommandations et suivis effectués par le comité en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques d'incidents/accidents et de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales :

- Promouvoir la mise en place de mesures alternatives auprès des usagers
- Poursuivre la formation auprès des équipes de soins afin de diminuer les taux d'utilisation des mesures de contrôle

Prévalence moyenne de la contention physique au sein du CSSSM

	avril	mai	juin	Juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.	janv.	fév.	mars
2011-12	38	39	40	34	40	40	44	40	39	38	28	35
2012-13	37	40	33	45	41	23	41	50	45	36	36	39
2013-14	**41**	**38**	**39**	**38**	**37**	**39**	**38**	**43**	**44**	**47**	**46**	**49**

Vaccination contre la grippe saisonnière — Influenza

	Population	Employé(e)s
2009-10	3 224	103
2010-11	4 274	252
2011-12	4 996	279
2012-13	5 838	278
2013-14	**7185**	**345**

Prévention des infections - Infections nosocomiales

	2011-12		2012-13		2013-14	
	Cas	Éclosion	Cas	Éclosion	Cas	Éclosion
Influenza	0	0	10	3	**2**	**0**
Gastroentérite	10	1	2	0	**2**	**1**
SARM	18	4	5	0	**9**	**1**
ERV	0	0	0	0	**0**	**0**

Clostridium difficile	6	0	8	0	**4**	**0**

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RESULTATS DES OPERATIONS

Rapport de la direction

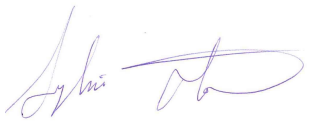
Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables 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 comme 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 Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog 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 MALLETTE, SENCRL dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme MALLETTE, SENCRL peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Sylvie Moreault
Directrice générale intérimaire

Julie Tremblay, CPA, CA
Directrice des services financiers et de la performance

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

MALLETTE

Mallette s.e.n.c.r.l.

200-25 rue des Forges
CP 1356
Trois-Rivières QC G9A 5L2

Téléphone 819 379-0133
Télécopie 819 379-4207
Courriel info.trois-rivieres@mallette.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog,

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MEMPHRÉMAGOG pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 juin 2014. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS (suite)

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 10 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur la fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de CPA Canada, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

De plus, comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 - Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulation doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs nets (dette nette), des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date.

Mallette s.e.n.c.r.l.[1]

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Trois-Rivières, Canada
Le 27 août 2014

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A111750

MALLETTE

ÉTAT DES RESULTATS (TOUS LES FONDS)

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	63 204 250	61 645 158	1 596 711	63 241 869	60 881 331
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	3 617 595	3 737 385	XXXX	3 737 385	3 554 126
Ventes de services et recouvrements	4	282 403	560 808	XXXX	560 808	414 444
Donations (FI:P294)	5	470 172		463 689	463 689	464 373
Revenus de placement (FI:P302)	6	65 000	95 946		95 946	85 522
Revenus de type commercial	7		450 599	XXXX	450 599	465 823
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	100 435	451 180	224 040	675 220	276 575
TOTAL (L.01 à L.11)	12	67 739 855	66 941 076	2 284 440	69 225 516	66 142 194
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	45 970 615	48 349 226	XXXX	48 349 226	43 863 155
Médicaments	14	769 021	721 513	XXXX	721 513	753 518
Produits sanguins	15	231 041	477 375	XXXX	477 375	470 690
Fournitures médicales et chirurgicales	16	2 232 259	1 822 461	XXXX	1 822 461	1 673 709
Denrées alimentaires	17	504 469	544 096	XXXX	544 096	502 136
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	678 896	804 561	XXXX	804 561	765 731
Frais financiers (FI:P325)	19	510 559		517 613	517 613	508 758
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	456 989	1 646 941	31 761	1 678 702	1 364 614
Créances douteuses	21		36 773	XXXX	36 773	28 225
Loyer	22	2 746 968	2 568 821	XXXX	2 568 821	
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	1 846 168	XXXX	1 774 023	1 774 023	1 603 268
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX	110 400	110 400	90 736
...	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	11 804 721	8 908 180		8 908 180	11 713 847
TOTAL (L.13 à L.27)	28	67 751 706	65 879 947	2 433 797	68 313 744	63 338 387
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(11 851)	1 061 129	(149 357)	911 772	2 803 807

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

ÉTAT DES RESULTATS (FONDS D'EXPLOITATION)

