Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska





2013 2014

UN CSSS AU SERVICE DE TOUTES LES GÉNÉRATIONS

Le Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska agit au quotidien pour la santé et le mieux-être en dispensant des soins et des services auprès d'une clientèle variée de tous les âges.

C'est pourquoi quatre générations de la grande famille de M. Louis G. Choinière figurent en page couverture du Rapport annuel 2013-2014.

Le 1^{er} janvier dernier, l'arrière-petite-fille de M. Choinière, Cali Picken, était le premier bébé de l'année à naître à l'Hôpital de Granby. Un mois plus tard, en février 2014, une résidence d'hébergement pour des personnes en perte d'autonomie était inaugurée en l'honneur de M. Choinière. Cette marque de reconnaissance se voulait un hommage à ce bénévole émérite afin de souligner son implication au cours des 17 dernières années au sein de la Fondation Horace-Boivin qui œuvre à développer et à maintenir des places en hébergement.

Sur la photo figurent les membres de la famille des quatre générations : M. Louis G. Choinière, sa fille, Mme Ginette Choinière, sa petite-fille, Mme Stéphanie Duchesne et la petite Cali Picken.

Crédit photo : Élise Racine



TABLE DES MATIÈRES

Message du directeur général et du président du Conseil d'administration 04	Information et consultation de la population	42
·	Bilan du commissaire local aux plaintes	
Déclaration de fiabilité 07	et à la qualité des services	43
Rapport de la direction 07	Conseils et comités	44
Structure organisationnelle 08	Conseil des médecins, dentistes	40
Chefs de département et de service12	et pharmaciens	
Établissement, organisation et territoire 12	Conseil multidisciplinaire	46
Caractéristiques de la population et principales données de santé 13	Conseil des infirmières et des infirmiers	47
Planification stratégique 2011-2015 16	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	48
Direction programme santé physique 20	Comité des usagers	48
Direction des services professionnels 21	Comité de la vigilance	
Direction programmes santé mentale,	et de la qualité	
famille-enfance-jeunesse, santé publique et services multidisciplinaires 23	Comité de gestion intégrée des risques	50
Direction programme personnes	Comité d'éthique clinique	52
en perte d'autonomie 26	Comité d'éthique de la recherche	53
Direction programme personnes hébergées 28	Comité des ressources humaines	53
Direction des soins infirmiers29	Bénévolat	53
Direction des ressources humaines	Ressources humaines au CSSSHY	54
et du développement organisationnel 29	Fondation du Centre hospitalier de Granby	54
Direction des services techniques 30	Fondation Horace-Boivin	55
Direction des communications et des relations publiques 32	États financiers et analyse des résultats des opérations	56
Direction des ressources financières et informationnelles32	État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant	
Entente de gestion et d'imputabilité 33	·	, ,
Agrément 41	Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	71
Sécurité des soins et des services 41	Lieux de soins et de services	75

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'année 2013-2014 aura été une année de continuité. Continuité, puisque tous les acteurs du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Haute-Yamaska se sont mobilisés pour poursuivre les initiatives amorcées dans le cadre de la planification stratégique lancée en 2011.

Ce rapport annuel met en lumière les principaux accomplissements réalisés par les employés et les médecins en collaboration avec tous nos partenaires.

Dans un premier temps, l'atteinte renouvelée de notre équilibre budgétaire depuis cinq ans démontre la gestion saine et efficace de nos ressources humaines et financières. Notre organisation jouit d'une position enviable lui donnant l'opportunité de consolider ses bases afin d'offrir une prestation de service enrichie à la population du CSSS de la Haute-Yamaska.

De nombreux projets

En 2013-2014, la continuité s'est traduite par la mise en chantier de projets d'amélioration continue dans divers secteurs de notre organisation. Visant à éliminer les actions qui offrent peu de valeur aux usagers ou qui font obstacle à la fluidité du travail, ces projets sont le fruit d'une collaboration exceptionnelle des équipes sur le terrain.

À titre d'exemple, on note des progrès notoires concernant les délais d'attente pour une chirurgie. Ainsi, dans un délai de six mois, pour une chirurgie de la hanche ou du genou, 80 % des patients ont subi leur intervention et 96 % des patients ont bénéficié d'une chirurgie de cataracte.

De même, l'optimisation des services à domicile s'est poursuivie et les résultats qui en découlent sont significatifs. Depuis 2010, le nombre d'usagers pris en charge a augmenté de 22 %, le nombre d'interventions professionnelles effectuées a fait un bond de 39 % et le nombre d'heures consacrées directement à la clientèle a progressé de 54 %. Le CSSS a largement dépassé les objectifs d'amélioration qu'il s'était fixé.



Afin d'être à la fine pointe de la technologie, le CSSS s'est doté d'un nouveau système d'archivage, de distribution et de visualisation des clichés d'imagerie médicale et de médecine nucléaire. Ce système, implanté au coût de 1,2 MS, améliore grandement la qualité des images et l'accès à celles-ci, ce qui contribue à enrichir le travail de l'équipe médicale et à en faciliter le diagnostic.

Au cours de la dernière année, les membres d'une équipe multidisciplinaire (ECLOC) ont conjugué leurs efforts et leurs interventions afin de réduire les temps d'attente sur civière et l'on constate, notamment une élimination quasi totale des délais de 24 h à 48 h. Par ailleurs, cette année encore, la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence a connu une réduction appréciable, passant d'une moyenne de 15,5 h en 2012-2013 à 14,6 h en 2013-2014. Ce résultat fort enviable par rapport à la moyenne montérégienne (16,7 h) nous a permis, entre autres, d'obtenir la cote B+ au palmarès des urgences du Québec.



De même, des ententes avec les groupes de médecine familiale (GMF) ont été réalisées afin d'améliorer le référencement et la réorientation des clientèles de priorité 4 et 5 ne nécessitant pas des services spécialisés de l'urgence vers leur GMF respectif.

Enfin, il faut aussi souligner le remplacement de 15 hémodialyseurs et une révision en profondeur des processus, permettant ainsi d'augmenter l'accessibilité aux services d'hémodialyse pour la clientèle de la Haute-Yamaska.

Bonifier notre offre de service

En collaboration avec la Fondation Horace-Boivin, deux nouvelles ressources intermédiaires, Le Romarin et le Pavillon Louis G. Choinière, ont vu le jour au cours de l'exercice. Desservant respectivement une clientèle ayant des problèmes de santé mentale et en perte d'autonomie, ces résidences complètent l'offre actuelle du CSSS qui compte plus de 400 places en hébergement.

Par ailleurs, des travaux d'agrandissement du Centre d'hébergement Villa-Bonheur, évalués à plus de 7 M \$, sont amorcés. Ces nouveaux aménagements, qui se termineront en 2015, permettront d'offrir des espaces de vie plus confortables et sécuritaires, tout en améliorant l'intimité et le quotidien des résidents.

De même, le CSSS a procédé à des réaménagements majeurs et à une réorganisation du travail au centre de prélèvements. Inaugurés au début avril 2014, ces nouveaux locaux, plus spacieux et ergonomiques, réduiront de façon importante les délais d'attente en plus d'assurer une plus grande accessibilité, sécurité et confidentialité aux usagers. Également, le CSSS a amorcé des travaux au montant de 1,4 M\$ visant à revitaliser l'unité de retraitement des déchets médicaux (URDM).

De plus, avec le vieillissement de la population, il est important d'adapter nos pratiques. À ce propos, notre organisation a poursuivi le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Ainsi, le patient âgé hospitalisé est encouragé à poursuivre ses activités de façon autonome afin de faciliter son retour à la maison. Cette approche permet à la fois de diminuer la durée de séjour tout en maintenant l'autonomie de la personne âgée dans le respect et la dignité.

En collaboration avec les partenaires locaux et des organismes communautaires, le CSSS a également consolidé son offre de service pour les activités de jour pour la clientèle de 21 ans et plus ayant une déficience intellectuelle. La mise en place d'une programmation d'activités sociorécréatives vise à maintenir les acquis et à favoriser la participation sociale des usagers.

À titre de CSSS Promoteur de santé, nous avons notamment poursuivi notre engagement envers les jeunes afin qu'ils développent de saines habitudes de vie. Par exemple, avec le programme École en santé, nous avons investi temps et argent afin d'outiller et de soutenir le milieu par la mise sur pied d'activités de prévention et de promotion de la santé, tant auprès des élèves du primaire que du secondaire.

Des bons coups

Encore une fois, le CSSS a augmenté de façon significative la couverture vaccinale chez les clientèles ciblées, avec 13 000 personnes vaccinées contre la grippe saisonnière. Quant à la vaccination chez les enfants âgés de 0 à 5 ans, le CSSS se démarque par son taux de vaccination supérieur à la moyenne montérégienne en se rapprochant le plus près de la cible exigée par le ministère.

Aussi, notre organisation a été nommée grande gagnante dans la catégorie Services de soutien au Prix de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) avec son programme de gestion des déchets. Depuis 2012, ce programme unique en son genre dans le réseau de la santé et des services sociaux regroupe et améliore de nombreuses politiques et procédures internes et encadre à lui seul, selon les meilleures pratiques, la gestion des déchets.

Le CSSS a reçu de grands honneurs en remportant un Grand Prix santé et sécurité du travail pour son projet de réaménagement ergonomique et sécuritaire d'une salle de bain au Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture. Les changements ont permis de réduire considérablement les risques, en plus d'améliorer la qualité des soins offerts aux résidents.

Des partenaires de la première heure

La Fondation du Centre hospitalier de Granby et la Fondation Horace-Boivin représentent deux alliés de taille pour notre organisation. Alors que nous visons l'excellence dans notre prestation de service, ces partenaires de la première heure nous permettent de réaliser plusieurs projets et de moderniser de nombreux équipements, et ce, au bénéfice des usagers du CSSS. Dans le contexte budgétaire actuel et compte tenu des besoins grandissants de la population, leur apport est indéniable et nous aide à rehausser la qualité de nos soins et de nos services.

Notre capital humain

résultats Ces seraient pas possibles professionnalisme sans le travail. le et le dévouement de l'ensemble de nos 2000 employés et de presque 200 médecins. Soucieux de les reconnaitre, nous avons lancé la première édition des Prix d'Excellence.

Par ailleurs, les résultats du sondage d'Agrément Canada sur la mobilisation du personnel réalisé à l'été 2013 notent des progrès significatifs pour les six indicateurs de mobilisation (réalisation, implication, collaboration, soutien, communication et leadership). Entre autres, notons une augmentation de 10 % des résultats en 2013 par rapport à ceux de 2010, pour ce qui est du soutien, de la communication et du leadership et de 9 % pour l'implication. Un groupe de travail est à l'œuvre pour mettre en place les actions nécessaires pour améliorer les résultats lors du prochain sondage.

désirons En terminant, nous remercier chaleureusement les membres du personnel, les médecins et les bénévoles du CSSS de la Haute-Yamaska. Nous sommes privilégiés de côtoyer ces personnes inspirantes, professionnelles et dédiées. Nous désirons aussi souligner le travail et l'apport remarquables des membres du Conseil d'administration qui, bénévolement, quident et conseillent la direction afin d'améliorer la prestation des soins et des services à notre population. Une pensée particulière pour Me Gabriel Gaudet, un homme très impliqué auprès de sa communauté et apprécié des siens, qui nous a quittés à l'âge de 63 ans.