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	61 206 846	61 475 747	169 411	61 645 158	59 261 590
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	3 617 595	3 737 385	XXXX	3 737 385	3 554 126
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	282 403	560 808	XXXX	560 808	414 444
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	65 000	95 946		95 946	85 522
Revenus de type commercial (P351)	7		XXXX	450 599	450 599	465 823
Gain sur disposition (P302)	8					
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	100 435	431 040	20 140	451 180	238 999
TOTAL (L.01 à L.11)	12	65 272 279	66 300 926	640 150	66 941 076	64 020 504
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	45 970 615	48 148 224	201 002	48 349 226	43 863 155
Médicaments (P750)	14	769 021	721 513	XXXX	721 513	753 518
Produits sanguins	15	231 041	477 375	XXXX	477 375	470 690
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	2 232 259	1 822 461	XXXX	1 822 461	1 673 709
Denrées alimentaires	17	504 469	544 096	XXXX	544 096	502 136
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	678 896	804 561	XXXX	804 561	765 731
Frais financiers (P325)	19	2 300		XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	331 989	1 646 941		1 646 941	1 233 141
Créances douteuses (C2:P301)	21		36 773		36 773	28 225
Loyers	22	2 746 968	2 568 821		2 568 821	
...	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	11 804 721	8 508 752	399 428	8 908 180	11 713 847
TOTAL (L.13 à L.24)	25	65 272 279	65 279 517	600 430	65 879 947	61 004 152
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	1 021 409	39 720	1 061 129	3 016 352

ÉTAT DES SURPLUS (DEFICITS) CUMULES

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	3 815 131	2 879 693	6 694 824	3 708 081	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2		(182 936)	(182 936)		2
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	3 815 131	2 696 757	6 511 888	3 708 081	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	1 061 129	(149 357)	911 772	2 803 807	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(2 331 450)	2 331 450	0		3
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(2 331 450)	2 331 450			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	2 544 810	4 878 850	7 423 660	6 511 888	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	7 423 660	6 511 888	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	7 423 660	6 511 888	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIERE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	8 201 349		8 201 349	10 574 562
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408)	3	4 379 988	2 343 364	6 723 352	5 806 672
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400)	4	1 192 333	170 272	1 362 605	1 211 467
...	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(3 532 875)	3 532 875	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408)	7	3 821 235	4 561 877	8 383 112	8 030 333
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9				
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p360, FI: p400)	12	335 567		335 567	324 109
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	14 397 597	10 608 388	25 005 985	25 947 143
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FI: p403)	14		117 870	117 870	1 377 635
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401)	16	5 913 855	270 453	6 184 308	7 205 373
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	2 697 138	2 697 138	1 119 907
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401)	18		119 080	119 080	116 491
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294)	19	665 983	2 806 620	3 472 603	3 580 036
...	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403)	21	XXXX	15 668 627	15 668 627	13 886 858
Passifs environnementaux (FI: p401)	22	XXXX	16 875	16 875	16 875
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	5 343 614		5 343 614	4 914 370
...	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p361, FI: p401)	25	249 391		249 391	224 123
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	12 172 843	21 696 663	33 869 506	32 441 668
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	2 224 754	(11 088 275)	(8 863 521)	(6 494 525)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: p420, 421, 422)	28	XXXX	15 967 125	15 967 125	12 655 913
Stocks de fournitures (FE: p360)	29	178 005	XXXX	178 005	185 331
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400)	30	142 051		142 051	165 169
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	320 056	15 967 125	16 287 181	13 006 413
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	2 544 810	4 878 850	7 423 660	6 511 888

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638.01 et 638.02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(6 311 589)	3 464 631	(9 776 220)	(6 311 589)	(8 881 733)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2			(182 936)	(182 936)	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(6 311 589)	3 464 631	(9 959 156)	(6 494 525)	(8 881 733)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29)	5	(11 851)	1 061 129	(149 357)	911 772	2 803 807
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(6 777 577)	XXXX	(5 203 635)	(5 203 635)	(2 095 796)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	1 846 168	XXXX	1 774 023	1 774 023	1 603 268
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	110 400	110 400	90 736
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX	8 000	8 000	
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(4 931 409)	XXXX	(3 311 212)	(3 311 212)	(401 792)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(178 005)	XXXX	(178 005)	(185 331)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(142 051)		(142 051)	(165 169)
Utilisation de stocks de fournitures	17		185 331	XXXX	185 331	153 761
Utilisation de frais payés d'avance	18		165 169		165 169	181 932
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		30 444		30 444	(14 807)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(2 331 450)	2 331 450	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(4 943 260)	(1 239 877)	(1 129 119)	(2 368 996)	2 387 208
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(11 254 849)	2 224 754	(11 088 275)	(8 863 521)	(6 494 525)

ÉTAT DES FLUX DE TRESORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	1	911 772	2 803 807
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Créances douteuses	2	36 773	28 225
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	3		
Stocks et frais payés d'avance	4	30 444	(14 807)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	5	110 400	90 736
Perte (Gain) sur disposition de placement	6		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	7		
- Autres	8		
Amortissement des immobilisations	9	1 774 023	1 603 268
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11		
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		
Autres	14		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.14)	15	1 951 640	1 707 422
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	(184 367)	(671 027)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	2 679 045	3 840 202
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Immobilisations:			
Acquisitions	18	(5 203 635)	(2 095 796)
Produits de disposition	19	8 000	
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(5 195 635)	(2 095 796)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements de portefeuille:			
Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	(352 779)	1 209 549
Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(352 779)	1 209 549

ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES DETTES:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1		
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(687 142)	(539 008)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime	5		
Capitalisation des gains ou pertes de change	6		
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	7		
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	8	1 255 670	1 922 256
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	9		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	10	(46 524)	(88 421)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	11		
VARIATIONS D'AUTRES ÉLÉMENTS:			
Fonds d'amortissement du gouvernement	12		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement (L.01 à L.12)	13	522 004	1 294 827
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.17+L.20+L.25 + P.208-01, L.13):	14	(2 347 365)	4 248 782
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	10 729 814	6 481 032
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	8 382 449	10 729 814
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	8 382 449	10 729 814
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	8 382 449	10 729 814
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
IMMOBILISATIONS:			
Comptes à payer sur les immobilisations	20		
INTÉRÊTS:			
-Intérêts créditeurs (revenus)	21		
-Intérêts encaissés (revenus)	22		
-Intérêts débiteurs (dépenses)	23		
-Intérêts déboursés (dépenses)	24		
PLACEMENTS TEMPORAIRES			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	25		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant	26		
Échéance supérieure à 3 mois:			
- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	27		
- Placements effectués	28		
- Placements réalisés	29		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant (L27 + L28 - L29)	30		

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

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2014**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Non comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société Québécoise des Infrastructures (SQI) à titre de contrats de location-exploitation au lieu de contrats de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public	2011-2012	R	Aucune, car directive du MSSS			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						

Rapport à la gouvernance						

Reddition de comptes 2013-14

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Québec

Centre de santé et des services sociaux de Memphrémagog

REDDITION DE COMPTES

2013-2014

10 juin 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MEMPHRÉMAGOG

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les renseignements contenus dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2013-2014 du Centre de santé et des services sociaux de Memphrémagog :

- présentent les indicateurs, les engagements et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2013-2014.

Signé à Magog, le 10 juin 2014

Directrice générale par intérim

Chapitre III

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Direction générale :	**Coordination, financement, immobilisations et budget**

Priorité	*Résultats 2013-2014*	*État d'avancement des travaux*
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Entente de gestion et d'imputabilité signée.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation

Commentaires
Nouveau programme en 2013-2014. Les ajouts sont réalisés selon les nouvelles normes. L'établissement s'est doté d'une liste de projets à réalisés et qui seront financés par le maintien d'actif au fur et à mesure des besoins de remplacements. Plusieurs réalisations à ce jour 1-L'établissement a procédé à l'installation d'accessoires de toilette à faible consommation d'eau lors de l'agrandissement de 2013 pour les 14 nouvelles chambres de soin. 2-L'établissement a choisi de remplacer ses accessoires de toilettes pur la rénovation des 20 chambres de son unité de médecine chirurgie, projet en cour de réalisation en 2014. 3-L'établissement remplace progressivement les refroidisseurs des unités de réfrigération et de congélation des équipements de cuisine. À ce jour, 2 des 8 refroidisseurs ont été remplacés. 4-Un projet de refroidisseur de liquide lors des mi-saisons est en cours de réalisation. 5-Le climatisateur de la salle des serveurs sera remplacé en juin 2014. 6-Nous prévoyons remplacer 2 autres refroidisseurs des cuisines en 2015. 7-Une politique relative à la gestion et l'amélioration continue à l'égard de la consommation d'eau potable sera produite en 2014.