Jean-Marc Savoie

(Laure

Yves Fortin



DÉCLARATION DE FIABILITÉ

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska :

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

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

Rémi Brassard

Directeur général par intérim de l'établissement

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction soit identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

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

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il 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, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour ce faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

Rémi Brassard

Directeur général par intérim

Jonanne Dore

Directrice des ressources financières et informationnelles

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

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

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE Conseil d'administration

Comité exécutif



M. Jean-Marc Savoie Président



M. Guy Vincent Premier vice-président



Mme Jocelyne Racine Seconde vice-présidente



Mme Carolle Ferland Trésorière



M. Yves Fortin Secrétaire et directeur général



M^{me} Julie Bourdon-Richard



M^{me} France Couture



M. David Dupont





M^{me} Juliette Dupuis M. Georges-Edward Godfrey



M. Olivier Guern



Mme France Hébert



M^{me} Gisèle Lacoste



M. Sylvain Lambert



M. Pierre Péloquin



Dre Lise Rodrigue



M. Paul Sarrazin



Mme Joseph-Anne St-Hilaire

Comité de direction



M. Yves Fortin Directeur général



M. Rémi Brassard Directeur général adjoint



D^r **Michel Poirier** Direction des services professionnels



M. Jean-Pierre Beaudry
Direction programme personnes
en perte d'autonomie. Direction des
soins infirmiers par intérim



M. André Bergeron
Direction des ressources
humaines et du développement
organisationnel



Mme Chantal Gariépy
Direction programmes santé mentale,
famille-enfance-jeunesse, santé
publique et services multidisciplinaires



M^{me} Johanne Doré
Direction des ressources
financières et informationnelles



M^{me} Martine Gendron Direction programme personnes hébergées



M. Denis Dubé
Direction des communications
et des relations publiques

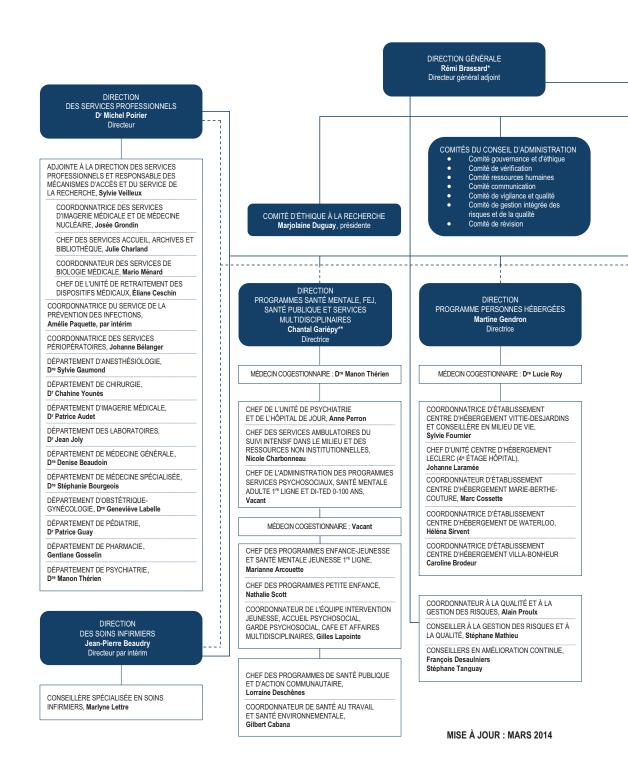


M^{me} Odette G. Morin Direction programme santé physique

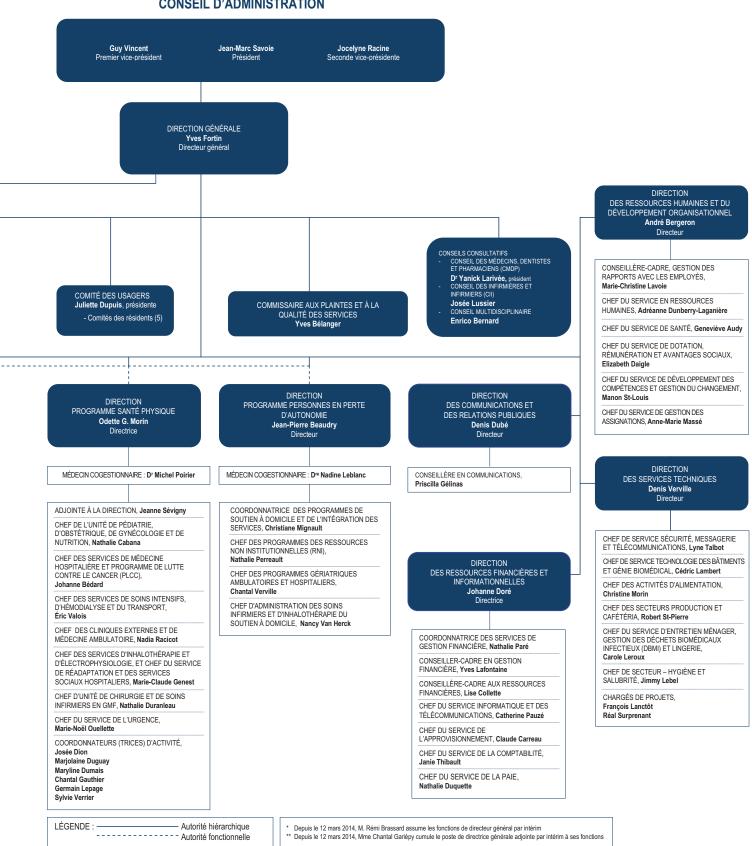


M. Denis Verville
Direction des services techniques

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



CONSEIL D'ADMINISTRATION



CHEFS DE DÉPARTEMENT ET DE SERVICE

Département	D ^r Sylvie Gaumond
d'anesthésiologie	D Sylvie Gaoilloild
Département de chirurgie	D' Chahine Younès
Service de chirurgie générale	D ^r Benoît Bellemare
Service d'orthopédie	D' Luc Rodrigue
Service d'ophtalmologie	D ^r Côme Fortin
Département des laboratoires	D ^r Jean Joly
Département de médecine spécialisée	D ^{re} Stéphanie Bourgeois
Service de médecine interne	D ^{re} Stéphanie Bourgeois (par intérim)
Département de médecine générale	D ^{re} Denise Beaudoin
Service de gériatrie	D ^{re} Marie-Claude Risler
Service des soins palliatifs	D ^{re} Isabel Mayrand
Service de l'urgence	D' Yves Leduc
Service des soins intensifs	D ^{re} Denise Beaudoin (par intérim)
Service mère-enfant	D ^{re} Slavica Aleksic
Service d'hospitalisation	D ^{re} Marie Cartier
Département d'obstétrique-gynécologie	D ^{re} Geneviève Labelle
Département de pédiatrie	D' Patrice Guay
Département de pharmacie	M ^{me} Gentiane Gosselin, B. Pharm., M. Sc.
Département de psychiatrie	D ^{re} Manon Thérien
Service de psychiatrie interne et de gériatrie	D ^{re} Marie-Hélène Trudeau
Service de psychiatrie externe	Dre Nancy Bédard
Service de pédopsychiatrie	D ^{re} Marie-Claude Bourassa
Département d'imagerie médicale	D' Patrice Audet

ÉTABLISSEMENT, ORGANISATION ET TERRITOIRE

La santé et le mieux-être de la population du territoire local sont de la responsabilité du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska (CSSSHY). Celui-ci est issu de la fusion du centre local de services communautaires (CLSC), des cinq centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de l'Hôpital de Granby.

L'équipe est formée de 1 937 employés, dont 13 pharmaciens, ainsi que de 87 médecins omnipraticiens, de 100 médecins spécialistes et de 2 chirurgiens-dentistes.

De nombreux partenaires locaux des milieux scolaires, communautaires et municipaux, des entreprises, des cliniques privées et des groupes de médecine familiale contribuent aussi à la réalisation de la mission du CSSSHY.

La capacité d'hébergement est de 150 lits de courte durée, 303 lits de longue durée et de 244 places en ressources non institutionnelles (incluant les achats de places).

Mission

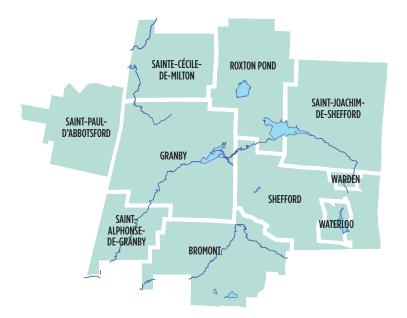
Exerçant sa responsabilité populationnelle, le CSSSHY a pour mission d'offrir des soins et des services visant le maintien et l'amélioration de l'état de santé et du bienêtre, en élaborant une programmation intégrée de soins et de services adaptée aux besoins prioritaires de la population de son territoire. Cette responsabilité est partagée avec chaque citoyen et les différents intervenants du réseau local de services de santé et de services sociaux.

Territoire et installations

Le territoire du CSSSHY comprend 10 municipalités : Bromont, Granby, Roxton Pond, Saint-Alphonse-de-Granby, Saint-Joachim-de-Shefford, Sainte-Cécile-de-Milton, Saint-Paul-d'Abbotsford, Shefford, Warden et Waterloo.

Le CSSSHY regroupe 14 installations:

- Hôpital de Granby et Centre d'hébergement Leclerc
- · Centre Laurier (services financiers)
- Centre Providence (services externes de psychiatrie)
- Santé et sécurité au travail
- CLSC Bromont
- CLSC Notre-Dame
- CLSC Saint-Joseph
- CLSC Waterloo
- CLSC Yvan-Duquette
- Centre Saint-Jacques (suivi intensif dans le milieu)
- · Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture
- · Centre d'hébergement Villa-Bonheur
- Centre d'hébergement de Waterloo
- · Centre d'hébergement Vittie & Desjardins



CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET PRINCIPALES DONNÉES DE SANTÉ

Réseau local de services de la Haute-Yamaska (RLS)

1. Conditions démographiques

Selon les estimations démographiques de l'Institut de la statistique du Québec, en 2013, le RLS compte près de 99 000 personnes dont plus de 27 000 en milieu rural¹. Il s'agit du septième territoire en importance en Montérégie quant à la taille de sa population (6,6 %), du septième territoire quant à sa superficie et du septième territoire quant à sa densité de population. La population du RLS s'est accrue de 15,5 % entre 2003 et 2013, soit une augmentation supérieure à celle de la Montérégie (12,2 %).

La répartition selon l'âge de la population du RLS de la Haute-Yamaska est relativement semblable à celle de la Montérégie. En 2013, la proportion de jeunes de moins de 18 ans (19 %) et celle de personnes âgées de 65 ans et plus (17 %) sont comparables à celles de la Montérégie (20 et 16 % respectivement).

Néanmoins, à l'instar du Québec et de la région, le RLS n'échappera pas au vieillissement de sa population. Entre 2013 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 17 % à 28 %.

Le vieillissement de la population se produit à un rythme plus rapide sur le territoire de la Haute-Yamaska qu'en Montérégie. Entre 2013 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 66 % dans le RLS comparativement à 56 % en Montérégie. À cet égard, le RLS de la Haute-Yamaska est l'un des RLS de la Montérégie où le vieillissement de la population sera le plus rapide.

2. Conditions socioéconomiques et culturelles

Dans l'ensemble, le RLS présente un profil socioéconomique similaire à celui de la région. Comparativement à la Montérégie, le RLS compte autant de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (9 % c. 9 % en 2010) et un taux d'emploi équivalent (63 % c. 63 % en 2011), mais affiche une proportion plus élevée de personnes sous-scolarisées (24 % c. 19 % en 2011).

¹ Selon le recensement de 2011.

Définis selon la première langue officielle parlée.

La proportion de personnes d'expression anglaise² du RLS (4 %) est plus faible que celle de la Montérégie (11 %). Selon le Recensement de 2011, leur nombre s'élève à 3 660 personnes, soit 2 % de la population d'expression anglaise de la Montérégie.

En 2011, on dénombre 3 460 immigrants sur le territoire, soit 4 % de la population du RLS et 3 % des immigrants de la Montérégie.

3. Espérance de vie

En 2005-2009, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui résident sur le territoire s'élève à 81 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance plus élevée que celle des hommes (83,2 ans c. 78,6 ans), quoique l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec le temps.

4. Nouveau-nés

En 2010, les femmes du RLS ont donné naissance à 1 058 enfants et le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,86. Pour la période 2006-2010, 7,1 % des nouveau-nés étaient prématurés (moins de 37 semaines) et 8,2 % des naissances (non gémellaires) avaient un faible poids pour l'âge gestationnel. Depuis le début des années 1980, la proportion de naissances de faible poids pour l'âge gestationnel a diminué et la proportion de bébés prématurés a augmenté. Pour la période 2006-2010, 4,5 % des nouveau-nés avaient une mère faiblement scolarisée (moins de 11 ans de scolarité) et 4,1 %, une mère âgée de moins de 20 ans. La proportion de bébés ayant une mère faiblement scolarisée est significativement inférieure à celle observée à l'échelle de la province.

5. Santé physique

5.1. Les tumeurs

En 2005-2009, 34 % des décès enregistrés dans le RLS de la Haute-Yamaska sont attribuables aux tumeurs malignes. Avec une moyenne de 218 décès par année, les tumeurs malignes figurent au premier rang des causes de décès.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. Dans le RLS, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 323 à 572 entre les périodes 1991-1995 et 2006-2010. Le

taux d'incidence, en augmentation depuis 1996-2000, est significativement supérieur à celui du Québec pour les périodes 2001-2005 et 2006-2010. Par ailleurs, pour la période 2006-2010, les taux d'incidence du cancer colorectal, du poumon et de la prostate sont significativement plus élevés que ceux du Québec.

On compte 746 hospitalisations en 2011-2012 pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 10 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée.

5.2. Les maladies de l'appareil circulatoire

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

En 2009-2010, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque, ce qui représente près de 3 660 personnes sur le territoire de la Haute-Yamaska. Chez les Montérégiens de 65 ans et plus, cette proportion grimpe à 16 %.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, le nombre de personnes âgées de 20 ans et plus atteintes d'hypertension artérielle est passé de 9 676 à 17 735 personnes, soit une augmentation de 81 %. Au cours de cette même période, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle a augmenté d'environ 29 % dans le RLS. Depuis 2004-2005, la prévalence ajustée de l'hypertension artérielle est significativement plus faible dans le RLS qu'au Québec. En 2010-2011, la prévalence brute de l'hypertension artérielle se chiffre à 23 % dans le RLS.

En 2011-2012, 19 % des hospitalisations de la population du RLS en soins physiques de courte durée – soit 1 376 hospitalisations – sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Pour cette même période, le taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus élevé dans le RLS qu'au Québec.

5.3. Les maladies de l'appareil respiratoire

Selon les dernières données disponibles, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 8% des décès et de 11% des hospitalisations de la population du RLS. Le taux de mortalité (56 pour $100\,000$) est significativement inférieur à celui du Québec (65 pour $100\,000$).

En 2009-2010, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 4 % des Montérégiens de 35 ans

et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, ce qui représente respectivement 7 130 et 2 030 personnes à l'échelle du RLS.

5.4. Le diabète

Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a plus que doublé depuis 2000-2001, pour atteindre 6 421 personnes en 2010-2011.