Nom : Pierre Boucher	**Date** : 2 juin 2014

Chapitre IV

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Santé publique***

Objectifs de résultats	Augmentation progressive jusqu'à l'atteinte du nombre moyen de visites à domicile prescrit par période de suivi dans le cadre de référence des SIPPE. Seuil non chiffré.

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.01.12B - Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatales), au cours de l'année de référence			
1.01.12B1 - Prénatale	0,54	0,50	0,52
1.01.12B2 - Postnatale 1	0,70	1,00	0,89
1.01.12B3 - Postnatale 2	0,31	0,50	0,40
1.01.12B4 - Postnatale 3	0,29	0,25	0,24

Commentaires

1.01.12B1 : Cible atteinte

1.01.12B2 : Bonne amélioration par rapport à l'année 2012-2013, nous poursuivons dans le même sens.

1.01.12B3 : Bonne amélioration par rapport à l'année 2012-2013, nous poursuivons dans le même sens.

1.01.12B4 : Cible pratiquement atteinte.

Noms : Alexandre Massicotte	**Date** : 6 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Santé publique***

Objectifs de résultats	Atteinte de l'engagement de l'année de référence (entente entre les établissements, les agences de santé et de services sociaux et le MSSS). Seuil non chiffré.

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.01.13 - Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	88,9 %	Suivi	64,7 %

Commentaires

1.01.13 : Soutien des actions de deux nouvelles écoles après la fin de l'année financière. (11/17) Demeure une difficulté d'intégration des écoles anglophones malgré le déploiement de nombreux efforts et l'utilisation de nouvelles stratégies.

Noms : Alexandre Massicotte	**Date** : 6 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Maladies infectieuses - Vaccination***

Objectif de résultats	90 % des enfants vaccinés en CSSS mission CLSC reçoivent leur 1re dose de vaccin DCaT-VPI-Hib (Pediacel) ou DCaT-HB-VPI-Hib (Infanrix-Hexa) en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) au cours de l'année de référence. 90 % des enfants vaccinés en CSSS mission CLSC reçoivent leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) au cours de l'année de référence.

Indicateurs	***Résultats* 2012-2013***	***Engagements 2013-2014***	***Résultats** 2013-2014***
1.01.14 - Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre DCaT-Polio Hib dans les délais	89,6 %	90 %	90,7 %
1.01.15 - proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	64,1 %	90 %	84,5 %

Commentaires	
1.01.15 : Bonne amélioration en 2013-2014 pour toute la vaccination 0-2 ans, nous poursuivons l'implantation locale d'un plan d'action élaboré régionalement visant l'amélioration de la couverture vaccinale.	
Nom : Alexandre Massicotte	**Date** : 6 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	*Services médicaux et infirmiers*

Objectifs de résultats	• 100 % des établissements de soins généraux et spécialisés doivent avoir un comité fonctionnel. Seuil fixé à 100 %. • 100 % des CHSGS ont adopté le programme de PCI. Seuil fixé à 100 %.

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.01.17 - Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Non réalisé	En place	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
1.01.18 - Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Non réalisé	Adopté	☐ Réalisé ☒ Non réalisé

Commentaires

1.01.17 : Nous avons un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel.

1.01.18 : Le programme a été révisé à l'hiver 2014 et a été adopté au CA du 6 mai 2014. Donc, à la prochaine reddition de compte, nous serons conformes.

Noms : Lise St-Pierre	**Date** : 6 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Contrôle des infections nosocomiales***

Objectifs de résultats	4.1.3 - Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.01.19.01 - Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - **diarrhées associées au Clostridium difficile**	6,10	4,40	2,80
1.01.19.02 - Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - **bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline**	0,00	0,56	0,00

Commentaires

1.01.19.01 : Nous travaillons activement à renforcer les pratiques de base et les pratiques additionnelles sur le terrain afin de limiter le plus possible la propagation des infections nosocomiales. Des tournées régulières à l'intérieur de l'établissement sont faites par la conseillère en prévention des infections. Nous assurons un suivi rigoureux des cas répertoriés à l'aide d'indicateurs.

1.01.19.02 : Nous travaillons activement à renforcer les pratiques de base et les pratiques additionnelles sur le terrain afin de limiter le plus possible la propagation des infections nosocomiales. Des tournées régulières à l'intérieur de l'établissement sont faites par la conseillère en prévention des infections. Nous assurons un suivi rigoureux des cas répertoriés à l'aide d'indicateurs.

Nom : Lise St-Pierre	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Hygiène et salubrité***

Objectif de résultats	À la fin de l'année 2012-2013, un résultat de 75 % doit être obtenu pour l'indicateur (trois premières étapes) au niveau provincial. Un résultat de 80 % doit être obtenu à la fin de 2013-2014 (quatre étapes), et 100 % à la fin de 2014-2015 (quatre étapes).

Indicateur	*Résultat* 2012-2013*	*Engagement 2013-2014*	*Résultat** 2013-2014*
2.02.02 - Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	80 %	17 %

Commentaires

2.02.02 : La structure et l'identification étant mises en place, il en demeure une priorité pour notre établissement d'implanter les 5 registres manquants. Les travaux de construction et l'agrément ont contribué à ralentir la capacité des unités à mettre le tout en application.

Nom : Pierre Boucher	**Date** : 6 mai 2014

* Résultats au plus tard le 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Services de soutien à domicile***

Objectif de résultats	2.4.2 - Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateur	*Résultat* 2012-2013*	*Engagement 2013-2014*	*Résultat** 2013-2014*
1.03.05.01 - Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	76 557	Augmentation	85 153

Commentaires
Réalisé

Nom : Marie-Josée Bertrand	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Réseaux de services intégrés***

Objectif de résultats	2.3.1 - Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateur	*Résultat* 2012-2013*	*Engagement 2013-2014*	*Résultat** 2013-2014*
1.03.06 - Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	83,1 %	75,0 %	83,8 %

Commentaires	
1.03.06 : La reddition de compte prévue pour le 30 mai 2014 démontre que l'objectif est atteint.	
Nom : Marie-Josée Bertrand	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Adaptation des services***

Objectif de résultats	2.3.2 - Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

Indicateur	*Résultat* 2012-2013*	*Engagement 2013-2014*	*Résultat** 2013-2014*
1.03.09 - Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	75 %	100 %
1.03.07 - Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	n.d.	50 %	46,9 %

Commentaires	
1.03.09 : Fait 1.03.07 : L'ensemble des 6 composantes sont en déploiement. Les composantes 1 et 2 sont finalisées. Bonne évolution, malgré les travaux majeurs de rénovation à l'unité de médecine.	
Nom : Nancy Beaulieu	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Services sociaux et de réadaptation***

Objectifs de résultats	3.1.1 - Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.45.04.01 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	97,6 %	90%	100 %
1.45.04.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	n.a.	90%	n.a.
1.45.04.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	100 %	90%	100 %
1.45.04.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	95 %	90%	100 %
1.45.05.01 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE ITELLECTUELE ET TED - TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	100 %	90%	72,7 %
1.45.05.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	n.a.	90%	n.a.
1.45.05.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	100 %	90%	100 %
1.45.05.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	100 %	90%	62,5 %

Commentaires
1.45.05.01 : Il n'y a pas d'attente réelle de la clientèle. Les clients visés par ce calcul ont été dirigés au SAPA pour répondre au service requis. L'objet initial de la demande de service servant au calcul a été corrigé après la fermeture de l'année financière. 1.45.05.04 : Il n'y a pas d'attente réelle de la clientèle. Les clients visés par ce calcul ont été dirigés au SAPA pour répondre au service requis. L'objet initial de la demande de service servant au calcul a été corrigé après la fermeture de l'année financière.

Nom : Marie-Josée Bertrand et Alexandre Massicotte	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	*Les jeunes et leurs familles*

Objectifs de résultats	EGI MSSS-Agence 2013-2014, Chapitre 3 priorités régionales, page 10

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.06.11 - Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert.	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé

Commentaires
Réalisé

Nom : Alexandre Massicotte	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance***

Objectifs de résultats	2.2.5 - Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire
	2.2.6 - Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves
	2.2.7 - Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.08.09 - Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	720	610	823
1.08.05 - Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	51,5	69,0	49,5
1.07.05 - Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie ou en jeu pathologique, offerts par les CSSS	87	48	109