Entre 2000-2001 et 2010-2011, la prévalence ajustée du diabète a augmenté d'environ 40 % dans le RLS. Fort heureusement, cette hausse de la prévalence ne s'accompagne pas d'une hausse de la mortalité due au diabète. Au contraire, depuis le début des années 2000, la mortalité ne cesse de diminuer chez les diabétiques. Cette baisse de la mortalité contribue d'ailleurs à l'augmentation de la prévalence du diabète³.

Depuis 2006-2007, la prévalence ajustée du diabète est significativement plus faible dans le RLS qu'au Québec.

En 2010-2011, la prévalence brute du diabète se chiffre à 8.6 % dans le RLS.

5.5. Quelques facteurs de risque

En 2009, les adultes du RLS de la Haute-Yamaska vivant en ménage privé présentent les facteurs de risque suivants :

- environ 46 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour;
- environ 31 % des adultes pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine, une valeur significativement plus faible que celle de la Montérégie;
- environ 22 % des adultes fument tous les jours ou à l'occasion;
- environ 55 % des adultes présentent un surplus de poids, soit 41 % de l'embonpoint et 15 % de l'obésité.

6. Santé mentale/psychosociale

En 2011-2012, on dénombre 430 hospitalisations pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

En 2005-2009, le nombre annuel moyen de suicides s'élève à 14 personnes sur le territoire de la Haute-Yamaska. Le taux de mortalité par suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

3 Institut national de santé publique. Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1239_TendancesDiabete2000-2001A2006-2007.pdf

7. Jeunesse

En 2012-2013, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 1 041 signalements concernant les enfants du RLS, soit une augmentation de 112 % par rapport à 2002-2003. Le nombre de signalements retenus a lui aussi augmenté pour se chiffrer à 404 en 2012-2013. Depuis 2007-2008, les abus physiques et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Les nouvelles prises en charge au nombre de 91 représentent 23 % des signalements retenus en 2012-2013.

En Montérégie, en 2010-2012, le taux de grossesse chez les adolescentes se situe à 9,2 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans. À l'échelle du RLS, cela représente en moyenne 20 grossesses par année.

8. Un portrait à nuancer

Un portrait global⁴ comme celui-ci peut difficilement traduire adéquatement la réalité de l'état de santé de la population du territoire. On s'assurera donc que l'identification des besoins de santé tienne compte le plus possible des disparités démographiques, socioéconomiques et de santé qui prévalent sur le territoire.



⁴ Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2014). Synthèse du portrait type du RLS de la Haute-Yamaska, http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/ surveillance-etat-sante/portrait-type-territorial.fr.html (page consultée le 5 mai 2014).

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2011-2015

L'exercice qui se termine marque une étape importante dans la réalisation du plan stratégique 2011-2015 du CSSSHY.

Lancé en 2011, ce plan ambitieux, porteur de notre mission, de nos valeurs et de notre, vision allait animer tout le personnel afin de mieux servir la population de notre territoire. S'ajoutent à cela des enjeux, des axes d'intervention et des objectifs concrets permettant à l'organisation de réaliser sa responsabilité populationnelle. Force est de constater que l'organisation est en voie de compléter ce plan avec succès.

En toile de fond, des valeurs qui transcendent l'organisation : un service centré sur l'usager, une responsabilité partagée par le personnel, une équipe mobilisée pour rechercher et atteindre les plus hauts standards de qualité et de sécurité des soins et des services et la responsabilité d'agir avec rigueur et imputabilité.

Mais surtout au premier plan, cinq enjeux stratégiques qui rallient le personnel, les médecins et la communauté.

À titre d'acteur et en collaboration avec les partenaires locaux, le CSSS fait preuve de leadership afin d'améliorer l'état de santé de la population du territoire. Ainsi, dans le cadre de ce plan stratégique, le CSSS poursuit ses initiatives afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins et des services, notamment en première ligne. En filigrane, une préoccupation constante quant à la qualité et à la sécurité des soins et des services, tout en innovant dans ses pratiques cliniques. Mais pour y arriver, il importe d'attirer et de retenir notre ressource la plus importante : les employés et les médecins. Pouvoir compter sur une main-d'œuvre qualifiée, mobilisée et fidèle constitue un enjeu majeur pour notre établissement. Pour y arriver, un milieu de travail attrayant propice au développement de chacun doit être offert. C'est ce que l'on retrouve au CSSSHY.

Le déploiement du plan stratégique se poursuit avec en tête une approche de gestion basée sur la pertinence, l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources. Quotidiennement, des choix judicieux doivent être faits en raison de la précarité des ressources disponibles, tant financières, humaines, matérielles que technologiques. La gestion prend donc la voie de l'optimisation des processus et des ressources ainsi que de la gestion par résultats.

Le CSSSHY en est au dernier tournant de son plan stratégique 2011-2015. Un plan où les résultats foisonnent et qui pave la voie pour l'avenir afin d'offrir des soins et des services de santé de qualité et sécuritaires à la population.



Le 27 février 2014, le CSSSHY inaugurait le Pavillon Louis G. Choinière, une résidence pour personnes en perte d'autonomie

Apparaissent sur la photo (gauche à droite): M. Jean-Marc Savoie, président du Conseil d'administration du CSSSHY, Mme Chantal Bruyère et M. Alain Fayle, responsables de la résidence, M. Louis G. Choinière, bénévole émérite au sein de la Fondation Horace-Boivin depuis plus de 17 ans, M. Marc Breton, président du Conseil d'administration de la Fondation Horace-Boivin, Mme Sonia Leduc, partenaire, et M. Yves Fortin, directeur général du CSSSHY.

ENJEU 1

La prévention et la promotion

L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être.

L'action sur les déterminants de la santé et du bien-être afin d'augmenter la qualité de vie et d'éviter les problèmes de santé et les problèmes sociaux constitue un choix incontournable. Dans ce contexte, l'intervention concertée avec les partenaires sectoriels et intersectoriels permet d'agir efficacement afin de favoriser un meilleur état de santé.

AXE 1 ASSURER UN LEADER	AXE 1 ASSURER UN LEADERSHIP DANS L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION			
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-2014	COMMENTAIRES
1.1 Implanter le concept CSSS promoteur de santé	% du plan de déploiement réalisé d'ici 2015	Avoir réalisé 100 % du plan	Cible partiellement atteinte	Comité stratégique local relancé. Mise à jour du plan d'action et définition d'actions prioritaires.
1.2 Mettre en place une campagne de promotion des saines habitudes de vie	% de la campagne réalisé d'ici 2015	Avoir réalisé 100 % de la campagne de promotion	Cible atteinte	
1.3 Soutenir le développement des communautés	Nombre d'actions de soutien réalisées par direction	Augmentation de 30 % du nombre d'actions	Cible atteinte	
1.4 Réaliser les activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le plan d'action local en santé publique (PAL)	% des cibles du PAL atteintes	90 % des cibles atteintes	Cible atteinte	
AXE 2 PROMOUVOIR LA CO	LLABORATION AVEC LES	S PARTENAIRES INTERSI	ECTORIELS DU RÉS	SEAU LOCAL DE SERVICES
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-2014	COMMENTAIRES
2.1 Agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être	% de pratiques cliniques préventives implantées	10 milieux cliniques auront implanté une pratique clinique préventive	Cible partiellement atteinte	Constitution d'une équipe locale de coordination des maladies chroniques. Définition des continuums et intégration des pratiques cliniques préventives.
2.2 Renforcer le soutien aux différents acteurs engagés dans le développement d'une communauté en santé	Nombre d'actions de soutien réalisées auprès des différents acteurs	Avoir réalisé une activité de soutien par direction	Cible atteinte	

ENJEU 2

L'accessibilité et la continuité des soins et services

L'accessibilité et la continuité des soins et des services constituent la base de la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle.

L'intégration des volets préventifs, curatifs et de soutien dans un délai raisonnable permet d'offrir une gamme de services pertinents et adaptés aux besoins.

AXE 1 LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES				
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-2014	COMMENTAIRES
1.1 Faciliter l'accès aux services de 1 ^{re} ligne	% des patients référés à un médecin de famille (GMF ou cabinet privé) par le guichet d'accès	Augmentation du nombre de références	Cible atteinte	
	% de la clientèle prise en charge par les services de 1ºº ligne	Augmentation de la clientèle	Cible atteinte	
1.2 Établir ou consolider les corridors de soins et services	% de nouveaux corridors établis ou consolidés	Nombre de corridors consolidés ou nouvellement établis	Cible atteinte	

ENJEU 2 (suite)

AXE 2 UN DÉLAI RAISONNABLE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES				
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-2014	COMMENTAIRES
2.1 Assurer un suivi étroit des listes d'attente	% des directions qui assurent un suivi étroit des listes d'attente	100 % des directions	Cible atteinte	
2.2 Établir des ententes et corridors de services, lorsque requis	Nombre d'ententes réalisées par direction	Selon les besoins	Cible atteinte	
2.3 Optimiser les processus de soins afin d'accroître la prestation des soins et services	Nombre de processus de soins révisés et optimisés par direction	Un par direction par année	Cible atteinte	

ENJEU 3

La qualité, la sécurité et l'innovation des soins et services

Notre établissement met de l'avant une préoccupation constante quant à la qualité et à la sécurité des soins et des services.

Grâce à l'actualisation des meilleures pratiques cliniques, l'utilisation de données probantes, l'innovation et le recours aux nouvelles technologies porteuses de solutions bien adaptées aux besoins, notre établissement réalisera des progrès significatifs.

AVE 4 DROMOLIVOID UNE O	ANE A PROMOTIVO DE LINE OLIVETURE RAMÉLIO RATIONI CONTINUE RELA CUALITÉ			
AXE 1 PROMOUVOIR UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ				
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-2014	COMMENTAIRES
1.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et services	% des directions ayant des plans d'action qualité	100 % des directions	Cible atteinte	
1.2 Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique	Soutien à l'implantation des systèmes d'information	Augmentation du nombre d'activités de soutien	Cible atteinte	
1.3 Renforcer la démarche qualité dans l'ensemble de l'organisation	Activités de renforcement réalisées	Augmentation du nombre d'activités réalisées	Cible atteinte	
AXE 2 INNOVER DANS LES	PRATIQUES CLINIQUES			
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-2014	COMMENTAIRES
2.1 Soutenir l'implantation des guides de pratique et des standards cliniques	% des directions soutenant l'implantation des guides de pratique et de standards cliniques.	100 % des directions	Cible atteinte	
2.2 Évaluer en continu des actes cliniques et des compétences	Réalisation d'évaluations des actes cliniques et des compétences	Augmentation du nombre d'évaluations réalisées	Cible atteinte	

ENJEU 4

L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

Une main-d'œuvre qualifiée disponible, mobilisée et fidélisée constitue un enjeu majeur pour l'avenir de notre établissement.

Pour ce faire, nous nous devons d'assurer un milieu de travail propice au plein développement du potentiel de chacun en adoptant une approche de gestion axée sur les personnes, misant sur la responsabilité et suscitant la fierté d'appartenance.

AXE 1 UNE APPROCHE DE GESTION BASÉE SUR LES PERSONNES ET LES RAPPORTS QUOTIDIENS ENTRE ELLES				
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-2014	COMMENTAIRES
1.1 Valoriser la reconnaissance à tous les niveaux de l'organisation	Nombre d'activités de reconnaissance réalisées	Augmentation du nombre d'activités réalisées	Cible atteinte	
1.2 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main- d'œuvre	Planification de la main- d'œuvre réalisée annuellement	1 fois/an	Cible atteinte	
1.3 Assurer une disponibilité et une utilisation optimale des ressources humaines de l'organisation	Utilisation optimale des compétences du personnel	100 % des directions ayant réalisé une démarche de révision des processus	Cible atteinte	

ENJEU 4 (suite)

1.4 Offrir des conditions de travail attractives et valorisantes	Mise en œuvre des mesures afin d'offrir des conditions de travail attrayantes et valorisantes	Nombre de mesures réalisées	Cible atteinte	
1.5 Concevoir et implanter un plan d'action sur la mobilisation du personnel	% du plan d'action réalisé	100 % d'ici 2015	Cible partiellement atteinte	À la suite du sondage de mobilisation d'Agrément Canada, réalisation d'un plan d'action. Constat d'une amélioration des résultats du sondage comparativement à la dernière visite.
AXE 2 MAINTENIR ET DÉVE	LOPPER UN MILIEU DE 1	TRAVAIL ATTRAYANT ET	VALORISANT	
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-2014	COMMENTAIRES
2.1 Mettre en œuvre des stratégies afin de promouvoir la santé et la sécurité en milieu de travail	Adoption de stratégies de promotion	Implantation du système Management en santé et sécurité au travail (SST)	Cible partiellement atteinte	Plan d'action à réactiver à la suite de l'embauche d'une nouvelle personne qui sera responsable de ce projet.
2.2 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la réalisation des démarches concertées de révision des processus de soins et services	Activités de révision de processus réalisées	Augmentation du nombre d'activités	Cible atteinte	
2.3 Identifier des initiatives de préparation de la relève et le développement de carrière	Nombre d'initiatives réalisées	Augmentation du nombre d'initiatives	Cible atteinte	

ENJEU 5

Approche de gestion basée sur la pertinence, l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources

Des choix judicieux s'imposent en raison de la précarité des ressources disponibles tant financières, humaines, matérielles que technologiques.

La gestion prend donc la voie de l'optimisation des processus et des ressources ainsi que de la gestion par résultats.

AXE 1 UNE GESTION HUMAINE, IMPUTABLE, PERFORMANTE ET PERTINENTE				
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-2014	COMMENTAIRES
1.1 Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation des processus et de l'utilisation des ressources	Nombre de projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources	80 % des directions ayant réalisé un projet d'ici 2015	Cible atteinte	
1.2 Évaluer la performance des services et assurer une rétroaction sur les résultats	Évaluation de la performance des services réalisés	100 % des services d'ici 2015	Cible atteinte	
1.3 Assurer un accompagnement dans l'interprétation et l'utilisation de différentes méthodes de performance	% des directions ayant bénéficié d'un accompagnement	100 % des directions	Cible atteinte	
AXE 2 PROMOUVOIR LES RÓ ORGANISATIONNELL		TÉS DES DIFFÉRENTS AC	TEURS EN MATIÈ	RE D'IMPUTABILITÉ
OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-2014	COMMENTAIRES
2.1 Développer une approche de gestion intégrée	Diffusion et implantation d'un modèle intégrateur	100 % des gestionnaires ont reçu le modèle et l'appliquent	Cible atteinte	
2.2 Intégrer systématiquement l'évaluation dans nos processus	% des directions ayant intégré l'évaluation systématique	100 % d'ici 2015	Cible atteinte	
2.3 Promouvoir un nouveau rôle d'accompagnement en matière de changement organisationnel	Définition d'un guide d'accompagnement	Guide élaboré	Cible partiellement atteinte	Démarche de consultation en cours afin d'identifier un modèle pour l'organisation.

DIRECTION PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

La Direction programme santé physique a pour mandat d'offrir des soins et des services à la clientèle ambulatoire et hospitalisée de première et de deuxième ligne.

Elle offre des services d'évaluation, d'orientation et de liaison, tels que la coordination à la gestion des lits et des civières, l'accueil clinique, la clinique d'accès et le guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille ainsi que certains services offerts au CLSC Bromont.

Ce programme offre aussi des services de traitement généraux et spécialisés, tels que des cliniques de soins infirmiers sans rendez-vous, des services professionnels (nutrition, services sociaux), de réadaptation (inhalothérapie, ergothérapie, physiothérapie, électrophysiologie) et des soins palliatifs rattachés au programme de lutte contre le cancer.

Parmi les unités de soins spécialisés qui relèvent de cette direction, mentionnons les unités de chirurgie, de médecine, de soins intensifs, d'urgence, de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie, d'hémodialyse, en plus des cliniques externes spécialisées et de l'endoscopie. Les soins infirmiers en groupe de médecine familiale (GMF) ainsi que la coordination des activités pour l'ensemble du CSSS en font aussi partie.

Faits saillants

Processus de planification des congés et coordination des arrivées et des départs

 Mise en place d'un guide d'animation et de gestion en vue d'assurer la coordination et le suivi des admissions et des congés et de favoriser une utilisation optimale des lits et civières.

Unité de médecine et des soins palliatifs de deuxième ligne

- · Aménagement de chambres privées.
- Consolidation du programme « Approche adaptée à la personne âgée » concernant les indicateurs AÎNÉES (autonomie, intégrité cutanée, nutrition, élimination, état cognitif et sommeil) pendant l'hospitalisation.

Unité de chirurgie

- Phase d'actualisation des différentes recommandations du projet d'optimisation (*Lean*) portant sur l'amélioration des processus de l'épisode de soins de l'usager, de l'admission à son congé. Mentionnons, entre autres :
 - suivi systématique PTH-PTG (prothèse totale de la hanche-prothèse totale du genou);
 - informatisation du kardex de l'assistanteinfirmière chef.
- Organisation du travail en vue de stabiliser les équipes et d'assurer une répartition des effectifs en fonction de l'intensité de soins.

Service de l'urgence

- Maintien d'un positionnement enviable au palmarès des urgences du Québec avec une cote B+.
- Poursuite du projet d'optimisation des processus du service de l'urgence visant la réduction des délais d'attente après le triage et avant la prise en charge par l'urgentologue.
- Entente avec les GMF du territoire afin de réorienter les clientèles de priorité 4 ou 5 se présentant à l'urgence vers leur GMF respectif ou leur médecin de famille, puisque leurs soins ne nécessitent pas le plateau technique de l'urgence.

Unité de gynécologie, d'obstétrique et de santé des femmes

 Maintien pour la cinquième année consécutive du programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) ainsi que des ateliers ÉCOS (évaluation clinique objective structurée). Ces ateliers visent à maintenir la qualité des soins en obstétrique et à réduire les risques d'événements indésirables.

Soins intensifs

- Mise en place de l'échelle de Braden pour la détection des clientèles à risque de développer des plaies.
- Acquisition d'un DVD pour l'enseignement à la clientèle lors d'un examen de coronarographie.

Hémodialyse

- Remplacement des 15 hémodialyseurs.
- Révision des processus pour favoriser l'accessibilité aux services d'hémodialyse pour la clientèle du territoire et diminuer la liste d'attente.

Électrophysiologie

 Reconnaissance et attestation de la pratique autonome en échographie cardiaque pour les technologues actuels.

Services sociaux, secteur courte durée

 Implication active des travailleurs sociaux dans la mise en place de la procédure d'évaluation du potentiel suicidaire des patients se présentant à l'urgence.

Endoscopie – Cliniques externes

- Passage de la pratique duo à la pratique solo lors des examens endoscopiques.
- Élaboration et mise en place de la sédation procédurale en collaboration avec la Direction des soins infirmiers (formulaire d'évaluation et de surveillance clinique et formation du personnel).
- Transfert des activités de stérilisation des scopes vers le service de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux.

Médecine ambulatoire

- Mise en place du programme régional d'ostéoporose (volet externe seulement).
- Actualisation du cadre de référence en maladies chroniques.

Oncologie

• Réorganisation des horaires de rendez-vous en vue d'optimiser les plages de traitements.

Programme de lutte contre le cancer

- Révision de l'offre de service en complémentarité avec tous les partenaires impliqués (Maison au Diapason, soins palliatifs en première ligne et bénévoles).
- Réactivation du comité de coordination locale du programme de lutte contre le cancer avec les différents partenaires ainsi que mise à jour du plan d'action en fonction du cadre de référence du plan directeur en cancérologie et des lignes directrices québécoises du MSSS.

Cliniques de soins CLSC

• Révision de la structure d'effectifs infirmiers afin d'optimiser le fonctionnement de la clinique de soins (étalonnage).

Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille

• Révision du formulaire d'inscription et création de nouveaux outils de communication.

 Révision de différents processus, notamment l'archivage et la référence à la clinique d'accès, au médecin de famille, etc.

Projet clinico-immobilier

 Dépôt au ministère de la Santé et des Services sociaux d'une étude d'opportunité portant sur un projet de réaménagement de l'unité mèreenfant, de la pédiatrie et des soins intensifs.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

La Direction des services professionnels s'assure de l'organisation professionnelle et scientifique des départements cliniques, notamment les services pharmaceutiques et diagnostiques (laboratoires et imagerie médicale).

Sur le plan médical, cette coordination s'exerce par l'entremise du Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP), de la Table des chefs de département et du Département régional de médecine générale (DRMG) local. Les archives médicales et la gestion des données cliniques, l'accueil, la bibliothèque, la prévention et le contrôle des infections ainsi que les services périopératoires (salle d'opération, chirurgie d'un jour, préadmission), l'unité de retraitement des dispositifs médicaux et le service de la recherche sont aussi sous sa gouverne.

La Direction assume la responsabilité des mécanismes d'accès aux services spécialisés (Loi 33). Finalement, elle exerce un rôle-conseil auprès de la Direction générale et des gestionnaires du CSSS en regard de l'organisation clinique dans tout l'établissement et dans le réseau local de soins de santé et de services sociaux.

Faits saillants

Les activités de la Direction des services professionnels sont concentrées sur l'amélioration continue de la qualité et de l'accès aux services ainsi que la consolidation de mesures de contrôle et de qualité.

Archives

 Maintien des délais de transcription des dictées selon les normes.

- Implantation d'un nouveau système de dictée centrale.
- Réponse à 13 208 demandes d'accès et de consultation au dossier.
- Mise en place d'un système de gestion des documents administratifs dans 4 des 11 directions (soit 36 % réalisé).

Imagerie médicale

- Maintien d'un délai raisonnable pour l'obtention d'examens en imagerie médicale et en médecine nucléaire.
- Efforts soutenus afin de réduire les délais pour l'obtention d'examens en échographie cardiaque.
- Réduction et atteinte des délais de transcription des rapports d'imagerie médicale conformément aux normes attendues.
- Implantation d'un nouveau système d'archivage et de communication des images radiologiques, le PACS (Picture Archiving and Communication System).
- Déploiement du nouveau système de dictée en imagerie médicale et en médecine nucléaire.
- Acquisition et implantation d'un nouveau logiciel cardiaque en médecine nucléaire permettant d'augmenter le volume d'examens cardiaques de 35 % par semaine.
- Réduction de la dose de radiation au patient en tomodensitométrie (scan) avec l'ajout du module Saphir (conformément aux démarches du Centre d'expertise clinique en radioprotection).

Laboratoires

- Amélioration de l'accès aux prélèvements :
 - réaménagement du centre de prélèvements de l'hôpital en vue de réduire les délais d'attente à moins d'une heure et d'offrir un environnement confidentiel et sécuritaire;
 - ajout d'une clinique de prélèvements au Cégep de Granby.

- Dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal, mise en place du test de sang occulte dans les selles.
- Maintien d'un délai raisonnable pour l'obtention des résultats de laboratoire.

Pharmacie

- Mise en place de plusieurs mesures permettant d'améliorer les délais de service des médicaments et d'alléger les tâches des infirmières.
- Consolidation de la structure pour l'application de la norme visant le bilan comparatif des médicaments (BCM).

Prévention et contrôle des infections

- Poursuite de la campagne d'hygiène des mains.
- Implantation d'un logiciel (NOSOKOS) permettant un suivi épidémiologique en temps réel.
- Émission de 12 avis et recommandations en matière de prévention des infections.
- Rédaction et adoption de six politiques et procédures afin de normaliser les activités en prévention et contrôle des infections.

Services périopératoires

- Amélioration de l'accès à la chirurgie à la suite de la révision des pratiques préchirurgicales et une amélioration de l'utilisation du temps opératoire :
 - réalisation de 296 chirurgies de plus que l'an dernier toutes catégories confondues.
- Diminution du délai d'attente en soins chirurgicaux, notamment pour les chirurgies orthopédiques de la hanche et du genou (PTH-PTG) :
 - 18,4 semaines d'attente pour un PTH c. 24,5 semaines en 2012-2013;
 - 22,7 semaines d'attente pour un PTG c. 27,4 semaines en 2012-2013.
- Augmentation du nombre de chirurgies en ophtalmologie grâce au processus d'optimisation.
- Coordination des interventions en préadmission favorisant la création d'une banque de dossiers prêts pour la chirurgie.
- Augmentation du nombre d'entrevues hebdomadaires en préadmission.

Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM)

- Planification d'un projet de réfection majeur en vue de répondre aux besoins croissants et de réduire les risques en santé et sécurité du travail pour le personnel.
- Implantation d'un système de traçabilité des instruments.
- Mise en place de mesures pour effectuer le retraitement des sondes.

DIRECTION PROGRAMMES SANTÉ MENTALE, FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE, SANTÉ PUBLIQUE ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

La Direction offre des services généraux et spécifiques multiples et diversifiés auprès de la clientèle de tous âges en collaboration avec les différentes directions cliniques du CSSS et les partenaires du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS). Ces services de promotion/prévention, de soutien et de rétablissement s'adressent aux individus, à la population et aux différents professionnels des équipes multidisciplinaires du CSSS dans un continuum intégré de services. L'année 2013-2014 a permis de poursuivre le développement et la consolidation des services transversaux dans l'organisation et leur trajectoire en concordance avec la vision stratégique du CSSS, dont:

- La mise en place de trois continuums de service avec les partenaires du milieu :
 - continuum en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DI-TED);
 - continuum en dépendances (drogues, alcool, médicaments et jeux);
 - continuum en santé mentale.
- La rédaction et la diffusion d'un protocole d'entente de coordination des interventions visant à assurer la sécurité des usagers de 18 ans et plus, des intervenants et de la population en général dans un contexte de soins et de services de santé entre le CSSSHY et les corps policiers.
- L'implantation en janvier 2014 du protocole de détection et de référence des personnes à potentiel suicidaire. En cinq semaines d'implantation, 34 personnes ont été référées au Centre de prévention suicide de la Haute-Yamaska. Cette

pratique clinique vise à ce que toute personne à risque suicidaire élevé obtienne un suivi étroit dans les 24 à 72 heures pour prévenir les comportements suicidaires et les récidives.

Faits saillants

Programmes psychosociaux et santé mentale

Service en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement

Signature de trois ententes avec des partenaires du milieu pour l'intégration d'usagers âgés de 21 ans et plus avec une déficience intellectuelle dans des milieux offrant des activités de jour socioéducatives et socioculturelles pour le maintien des acquis chez cette clientèle.