Commentaires	
1.08.05 : Vase communiquant avec le 1.08.09, augmentation de la clientèle en 1ère ligne desservie par la même équipe. Augmentation des cas de Soutien Intensif mobilisant nos ressources humaines sans pour autant générer plus d'interventions. (respect du cadre normatif). Nous soutenons des actions qui pourraient être rendues par des organismes communautaires si nous en avions sur notre territoire, ce qui a un impact sur la durée de l'intervention sans toutefois généré d'intervention supplémentaire.	
Nom : Alexandre Massicotte	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Urgences***

Objectifs de résultats	3.1.6 - Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence[1] pour les personnes sur civière [1] Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.09.31 - Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	9,2 %	< 13,0 %	10,9 %
1.09.03 - Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	0,8 %	0,0 %	1,1 %
1.09.01 - Séjour moyen sur civière (durée, en heures)	9,3	< 7,6	10,1

Commentaires

1.09.03 : Augmentation du nombre de patients sur civière avec besoin d'hospitalisation et débordement, lits non disponibles en raison des travaux.

1.09.01 : Travaux en cours sur différentes causes tel que grands utilisateurs, soutien aux résidences privées. Note une augmentation dans la gravité des cas par l'augmentation des P2-P3 de 5%

Nom : Nancy Beaulieu	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Médecine et chirurgie***

Objectifs de résultats	3.1.3 - Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
	3.1.5 - Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.09.20.03 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	100 %	90 %	100 %
1.09.20.04 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	98 %	90 %	99 %
1.09.20.05 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	100 %	90 %	100 %
1.09.33.01 - Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	80 %	70 %	68,8 %

Commentaires	
Cibles pratiquement atteintes	
Nom : Nancy Beaulieu	**Date** : 6 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Chirurgie***

Objectifs de résultats	La cible est : 0 chirurgie en attente depuis plus de 1 an.

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.09.32 - Nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus de 1 an			
1.09.32.03 - Chirurgie de la cataracte	0	0	0
1.09.32.04 - Chirurgie d'un jour (excluant cataractes)	0	0	0

Commentaires	
Aucune attente	
Noms : Nancy Beaulieu	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Imagerie médicale***

Objectifs de résultats	EGI MSSS-Agence 2013-2014, Chapitre 3 priorités régionales, page 11

Indicateurs	***Résultats* 2012-2013***	***Engagements 2013-2014***	***Résultats** 2013-2014***
1.09.34 - Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale.	96,4 %	100 %	74,4 %
1.09.35 - Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins.	99,5 %	100 %	99,0 %
1.09.36 - Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie.	98,1 %	100 %	94,1 %
1.09.37 - Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins.	76,7 %	100 %	80,3 %

Commentaires

1.09.34 : Respect des délais pour la majorité des cas, sauf pour les échos mammaires suite aux mammographies faites par les cliniques privées (attente du CD) et les échos cardiaques à cause de l'absence du cardiologue pour lequel il y a un plan d'amélioration en cours.

1.09.35 : Cible pratiquement atteinte.

1.09.36 : Respect des délais pour la majorité des cas, sauf pour les échos cardiaques à cause de l'absence du cardiologue pour lequel il y a un plan d'amélioration en cours.

1.09.37 : Les délais sont dus à l'approbation des rapports par les médecins qui ne sont pas à temps complet dans l'établissement. Au dernier trimestre, nous terminons avec un taux de 80.3 %, ce qui est nettement supérieur à nos résultats précédents.

Nom : Edith Grégoire	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Rétention et mieux-être au travail***

Objectifs de résultats	5.2.1 - Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 - Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
3.14 - Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
3.13 - Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Non réalisé	Réalisé	☐ Réalisé ☒ Non réalisé
3.01 - Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,09 % (P12)	< 5,70 %	6,36 % (P12)
3.10 - Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé

Commentaires

3.13 : Considérant l'approche de consolidation des projets dans l'organisation, nous avons choisi de travailler à optimiser le travail des gestionnaires afin que cette fonction devienne un élément moteur au sein du climat de travail au CSSS de Memphrémagog. Inspirés de revues de la littérature, nous savons que l'amélioration du climat de travail sera possible, notamment par la gestion de la proximité rendue concrète lorsque le management des cadres sera amélioré. D'autant que l'organisation fait vivre, au fil des ans, des cultures de civilité, de coresponsabilité, de collaboration, etc. Cette démarche s'inscrit dans une planification triennale.

3.01 : Structure de poste insuffisante, médecin doublon à l'urgence, annulation de journée de chirurgie, l'agrément, les développements SAPA sont autant d'éléments contribuant à l'épuissement des effectifs, et ce, malgré une GIPT plus active et une vigie plus serrée des cas.