Intervention psychosociale

• Collaboration de l'équipe des mesures d'urgence psychosociale pour soutenir l'équipe de l'Estrie lors de la tragédie de la ville de Lac-Mégantic.

Clinique des réfugiés

- Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés réalisée par une équipe composée d'une travailleuse sociale, d'une infirmière et des intervenants de l'organisme de Solidarité ethnique régionale de la Yamaska.
- En date du 31 mars, 68 réfugiés ont été référés à cette équipe et 94 % d'entre eux ont été rencontrés à ce jour.

Santé mentale adulte de première ligne

Implantation du guichet unique en santé mentale adulte, en octobre 2013, permettant de centraliser la demande de service provenant des multiples partenaires internes et externes, de réaliser une préévaluation clinique auprès de plus de 500 usagers par deux infirmières assignées et d'orienter les usagers vers le service approprié tout en assurant une réponse clinique auprès de ces usagers.

Santé mentale de deuxième ligne

Hébergement RNI

- Application de la Loi sur la représentation des ressources (Loi 49).
- Ouverture d'une ressource intermédiaire (RI) en santé mentale de neuf places en mai 2013.
- Développement de 12 places en RI santé mentale et perte d'autonomie liée au vieillissement en mars 2014.
- Consolidation de l'équipe hébergement en santé mentale.
- Huit RI en santé mentale totalisant 65 places pour un taux d'occupation de 99,6 %.

Pédopsychiatrie

- Mise en place des orientations du programme de santé mentale jeunesse de deuxième ligne en Montérégie.
- Révision du mode de distribution de demandes de services aux professionnels dans le but de gérer le temps d'attente et de réduire les délais.
- Accroissement du nombre d'interventions en pédopsychiatrie :

Année	Nbre d'usagers
2011-2012	1 810
2012-2013	2 053
2013-2014	2 912

Services ambulatoires de deuxième et troisième ligne

- Planification et organisation du transfert d'une partie de la clinique externe de psychiatrie vers l'hôpital. La relocalisation des lieux d'exercice permet d'assurer un suivi des usagers hospitalisés et de ceux rencontrés en clinique externe dans une même journée par les médecins qui combinent ces deux activités.
- Groupes offerts aux patients psychotiques pour les aider à reconnaître les symptômes et pour favoriser de saines habitudes de vie en lien avec leur maladie.

Suivi intensif dans le milieu (SIM)

- Légère diminution du nombre de références, mais alourdissement de la clientèle qui se traduit par une intensification des services offerts.
- Rencontre avec le Centre national d'excellence en santé mentale pour valider la concordance des services dispensés par l'équipe au modèle de suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves afin d'optimiser les interventions.
- Maintien du nombre d'usagers desservis :

Année	Nbre d'usagers
2011-2012	121
2012-2013	125
2013-2014	114

Clinique d'évaluation des troubles envahissants du développement (CÉTED)

- Réflexion sur les modes d'intervention afin d'organiser le travail à la suite de la réception du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) qui modifie à la hausse la manière d'évaluer les enfants et le temps d'évaluation.
- Augmentation du nombre d'usagers desservis :

Année	Nbre d'usagers
2011-2012	88
2012-2013	95
2013-2014	109

Famille-enfance-jeunesse

Enfance-famille 0 à 5 ans

- Implantation, en partenariat avec d'autres acteurs du milieu, d'un programme pour contrer la négligence auprès des enfants âgés de 0 à 12 ans, victimes de négligence ou à risque de l'être ainsi qu'auprès de leurs parents. Désigné sous l'appellation *Je tisse des liens gagnants* en Montérégie, ce programme comprend cinq volets :
- actions directes auprès des enfants (de nature sociale, éducative et clinique);
- suivi individuel et familial auprès des participants;
- suivi de groupe auprès des parents participant;
- accompagnement par des parents soutien;
- activités collectives.

- Création d'un poste à temps complet en orthophonie de première ligne :
 - implantation possible grâce au partenariat avec le Regroupement Réussir avec PEP et financement conjoint, pour les cinq prochaines années, par Avenir d'enfant;
 - évaluation orthophonique des enfants présentant des difficultés de langage et intervention auprès de ceux présentant un retard de langage léger ou modéré.
- Optimisation de la vaccination des enfants âgés de 0 à 5 ans, particulièrement pour les vaccins administrés à l'âge de 1 an pour répondre aux ententes de gestion et aux recommandations ministérielles en matière de taux de vaccination.

	Vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib	Vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C
CSSS de la Haute- Yamaska	93,8 %	81,8 %
Moyenne en Montérégie	87,4 %	67,7 %

- Renouvellement de la certification « Initiative Amis des bébés » pour sa mission CLSC, confirmant que les femmes, les bébés et les familles bénéficient de pratiques d'excellence, que l'enfant soit allaité ou non :
 - taux d'allaitement est passé de 80,9 % en 2006-2007 à 84,6 % en 2012-2013, un résultat supérieur de 10 points au taux souhaité.
- Présentation des données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (2012) auprès des partenaires du milieu concernant les aspects suivants : santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier ainsi que habiletés de communication et connaissances générales. À partir des résultats, les interventions seront adaptées aux besoins des enfants et des familles sur le territoire de la Haute-Yamaska.

Famille-jeunesse 5 à 17 ans

- Implantation de l'approche École en santé dans près de 70 % des écoles sur le territoire du CSSSHY pour l'année scolaire 2013-2014.
- Rédaction du protocole d'entente entre le CSSSHY et la Commission scolaire Val-des-Cerfs pour encadrer les activités d'exception confiées aux non-professionnels.

- Prise en charge des enquêtes épidémiologiques pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et les maladies à déclaration obligatoire et des interventions préventives auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires sexuels.
- Entente de collaboration signée entre le programme Crise-Ado-Famille-Enfant et le Centre de prévention du suicide en lien avec le potentiel suicidaire chez les jeunes de 5 à 18 ans.

Santé publique

• Implantation d'un nouveau système de vaccination sur rendez-vous (Internet et téléphone) pour la vaccination antigrippale sur les trois sites et rehaussement du taux de couverture vaccinale.

Année	Nbre de personnes vaccinées
2011-2012	8 435
2012-2013	11 617
2013-2014	12 792

- Mise en œuvre de l'Approche intégrée auprès des municipalités, principalement sous l'angle des environnements favorables à la santé, des politiques publiques et de la santé environnementale.
- Implication active auprès des partenaires de la communauté, dans les dossiers de la lutte à la pauvreté, des saines habitudes de vie et de la persévérance scolaire.
- Implantation du système de gestion des produits immunisants.
- Signature de l'entente entre le réseau de la santé, le milieu communautaire et les partenaires commerciaux pour la prévention des ITSS auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Santé au travail

• Programme de maternité sans danger : 782 demandes traitées.

- Cinq demandes d'enquête dans le milieu de travail pour signalement ont été adressées à la CSST.
- Visite de 33 nouveaux établissements pour constater des risques dans le milieu de travail. De ce nombre, 25 entreprises ont été retenues pour l'élaboration d'un premier programme de santé.
- Treize établissements ont reçu un premier programme de santé.
- Vingt-et-un établissements ont reçu une mise à jour de leur programme de santé.
- Réalisation d'un suivi du programme de santé auprès de 151 établissements :
 - 64 sur 72 ont eu des activités de surveillance environnementale;
 - 30 sur 32 ont bénéficié d'activités de surveillance médicale, ce qui représente 758 travailleurs;
 - 32 sur 34 entreprises ont obtenu de l'information sur les risques pour la santé;
 - 70 entreprises ont bénéficié d'un programme de premiers soins/premiers secours conformes au règlement;
 - 66 sur 69 entreprises ont reçu de l'information sur les troubles musculosquelettiques.
- Seize demandes de service provenant d'organisations et de la CSST pour tous les secteurs ont été adressées au service de santé au travail afin d'aider le milieu pour les programmes de prévention.
- Deux établissements du secteur de la construction ont reçu de la formation pour la prévention de la silicie.
- Deux établissements ont participé au Projet plomb propanier.

Services multidisciplinaires

 Visibilité de ce secteur d'activité par l'ajout des services multidisciplinaires au sein de la Direction.

- Planification et gestion des stages pour les 32 types de titres professionnels au CSSSHY.
- Planification de formations spécifiques pour les professionnels ayant moins de deux ans d'expérience dans leur domaine d'activité.

DIRECTION PROGRAMME PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

La Direction programme personnes en perte d'autonomie a la responsabilité d'offrir un ensemble de services de prévention et de promotion et de soutenir la clientèle dans le développement de bonnes habitudes de vie favorisant le maintien ou le recouvrement de l'autonomie. L'amélioration des services aux clientèles les plus vulnérables, tant les personnes âgées que les personnes ayant une déficience physique, s'est poursuivie en 2013-2014. Les décisions, basées sur une structure d'analyse, de mesure, d'implantation et d'évaluation, intègrent les différents indicateurs de suivi du continuum de services en rapport avec la planification stratégique du CSSSHY. L'organisation d'un retour à domicile sécuritaire, perçue comme une priorité, a nécessité la collaboration des services de première et de deuxième ligne, toutes directions confondues. De plus, les travaux de planification et de déploiement de l'assurance autonomie ont débuté.

Faits saillants

Projet d'optimisation: Vision SAD 2015

- Consolidation du projet des soins infirmiers à domicile.
- Près de 90 % des objectifs sont atteints : 75 % sont terminés, 15 % sont en cours et 10 % sont à réaliser.
- Depuis 2010, augmentation de :
 - 43 % du temps présence à domicile des infirmières auprès de la clientèle;
 - 90 % des usagers ont un outil d'évaluation multiclientèle complété;
 - 100 % des plans thérapeutiques infirmiers sont complétés.
- Poursuite du projet avec les inhalothérapeutes.

Taux de déploiement du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées

 Ajout d'une nouvelle gestionnaire de cas pour la clientèle ayant des besoins de faible intensité à domicile.

Sécurité et qualité des services

 Utilisation d'un nouveau cadre de référence pour déterminer le besoin d'équipement et d'aide à l'hygiène personnel, permettant d'assurer la sécurité à domicile de l'usager présentant des difficultés.

Assurance autonomie

• Intégration systématique de l'outil d'évaluation multiclientèle pour les personnes âgées en perte d'autonomie suivies à domicile.

Ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI et achats de places)

- Début des opérations d'une nouvelle ressource intermédiaire de 42 places, qui est le fruit d'une collaboration avec la Fondation Horace-Boivin.
- Ajout de trois places en unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF).
- En lien avec l'entrée en vigueur de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives :
 - renouvellement de tous les contrats entre le CSSSHY et les ressources non institutionnelles en fonction de la nouvelle loi:
 - début des comités de concertation avec les associations représentatives des ressources intermédiaires et de type familial;
 - nouvelles modalités de paiement mises en place en lien avec les nouvelles ententes nationales;
 - nouvelle politique et procédure de reconnaissance des ressources intermédiaires et de type familial.

Mécanisme d'accès à l'hébergement

- Ouverture du CHSLD de Granby, ce qui ajoute 66 places d'hébergement en soins de longue durée pour la population desservie par le CSSS.
- Début d'un projet d'optimisation *Lean* pour faciliter la gestion des lits d'hébergement en RNI et en CHSLD.
- Près de 618 admissions réalisées en 2013-2014.

 Gestion quotidienne des 602 places d'hébergement temporaire et permanent.

Hébergement	Nbre de places	Admissions
Centre d'hébergement	362	134
Achat de places	43 à 73	87
Ressource intermédiaire	130	73
Ressource de type familial	13	7
Hébergement temporaire	9	194
UTRF	15	123
Total	602	618

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA)

- Suivi de l'implantation de l'AAPA à l'unité de médecine, de gériatrie et à l'urgence.
- Poursuite de la formation avec l'ajout de plusieurs modules de formation.

Réseau intégré ambulatoire gériatrique

 Octroi d'un projet pour améliorer l'offre de service destinée aux personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement et à leurs proches par le MSSS. La clinique de la mémoire/hôpital de jour, qui se spécialise en traitement des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence, pourra mieux soutenir la clientèle et leurs proches.

Développement communautaire

- Hausse des activités des Joyeux troubadours à 5 jours par semaine offert par la Société Alzheimer de Granby et région.
- Nouveau service de répit de 48 heures offert par le Centre de soutien au réseau familial aux aidants en collaboration avec le soutien à domicile du CSSSHY lorsque le répit planifié devient difficile en raison des troubles cognitifs.
- Entente convenue avec les services d'incendie et policier de la Ville de Granby pour référer, systématiquement au guichet d'accès du soutien à domicile, la clientèle âgée présentant des éléments d'inquiétude à vivre seule et sans service, rencontrée lors des visites préventives.

DIRECTION PROGRAMME PERSONNES HÉBERGÉES

La Direction du programme personnes hébergées regroupe l'ensemble des services offerts à la clientèle hébergée en Centre d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) et elle est responsable du programme d'appartements supervisés au Centre d'hébergement Vittie & Desjardins. Elle a pour mission d'offrir un lieu adapté aux besoins des adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage. De plus, la Direction a la responsabilité d'offrir aux résidents ainsi qu'aux locataires des services et des soins personnalisés. Ces derniers visent l'adaptation, le maintien ou l'amélioration de leur autonomie dans le respect de leurs droits et de ceux de la collectivité, selon les ressources disponibles.

Faits saillants

- Achat d'équipements favorisant l'utilisation des moyens alternatifs à l'usage des contentions.
- Actualisation du plan d'action pour améliorer l'alimentation de la clientèle hébergée en CHSLD.
- Réalisation d'un sondage sur la satisfaction de la clientèle auprès de l'ensemble des résidents et de leurs répondants :
 - pour la majorité des dimensions sondées, les résultats sont supérieurs à 8/10.
- Consolidation du rôle de l'infirmière pivot.
- Poursuite des travaux de rénovation au Centre d'hébergement Villa-Bonheur (VB).
- Organisation de trois conférences présentées par la Société Alzheimer de Granby et région ayant pour thème « La maladie d'Alzheimer ».
- Organisation de trois conférences présentées par un gérontologue social ayant pour thème « L'empathie et la tolérance... 2 vertus à cultiver dans un milieu de vie ».
- Publication du journal « Mon Milieu de Vie » (trois parutions par an) qui s'adresse à la clientèle hébergée en CHSLD (résidents et répondants).
- Publication de trois parutions du « BACH » (bulletin des accompagnateurs – personnel

- et bénévoles œuvrant auprès de la clientèle hébergée en CHSLD).
- Visites ministérielles d'appréciation de la qualité des soins et des services au Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture (CMBC) et au Centre d'hébergement Leclerc (CL).
- Poursuite du projet d'amélioration des postes du personnel infirmier en CHSLD afin d'éliminer le recours à la main-d'œuvre indépendante.
- Poursuite des travaux du programme régional « Forteresss » visant la fidélisation, le développement et l'utilisation optimale des compétences des infirmières en soins de longue durée.
- Formation du personnel et exercice pratique sur les mesures d'urgence en CHSLD.
- Consolidation de l'implantation du logiciel CLINIBASE en CHSLD, un système d'information permettant de consigner certains renseignements sur les résidents.
- Nomination au prix d'excellence Charlotte-Tassé de madame Fatima Bouzid, infirmière auxiliaire chef d'équipe œuvrant en CHSLD.
- Transfert de l'unité prothétique pour la clientèle atteinte de démence, de VB vers le CMBC.
- Début des travaux en vue d'améliorer les compétences des préposés aux bénéficiaires au CMBC (Projet CSN).
- Début des travaux de réorganisation du travail à VB (Projet CSN).
- Début du déploiement des programmes d'activités individuelles pour la clientèle hébergée en CHSLD.
- Participation de deux gestionnaires à la Commission parlementaire sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD.
- Réception du prix Coup de cœur régional par madame Lucie Trottier, animatrice en loisir œuvrant en CSHLD, lors du symposium de la Fédération du loisir en institution du Québec.
- Ajout de cabinets automatisés de distribution des médicaments au CMBC et au CL.
- Nouvelle définition du « Milieu de vie » en CHSLD.
- Déploiement d'un programme de reconnaissance du personnel œuvrant en CHSLD: reconnaissance par les pairs, par les juges (gestionnaires) et par le public (résidents et leurs répondants).

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

La Direction des soins infirmiers a pour mandat d'assurer la qualité, la sécurité et le développement des soins infirmiers. Elle est également responsable de l'éthique clinique, du bénévolat et des services de la pastorale. Ses actions portent sur les activités suivantes :

Soins infirmiers

- Évaluation, maintien et développement des compétences cliniques.
- Implantation des meilleures pratiques cliniques.
- Soutien à l'organisation des soins et le déploiement de structures de soins.
- Élaboration de méthodes, de procédures et de règles de soins.
- Développement de programmes d'orientation et de formation continue.
- · Coordination des stages en soins infirmiers.
- Développement de programmes et de structures de soutien, de supervision et d'encadrement clinique.
- Évaluation de la qualité des soins infirmiers.
- Soutien au Conseil des infirmières et infirmiers et au Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires.

Activités bénévoles

• Soutien aux intervenants qui coordonnent les activités et les ressources bénévoles.

Soins spirituels

 Gestion et développement de services de soutien et d'accompagnement à la vie spirituelle et religieuse auprès des personnes hospitalisées ou hébergées, de même qu'aux proches et au personnel.

Éthique clinique

- Soutien aux intervenants, professionnels et médecins dans les décisions concernant des dilemmes éthiques liés à leur pratique.
- Analyse des problématiques éthiques et diffusion d'avis.

Faits saillants

 Réception d'un avis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec précisant que les améliorations apportées au suivi du patient recevant des opiacés et à l'évaluation du patient ayant chuté sont satisfaisantes et ne feront plus l'objet de suivi.

- Poursuite du plan d'action déposé et accepté par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec à la suite de la visite d'inspection professionnelle.
- Complétion du plan de formation sur les « mesures de contrôle : contention, isolement et surveillance »; plus de 580 intervenants formés.
- Nomination de deux infirmières préceptrices en soutien clinique auprès des infirmières et infirmières auxiliaires.
- Intégration d'infirmières françaises en fonction du programme de reconnaissance de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Déploiement de 19 chariots de réanimation dans l'ensemble des unités et des services de soins.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

La Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO) encadre les activités inhérentes à la planification de la main-d'œuvre et au processus de dotation. Elle met en œuvre différentes actions favorisant l'engagement et la fidélisation du personnel. La Direction favorise le maintien ainsi que le développement des compétences et coordonne le suivi des plans de développement. Elle détermine la rémunération et veille à l'application rigoureuse et équitable des conditions de travail pour l'ensemble du personnel. Elle soutient également les gestionnaires dans leurs responsabilités de gestion des ressources humaines et dans les projets de transformation du travail. Finalement, elle favorise le développement d'un environnement de travail mobilisateur et créatif.

Faits saillants

- Implantation d'une nouvelle structure au sein de la Direction afin que l'organisation soit dotée d'une approche généraliste en ressources humaines.
- Modification de l'organisation du travail afin d'accroître l'efficience des processus et l'efficacité du travail.

- Mise en place d'un comité de travail sur la mobilisation du personnel afin de développer et d'implanter des actions pour répondre aux besoins que les employés ont exprimé lors du sondage d'Agrément Canada à l'été 2013.
- Création d'une fonction en gestion du changement pour faciliter l'implantation et la réalisation des projets Lean ainsi que pour soutenir les employés durant la transition.
- Participation au programme de relève des cadres intermédiaires de la Montérégie.
- Participation au programme du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la relève des cadres supérieurs.
- Poursuite, pour une deuxième année, du déploiement d'un programme de formation concernant l'obligation de civilité ainsi que les outils et moyens pour intervenir en milieu de travail:
 - près de 300 employés ont été formés et plusieurs codes de civilité ont été élaborés par les équipes provenant de divers secteurs de l'établissement.
- Formation des secrétaires médicales des secteurs de l'imagerie médicale et des archives afin d'implanter le nouveau système de dictée centrale.
- Signature, entrée en vigueur et déploiement des dispositions locales CSN et formation offerte conjointement avec le syndicat aux gestionnaires et aux salariés.
- Présentation de trois projets en vertu de la lettre d'entente no 40 visant les préposés aux bénéficiaires œuvrant en CHSLD. Deux projets sont retenus:
 - développement des compétences;
 - organisation du travail.

- Collaboration pour la relocalisation des employés du Centre d'hébergement Villa-Bonheur afin de réduire les effectifs pendant les travaux de rénovation:
 - ententes convenues avec les syndicats;
 - soutien aux gestionnaires dans tout le processus.
- Réduction du taux d'assurance-salaire de 5,85 % à 5,32 %, soit un des plus performants en Montérégie.
- Poursuite de l'implantation du système de management en santé et sécurité du travail.
- Participation à la campagne de sensibilisation et à la clinique de vaccination contre l'influenza pour le personnel du CSSS.
- Réalisation d'un projet Lean à la gestion des assignations visant à maximiser les horaires de travail avec des équipes complètes et à améliorer les processus de dotation et de structures de poste.
- Embauche de 166 nouveaux employés au CSSSHY.
- Diminution de la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers et utilisation optimale du personnel des équipes volantes.
- Mise en place d'une campagne de visibilité pour faire connaître nos emplois disponibles et diversifier nos sources de recrutement : Facebook, programme de références, infirmières françaises, conférences de presse.
- En collaboration avec le service de dotation, participation à la révision des structures de postes afin de répondre aux besoins de personnel dans chaque service.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

La Direction des services techniques est responsable de la programmation et du suivi de tous les projets de développement, de réorganisation et de modernisation des installations du CSSSHY. Elle coordonne les activités des services de technologie des bâtiments, d'entretien des équipements biomédicaux, d'alimentation, de sécurité, d'hygiène-salubrité et de gestion des déchets biomédicaux et infectieux. Afin d'assurer un environnement sécuritaire et favorable aux activités cliniques, elle veille à l'entretien des installations physiques et des équipements en appliquant les programmes

d'entretien préventif et les correctifs appropriés. Elle s'assure de la production et de la distribution des repas et collations aux usagers, au personnel et aux visiteurs. Elle coordonne les activités d'hygiène et de salubrité et, à ce titre, est impliquée dans la prévention des infections en plus d'offrir le service de buanderie aux résidents en hébergement et de fournir la lingerie et la literie à la clientèle de l'établissement. Enfin, elle est responsable de la gestion des systèmes de télécommunication. Elle coordonne les activités de mesures d'urgence en élaborant et en maintenant à jour les plans d'urgence en cas de sinistres internes ou externes.

Faits saillants

- Début de la rénovation au Centre d'hébergement Villa-Bonheur.
- Élaboration des plans et devis et appel d'offres pour les travaux de rénovation de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux.
- Remplacement des fenêtres de l'aile est.
- Gagnant du Prix AQESSS 2013 dans la catégorie Services de soutien pour le programme de gestion des déchets.

- Gagnant du Grand Prix santé et sécurité du travail 2013 catégorie Innovation, Organismes publics pour le réaménagement ergonomique et sécuritaire d'une salle de bain au Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture (CMBC).
- Réfection de l'aire de repos extérieure arrière au CMBC.
- Modification du secteur de l'urologie à la suite de l'arrivée de la console numérique.
- Réaménagement du centre de prélèvements à la clinique externe de l'hôpital.
- Déménagement des bureaux de la Fondation du Centre hospitalier de Granby, de la gestion des risques et de la qualité ainsi que du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dans l'aile est.
- Aménagement de bureaux pour les psychiatres à l'aile sud.
- Exercice de simulation d'un code orange à l'été 2013 (60 participants).
- Formation de mesures d'urgence (codes bleu, blanc, brun, vert et rouge) en CLSC, CHSLD et à l'hôpital.
- Modification des menus à la cafétéria de l'hôpital.
- Préparation et distribution de 773 182 repas et collations.
- Installation de défibrillateurs externes automatisés sur tous les sites.
- Standardisation des chariots à codes dans chaque service de l'hôpital.

DIRECTION DES COMMUNICATIONS ET DES RELATIONS PUBLIQUES

La Direction des communications et des relations publiques a pour mission de guider et de soutenir le Conseil d'administration et les différentes directions dans leurs démarches qui ont une incidence sur les communications internes et externes de l'établissement. Elle conçoit une vision et réalise des actions de communication qui s'arriment au plan stratégique 2011-2015 de l'organisation. Elle contribue activement à protéger l'image de l'établissement tout en améliorant sa visibilité. La Direction s'assure de la cohérence de l'identité visuelle et de la gualité de la langue utilisée dans les communications officielles du CSSSHY en élaborant ou en supervisant les messages organisationnels et les normes graphiques. De plus, elle conçoit ou révise et approuve les outils de communication largement diffusés à interne ou à l'externe. Enfin, elle coordonne les réponses aux demandes d'accès à l'information et elle est responsable du programme d'accès aux services de langue anglaise (PALSA) ainsi que du service de traduction et d'interprétariat.

Faits saillants

- Rôle-conseil dans le développement et la réalisation des stratégies de communication des directions et services du CSSS, par exemple : campagne de vaccination, agrément, défi 5/30, hygiène des mains, semaines thématiques, etc.
- Révision et bonification de la politique ainsi que de la procédure encadrant les relations avec les médias.
- Soutien auprès des gestionnaires pour le déploiement de projets à l'interne et à l'externe.
- Organisation de 25 événements de presse.
- Gestion des relations avec les médias : entrevues, breffages, communiqués de presse, etc.
- Rôle-conseil lors de gestion de crise.
- Communications internes: gestion et production de différents documents destinés aux employés, notamment le magazine interne Concerto et Coup de chapeau, un bulletin soulignant les bons coups du personnel.
- Création et gestion des Prix d'Excellence, un programme de reconnaissance destiné aux employés.

- Planification, gestion et rédaction du rapport annuel.
- Rédaction d'articles pour le bulletin municipal d'information *Granby vous informe*.
- Production et création de deux vidéos organisationnelles.
- Vulgarisation et production de divers outils d'information destinés à la clientèle.
- Développement et conception du site intranet, en collaboration avec la Direction des ressources financières et informationnelles; rédaction de contenus divers destinés aux employés.
- Présence active sur les médias sociaux : mise à jour de contenus variés sur le site Web de même que sur la page Facebook.
- Coordination des placements média dans les journaux locaux.
- Analyse de la couverture médiatique et production d'un tableau de bord.