Nom : Chantal Pellerin	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau***

Objectifs de résultats	5.1.3 - Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4 - Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail
	5.1.5 - Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6 - Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs	***Résultats* 2012-2013***	***Engagements 2013-2014***	***Résultats** 2013-2014***
3.08 - Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
3.09 - Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
3.05.01 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	3,60 % (P12)	< 3,92 %	3,10 % (P12)
3.05.02 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,85 % (P12)	< 2,31 %	2,59 % (P12)
3.06.01 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,32 % (P12)	< 0,26 %	0,21 % (P12)
3.06.02 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,23 % (P12)	< 0,15 %	0,35 % (P12)
3.06.03 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,15 % (P12)	< 0,08 %	0,13 % (P12)
3.06.04 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	n.a.	0,00 %	n.a.

Commentaires

3.05.02 : Structure de poste insuffisante, médecin doublon à l'urgence, annulation de journée de chirurgie, l'agrément, les développements SAPA sont autant d'éléments contribuant au manque d'effectifs temporaires. Nous travaillons actuellement sur des pistes de solution avec la liste de rappel dans un objectif de meilleure planification.

3.06.02 : Structure de poste insuffisante, médecin doublon à l'urgence, annulation de journée de chirurgie, l'agrément, les développements SAPA sont autant d'éléments contribuant au manque d'effectifs temporaires. Nous travaillons actuellement sur des pistes de solution avec la liste de rappel dans un objectif de meilleure planification.

3.06.03 : Structure de poste insuffisante, médecin doublon à l'urgence, annulation de journée de chirurgie, l'agrément, les développements SAPA sont autant d'éléments contribuant au manque d'effectifs temporaires. Nous travaillons actuellement sur des pistes de solution avec la liste de rappel dans un objectif de meilleure planification.

Nom : Chantal Pellerin	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Services médicaux et infirmiers***

Objectifs de résultats	2.1.3 - Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
3.07 - Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	1	Suivi	2

Commentaires	
2 eme IPS-PL entrée en fonction en avril 2013	
Noms : Lise St-Pierre	**Date** : 6 mai 2014

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Désencombrement des urgences***

Objectifs de résultats	S'assurer que, quotidiennement, trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS soient : • en processus ou en attente d'évaluation et d'orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers (unité transitoire de réadaptation fonctionnelle); • en attente d'une place en centre d'hébergement et de soins de longue durée (excluant la santé mentale); • en attente de réadaptation; • en attente d'une RNI (excluant la santé mentale); • en attente d'une place de convalescence; • en attente de services de soins palliatifs; • en attente d'une place d'hébergement de longue durée en santé mentale.

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
4.01.01 - Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	< 3	0,5
4.01.02 - Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	< 3	0,4
4.01.03 - Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	< 3	0,0
4.01.04 - Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	< 3	2,9
4.01.05 - Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	1,2	< 3	3,1
4.01.06 - Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	0,0	< 3	0,0
4.01.07 - Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	< 3	0,0

Commentaires	
4.01.05 : Les lits d'hébergement ouverts sont complets. Il reste 24 lits à ouvrir pour lesquels nous aurons le financement à l'ouverture. Toutefois, nous sommes en recrutement de médecin pour couvrir ces lits.	
Noms : Marie-Josée Bertrand	**Date** : 6 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013

Un milieu de travail

STIMULANT

Un milieu de vie exceptionnel
Une communauté chaleureuse et généreuse

Un centre de santé et de services sociaux avec des gens passionnés et toujours prêts à relever les défis. C'est le lieu idéal pour débuter ou poursuivre votre carrière.

Memphrémagog
C'est pour MOI!

UNE RÉGION EXCEPTIONNELLE

UNE QUALITÉ DE VIE RECHERCHÉE

DES GENS PASSIONNÉS

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Siège social
50, rue St-Patrice Est
Magog (Québec) J1X 3X3
Téléphone : 819 843-2572
Sans frais : 1 800 268-2572
Télécopieur : 819 843-3240

Point de service de Stanstead
435, rue Dufferin
Stanstead (Québec) J0B 3E2
Téléphone : 819 876-7521
Télécopieur : 819 876-7215

Point de service de Mansonville
314, rue Principale, C.P. 399
Mansonville (Québec) J0E 1X0
Téléphone : 450 292-3376
Télécopieur : 450 292-4404

www.csssm.santeestrie.qc.ca