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES

La Direction des ressources financières et informationnelles collabore à la réalisation des objectifs organisationnels en offrant un service informatique, un service de l'approvisionnement et des services financiers aux directions du CSSSHY.

Faits saillants

- Atteinte de l'équilibre budgétaire et amélioration continue des processus.
- Déploiement d'un outil intégré de gestion et de suivi budgétaire pour tous les directeurs et gestionnaires.
- Simplification du processus d'acquisitions des équipements médicaux pour éliminer les pertes de temps.
- Élaboration d'un plan de développement du dossier clinique informatique et nomination à titre de l'un des trois sites pilotes pour la Montérégie.
- Développement et mise en ligne du site intranet, en collaboration avec la Direction des communications et des relations publiques; soutien informatique de la plateforme.
- Implantation du nouveau système d'archivage, de distribution et de visualisation des clichés d'imagerie médicale et de médecine nucléaire (PACS), qui améliorera grandement la qualité des images et leur accès.

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

BUT DE L'ENTENTE

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, dans le contexte d'efforts de modernisation de l'administration publique québécoise, propose une gestion plus efficiente des ressources du réseau de services. Celle-ci implique de donner au réseau une direction d'ensemble, d'assurer un suivi assidu de ses secteurs critiques, de clarifier les responsabilités de chacun, d'exiger une rigueur accrue des systèmes de gestion et une reddition de comptes soutenue. La ratification d'ententes de gestion et d'imputabilité s'inscrit dans ce mouvement.

Dans cet esprit, cette entente de gestion et d'imputabilité précise l'imputabilité de l'Établissement, tel que prévu aux articles 182 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Pour ce faire, l'Entente rappelle les attentes du PDG et du ministre à l'égard de l'actualisation du plan stratégique régional en lien avec le plan stratégique 2010-2015 du MSSS. Elle rappelle aussi les engagements financiers de l'Agence, à soutenir l'Établissement de même que les actions de celui-ci pour y répondre.

CHAPITRE IV : LES ENGAGEMENTS 2011-2012 DE L'ÉTABLISSEMENT AU REGARD DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE RÉGIONALE 2010-2015

Le présent chapitre livre le résultat des échanges entre l'Agence et l'Établissement sur les indicateurs utilisés et les engagements convenus par ce dernier afin de réaliser le Plan stratégique régional 2010-2015 en lien avec le Plan stratégique du MSSS. Il contient une présentation des actions principales que l'Établissement mettra en œuvre durant l'année pour donner suite aux exigences ministérielles et régionales.

	CSSSHY CHAPITRE IV				
		BILAN 12-13	BILAN 13-14	ENGAGEMENT 13-14	
1.01	Santé publique - Maladies infectueuses - Vaccination				
1.01.12.B1 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12º semaine de grossesse à l'accouchement, moins un jour (prénatale), au cours de l'année de référence	0,39	0,43	0,4	
1.01.12.B2 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6° semaine de vie de l'enfant (postnatale 1), au cours de l'année de référence	0,91	0,92	0,92	
1.01.12.B3 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7º semaine au 12º mois de vie de l'enfant (postnatale 2), au cours de l'année de référence	0,29	0,33	0,31	
1.01.12.B4 EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13° au 60° mois de vie de l'enfant (postnatale 3), au cours de l'année de référence	0,21	0,22	0,22	
1.01.13 EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	28,6 %	67,9 %	50 %	
1.01.14 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	92,7 %	93,5 %	90 %	
1.01.15 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	73,6 %	80,4 %	90 %	
1.01.16.01 EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	74,3 %	N/D	90 %	
	.01.15 EG2 : La moyenne montérégienne est de 66,88 % alors que le CSSSHY atteint 80,4 %. Par ailleurs, nous pours 'un processus d'amélioration continue.	uivons le dépl	piement du pla	n d'action à la suite	

1.0	Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
1.01.19.1 PS	Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les diarrhées associées au Clostridium difficile d'origine nosocomiale	0 %	0 %	100 %
1.01.19.2 PS	Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les bactéries nosocomiales à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	0 %	100 %	100 %
Commentaires : Le CSSSHY a un taux établi à 6,3/10 000 jours-présence pour le C. Difficile et, pour 2013-2014, il est à 6,8/10 000 jours-présence, ce qui est légèrement supérieur au seuil établi.				

		BILAN 12-13	BILAN 13-14	ENGAGEMENT 13-14
16.01	Santé publique - Objectifs spécifiques à la région			
16.01.00	Le CSSS aura réalisé les activités lui permettant d'atteindre les résultats inscrits à son plan d'action local de santé publique	Oui	Oui	Oui

1.02	Services généraux			
1.02.06 EG2	Nombre de réfugiés et de demandeurs d'asile ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé	47 (100 %)	94 %	100 %
Commentaires : Quelques réfugiés ont été référés à la fin de la période 13; ils seront rencontrés au début de la période 1 en 2014-2015.				

1.0	03	Soutien à domicile longue durée			
1.0	03.05.01 PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	(1) 93 273	96 076	(2) 90 642
S1	1.3.5.2	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	1 921	1 951	1 940

Note 1: Inclus 53 257 heures de service SAPA

Note 2 : Incluant l'optimisation 13-14 ainsi que l'augmentation des heures selon l'allocation annualisée SAD SAPA 2011-2012, correction aux heures répit aux proches aidants (personnes âgées) et le budget supplémentaire de développement 13-14

	Ressources résidentielles de proximité - SAPA, DP, DI-TED, JED, Santé ment Santé physique	tale, Dép	endances,	
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)			
	- Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires (RI)	87	133	130
	- Nombre de places reconnues en type familial (RTF)	7	13	13
	- Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)	94	146	143
	*- Nombre de places disponibles en ressources d'habitation collectives visées par un projet novateur	3	4	3
	- Nombre de places achetées (A)	65	12	2
	- Nombre de places achetées en UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle) (B)	14	15	15
1.03.08 PS	- Nombre de places dans d'autres ressources non institutionnelles associées au sous centre d'activité 5540 (A+B)	79	79	17
	Déficience physique			
	*- Nombre de places disponibles en ressources d'habitation collectives visées par un projet novateur	7	4	7
	Santé mentale			
	- Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires (RI)	23	32	32
	- Nombre de places reconnues en ressources de type familial (RTF)	34	33	36
	- Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires de type familial (RI-RTF)	57	65	68
	- Nombre de places achetées (A)	S/0	5	\$/0

*Concernant les projets novateurs, un projet mixte, soit 4 logements PPALV, 4 logements DP et actuellement 2 places libres (Domaine Vittie Desjardins)

		BILAN 12-13	BILAN 13-14	ENGAGEMENT 13-14
1.03	SAPA			
1.03.06 PS	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	83,62 %	84,52 %	85 %
1.03.07 PS	Niveau d'atteinte de la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	N/D	51 %	51 %
	Niveau d'atteinte de la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	100 %	100 %	100 %
	1 - Utilisation d'un outil de repérage à l'urgence	100 %	100 %	100 %
1.03.09 PS	2 - Mise en place et application des mécanismes de suivi requis pour les repérages positifs	100 %	100 %	100 %
	3 - Présence d'un intervenant pivot ou de liaison à l'urgence dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens interétablissements	100 %	100 %	100 %
	4 - Application d'un programme de marche à l'urgence et/ou aux unités d'hospitalisation	100 %	100 %	100 %

1.04	Déficience physique			
1.45.04.01 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	89,7 %	84,1 %	90 %
1.45.04.02 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	85,7 %	100 %	90 %
1.45.04.03 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	91,7 %	84,8 %	90 %
1.45.04.04 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	88,6 %	83 %	90 %
Commentaires : 1.45.04.03 PS : Délai d'accès de 30 jours dépassé pour 5 usagers en 13 périodes; ajout d'effectifs pour répondre au délai. 1.45.04.04 PS : Délai d'accès de 1 an dépassé pour 6 usagers; processus d'assignation en amélioration.				

1.05	Déficience intellectuelle et TED			
1.45.05.01 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	95,3 %	97,3 %	90 %
1.45.05.02 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	N/D	100 %	90 %
1.45.05.03 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	82,6 %	88,9 %	90 %
1.45.05.04 PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	98,8 %	98 %	90 %
Commentaires : 1.45.05.03 PS : Délai d'accès de 30 jours dépassé; dossier réorienté vers les soins à domicile.				

16.05	Déficience intellectuelle et TED - DP			
16.05.01	Nombre total d'usagers DI-TED-DP de 21 ans et plus recevant des services d'activités de jour	15	51	40
16.05.02	Nombre d'usagers DI-TED-DP de 21 ans et plus du CSSS recevant des services d'activités de jour	N/D	2	25
16.05.03	Nombre d'usagers DI-TED-DP de 21 ans et plus transférés CRDITED recevant des services d'activités de jour	15	53	15*

^{*} L'engagement 2013-2014 constitue la poursuite des services débutés en 2012-2013.

		BILAN 12-13	BILAN 13-14	ENGAGEMENT 13-14	
1.06	Jeunes en difficulté				
1.06.01 EG1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	1 789	1 666	1 894	
1.06.02 EG1	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	5,08	5,2	6	
1.06.10 PS	Mise en place d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	Engagement atteint	Engagement atteint	Déploiement d'au moins deux (2) des cinq (5) volets du programme	
Commentaires	Commentaires : Implantation de nouveaux codes de santé publique; cible non ajustée en fonction de ces modifications. Cadre de référence en rédaction pour améliorer l'intensité d'intervention.				

16.06	Jeunes en difficulté - Objectifs spécifiques de la planification stratégique régionale			
16.06.01	Nombre d'usagers âgés de moins de 22 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) et nombre d'interventions (DI-TED / DP)	N/D	32	(Note 3)
16.06.02	Nombre d'usagers âgés de moins de 18 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) et nombre d'interventions (autres programmes - services)	N/D	84	(Note 3)

Note 3: Indicateurs en exprimentation en 2013-2014, en vue de leur application en 2014-2015.

1.07	Dépendances			
1.07.05 PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	12	23	Augmentation
	- Jeunes	0	13	Augmentation
	- Adultes	12	10	Augmentation
Commentaires : Formation à venir en 2014-2015 sur le repérage et la détection de cette clientèle, ce qui permettra d'identifier la clientèle à risque.				

Santé mentale			
Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services -Établissement	N/D	N/D	N/D
CSSS/OC Ententes	77	80	65
Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	90	80	101
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	(4) 928	(5) 919	842
Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	296	217	302
Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	632	474	540
	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services -Établissement CSSS/OC Ententes Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC) Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services -Établissement 77 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services 90 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC) Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC) Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en 632	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services -Établissement CSSS/OC Ententes 77 80 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC) Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC) Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)

Note 4 : La P13 2012-2013 est le résultat de : 664 usagers + 264 usagers (facteur de correction professionnel répondant) = 919 usagers Note 5 : La P13 2013-2014 est le résultat de 691 usagers + 228 usagers (facteur de correction professionnel répondant) = 919 usagers

1.09	Santé physique - Séjour à l'urgence			
1.09.01 PS	Séjour moyen sur civière (durée)	15,5	14,62	12
1.09.03 PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1 %	0,4 %	1 %
1.09.31 PS	Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	20,77 %	17,84 %	15 %

		BILAN 12-13	BILAN 13-14	ENGAGEMENT 13-14	
1.09	Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie				
1.09.33 PS	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (de calendrier)	74,2 %	65,3 %	80 %	
Commentaires : Fait l'objet d'un suivi dans la cadre d'un projet <i>Lean</i> .					

1.09	Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente						
1.09.20.01 PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale de la hanche	53,1 % 84,6 % 90					
1.09.20.02 PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale du genou 70,7 %						
1.09.20.03 PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	98,7 %	99,2 %	90 %			
1.09.20.04 PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie d'un jour 94,8 %		92,8 %	90 %			
1.09.20.05 PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	93,4 %	93,4 %	90 %			
Commentaires: Fait l'objet d'un suivi dans la cadre d'un projet <i>Lean</i> .							

1.09	Santé physique - Chirurgie					
1.09.32.01 EG2	lombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche 1 0					
1.09.32.02 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	2	0	0		
1.09.32.03 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	1	0	0		
1.09.32.04 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	6	0	0		
1.09.32.05 EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	2	1	0		

1.09	Santé physique - Imagerie médicale						
1.09.34.01 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	0 %	100 %	90 %			
1.09.34.02 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	e en imagerie 78,6 % 84,2 % 90 %					
1.09.34.03 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100 % 96,7 % 90 %					
1.09.34.04 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	90 %			
1.09.34.05 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	28,2 %	32,2 %	90 %			
1.09.34.06 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	100 %	100 %	90 %			
1.09.34.07 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	71,3 %	97,5 %	90 %			
1.09.34.08 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	91,1 % 94,1 %		90 %			
1.09.34.09 EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	88,8 % 86,9 % 90 %					
1.09.35.01 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	92,7 %	100 %				

		BILAN 12-13	BILAN 13-14	ENGAGEMENT 13-14
1.09	Santé physique - Imagerie médicale (suite)			
1.09.35.02 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	84,7 %	90,4 %	100 %
1.09.35.03 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	42 %	89,5 %	100 %
1.09.35.04 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	95 %	91,7 %	100 %
1.09.35.05 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	96,6 %	91,1 %	100 %
1.09.35.06 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	85,4 %	96 %	100 %
1.09.35.07 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	96,9 %	98,2 %	100 %
1.09.35.08 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	74,7 %	84 %	100 %
1.09.35.09 EG2	Proportion des examens lus à l'intérieur dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	37,8 %	43,2 %	100 %
1.09.36.01 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	N/D	100 %	90 %
1.09.36.02 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	N/D	100 %	90 %
1.09.36.03 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	N/D	100 %	90 %
1.09.36.04 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	N/D	100 %	90 %
1.09.36.05 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	N/D	100 %	90 %
1.09.36.06 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	N/D	100 %	90 %
1.09.36.07 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	N/D	100 %	90 %
1.09.36.08 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	N/D	100 %	90 %
1.09.36.09 EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	N/D	100 %	90 %
1.09.37.01 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	18,34 %	61,63 %	100 %
1.09.37.02 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	11 %	72,47 %	100 %
1.09.37.03 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	90,73 %	85,07 %	100 %
1.09.37.04 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	71,5 %	99,84 %	100 %
1.09.37.05 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	17,39 %	78,04 %	100 %
1.09.37.06 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	91,3 %	88,44 %	100 %
1.09.37.07 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	34,57 %	65,87 %	100 %

		BILAN 12-13	BILAN 13-14	ENGAGEMENT 13-14	
1.09	Santé physique - Imagerie médicale (suite)				
1.09.37.08 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	21,97 %	68,78 %	100 %	
1.09.37.09 EG2	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	26,94 %	62,55 %	100 %	
Commentaires: Plan d'action en cours pour atteindre les cibles, dont le volet de la transcription. 1.09.35.09 EG2: Légère amélioration (5 %) depuis l'année dernière. Par ailleurs, les examens classés priorité 1, 2 et 3 sont lus à l'intérieur de 48 heures et ne figurent pas dans la cible nommée.					

16.09	Santé physique - Objectifs spécifiques à la région						
16.09.00	Nombre d'usagers atteints de maladies chroniques** desservis en CSSS (mission CLSC) pour les diagnostics suivants :						
	- Diabète	697	723	670			
	- MPOC	343	203	350			
	- Asthme	20	20	15			
	- Maladies cardiovasculaires	999	815	927			
16.09.01	Nombre moyen d'intervention par usager atteint de maladies chroniques** desservis en CSSS (mission CLSC) pour les diagnostics suivants :						
	- Diabète	9,76	10,78	7,7			
	- MPOC	13,84	8,2	12,51			
	- Asthme	7,70	7	7,73			
	- Maladies cardiovasculaires	14,26	11,74	13,97			
16.09.03	Nombre d'usagers hospitalisés atteints de maladies chroniques** (6)	663	N/D	Diminution			

^{**}Par maladies chroniques, on considère les 4 diagnostics suivants : diabète, MPOC, asthme, maladies cardiovasculaires. Note 6 : Diagnostic principal seulement.

2	Hygiène et salubrité						
2.02.02 EG2	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité						
	- Responsable de la gestion des zones grises 100 % 100 %						
	- Relevé des équipements, du matériel et des surfaces	100 %	100 %	100 %			
	- Service responsable de l'intégrité sanitaire		100 %	100 %			
	- Registre de suivi	0 %	0 %	100 %			
Commentaires : Un registre de suivi a été élaboré et sera mis en place au cours de la prochaine année.							

		BILAN 12-13	BILAN 13-14	ENGAGEMENT 13-14	
3	Ressources humaines				
3.01 PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	(7) 5,82 %	7) 5,82 % 5,35 % 4,		
3.05.01 PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4,88 %	4,82 %	4,18 %	
3.05.02 PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,05 %	2,71 %	2,69 %	
3.06.01 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	1,19 %	0,71 %	1,34 %	
3.06.02 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,84 %	0,09 %	0,25 %	
3.06.03 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0 %	0 %	0 %	
3.06.04 PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0 %	0 %	0 %	
3.07 PS	Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	3	3	4	
3.08 PS	L'établissement aura mis à jour son plan de main-d'œuvre	Oui	Oui	Oui	
3.09 PS	L'établissement aura réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Oui	Oui	Oui	
3.10 PS	L'établissement aura mis en œuvre un programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Oui	Oui	Oui	
3.13 PS	L'établissement accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Oui	Oui	Oui	
3.14 PS	L'établissement aura obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Oui	Oui	Oui	
Commentaires	: Nous avons embauché une 4º IPS qui entrera en fonction en septembre 2014.		,		

 $Note \ 7: Indicateur \ 3.01 - la \ période \ 12 \ a \ été \ utilisée \ pour \ la \ projection \ de \ la \ fin \ de \ l'année \ financière \ 2012-2013$

4	Urgences - Désencombrement							
4.01.01 EG2	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée par CH	7	7,3	3 et moins				
4.01.02 EG2	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée 0 0							
4.01.03 EG2	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée 1,6 2,4							
4.01.04 EG2	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	3,8	4,7	3 et moins				
4.01.05 EG2	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	4,2	3,8	3 et moins				
4.01.06 EG2	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	0,6	2,8	3 et moins				
4.01.07 EG2	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	2	1,7	3 et moins				
Commentaires : Ces éléments font l'objet d'un suivi périodique.								

6	Ressources informationnelles			
6.01.01 EG2	L'établissement aura mis à jour les ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) dans les délais	N/D	Oui	Oui

AGRÉMENT

Au cours du dernier exercice financier, les 27 équipes qualité du CSSSHY se sont grandement impliquées dans un processus d'amélioration continue. Chaque chef d'équipe a la responsabilité d'assurer le déploiement des différentes normes destinées à leurs clientèles et d'effectuer régulièrement des suivis afin d'apporter, le cas échéant, les correctifs nécessaires ou de consolider les pratiques en vigueur.

Des rapports de suivi sont déposés régulièrement au Comité de la vigilance et de la qualité ainsi qu'au Comité de direction démontrant les réalisations quant aux besoins de notre clientèle en regard à la qualité et à la sécurité des soins et des services dispensés.

Le CSSSHY a amorcé des travaux en vue de la prochaine visite d'Agrément Canada prévue en mai 2014. L'établissement a procédé à l'autoévaluation des services fournis par le personnel et les médecins ainsi qu'à un sondage de satisfaction de la clientèle. De plus, le Conseil d'administration de l'établissement a également complété une autoévaluation de ses activités. Tous les sondages ont été complétés en mai et juin 2013. Le CSSSHY utilise les résultats de ces sondages pour cibler les actions à mettre en place afin de poursuivre nos efforts d'amélioration.

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Pour la quatrième année consécutive, le CSSSHY s'associait à la Semaine nationale de la sécurité des patients qui se déroulait du 28 octobre au 1^{er} novembre 2013. Le thème principal retenu cette année concernait la sécurité des médicaments.

Une tournée des unités de soins et des rencontres avec les usagers et les visiteurs ont eu lieu. À cette occasion, un dépliant d'information du CSSSHY sur la sécurité des patients ainsi qu'un livret d'information sur les médicaments ont été remis à plus de 600 exemplaires chacun.

Des audits ont été réalisés par des auditeurs internes (enquête et observation) dans toutes les équipes de soins et de services du CSSSHY. Ces audits visaient à évaluer le niveau de connaissance du personnel et à observer la conformité sur les unités de soins de certains aspects, notamment :

- les mesures d'urgence;
- la gestion des risques (déclaration des incidentsaccidents, confidentialité);
- la prévention et le contrôle des infections;

- la santé et la sécurité au travail;
- la gestion des déchets;
- la sécurité des équipements.

Enfin, une formation a été offerte en cours d'année sur la déclaration des incidents et des accidents à l'aide du formulaire AH-223. De plus, plusieurs formations ont été présentées en mars en prévision de l'entrée en vigueur du nouveau formulaire de déclaration d'incident ou d'accident le 1^{er} avril 2014. Ce dernier devrait permettre de mieux établir les causes des événements indésirables déclarés.

Mesures de contrôle des usagers

Un registre des mesures de contrôle a été mis en place dans le secteur des soins en courte durée. Il permet de répertorier leur utilisation auprès de la clientèle en perte d'autonomie. Dans le secteur des soins de longue durée, les mesures de contrôle sont documentées dans le logiciel CLINIBASE et des statistiques annuelles sont compilées par Dre Lucie Roy et déposées à la Direction programme personnes hébergées.

La formation Vers un changement de pratique pour une utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contentions, isolement et surveillance a été offerte à l'ensemble du personnel. Elle était adaptée selon les titres d'emploi et les secteurs de soins afin de répondre aux besoins particuliers de ceux-ci.

Des audits ont été réalisés dans certaines unités de soins de courte durée à l'automne 2013 afin de mesurer l'atteinte des objectifs visés par la formation. Plusieurs objectifs ont été complètement atteints alors que d'autres présentent des écarts et font l'objet d'un suivi auprès des gestionnaires concernés.

Un dépliant d'information a été conçu afin d'informer la clientèle du CSSSHY à ce sujet et il sera diffusé au cours de l'année 2014-2015.

Rapports de coroner

En 2013-2014, le CSSSHY a reçu trois rapports de coroner le concernant :

- Un rapport est relatif à un cas de suicide pour lequel le coroner recommande que le CMDP de l'établissement et le Collège des médecins évaluent la qualité des soins prodigués à l'usager décédé. Le rapport a été remis aux deux instances.
- Un deuxième rapport concerne un cas d'asphyxie par aspiration d'un corps étranger. Le rapport a été remis à la direction concernée et celle-ci a répondu aux recommandations du coroner.
- Le troisième décès implique une personne âgée qui a subi un accident vasculaire cérébral survenu de façon imprévisible. Il n'y a pas de recommandation du coroner dans ce dossier.

Par ailleurs, les CSSS du Québec ont reçu des rapports de coroner qui s'adressaient à tous les établissements de santé. Six de ces rapports ont été traités, car leur contenu pouvait s'appliquer à notre CSSS. Les rapports concernaient des enfants décédés par suffocation dans le lit due à une mauvaise posture ou par asphyxie due à l'utilisation d'un dispositif d'aide à l'allaitement (DAA). D'autres cas concernaient des suivis de soins infirmiers dans différents services des hôpitaux. Dans tous les cas, des modifications ont été apportées aux pratiques, si ce n'était pas déjà fait.

INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CSSSHY utilise divers moyens de communication afin d'informer et de consulter la population qu'il dessert.

Site Internet

Le site Web du CSSSHY regroupe l'ensemble des informations au sujet de l'établissement et de ses services. Il offre également la possibilité aux usagers de communiquer avec l'organisation pour obtenir des renseignements par courriel.

Page Facebook

L'établissement a créé une page Facebook pour faire connaître à ses membres les derniers développements au CSSSHY ou tout autre sujet d'information en lien avec la santé.

Séances publiques du Conseil d'administration

Au cours de l'année 2012-2013, les membres du Conseil d'administration ont tenu sept séances publiques auxquelles la population était invitée. Le CSSS résume également auprès des médias les propos tenus afin qu'ils soient communiqués à la population.

Sondage de satisfaction de la clientèle hébergée en CHSLD

Un sondage, transmis aux résidents des cinq CHSLD ou à leurs proches, a permis de connaître leur satisfaction en relation avec la qualité des services reçus. À partir des commentaires recueillis, des recommandations sont formulées aux secteurs concernés afin que des correctifs soient apportés. Ce sondage a lieu tous les ans ainsi qu'au départ du résident.

Sondage de satisfaction dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale

Un sondage a été remis aux personnes ayant reçu le vaccin antigrippal afin de commenter leur expérience. Le nombre de commentaires positifs démontre que la campagne de vaccination 2013-2014 a été un succès.

Placements média

Bien que limité par la Loi 100 qui réduit notamment les dépenses de publicité, l'organisation utilise les placements médias pour informer la population des activités qui s'adresse à elle. Les principaux médias utilisés sont les journaux locaux et les revues municipales.

Événements médiatiques

Le CSSSHY fait connaître plusieurs projets d'importance qui se sont réalisés ou fait état de données en lien avec le domaine de la santé. Tous les événements médiatiques ont été relayés par les médias locaux et régionaux.

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

À chacune des rencontres du Comité de la vigilance et de la qualité, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services fait état des commentaires reçus ainsi que des démarches d'amélioration entreprises avec les gestionnaires concernés.

BILAN DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le bilan du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services présenté dans ce rapport met en évidence l'essentiel du rapport annuel de l'application de la procédure d'examen des plaintes pour l'année 2013-2014.

Toutes missions confondues, il y eu 148 plaintes, 30 consultations, 2 interventions et 272 demandes d'assistance. Au total, 452 dossiers ont été analysés et diverses actions ont été posées dans les différents départements de soins et de services du CSSSHY. À titre comparatif, 309 dossiers avaient été étudiés l'année dernière, 263 dossiers en 2011-2012, 221 en 2010-2011 et 157 en 2009-2010.

Année	Plaintes	Plaintes MDPR*	Demandes d'assistance	Consultations	Interventions	TOTAL
2013-2014	113	35	272	30	2	452
2012-2013	101	37	154	N/D	17	309
2011-2012	130	N/D	117	N/D	16	263
2010-2011	142	N/D	49	N/D	30	221
2009-2010	101	N/D	37	N/D	19	157

^{*} Plaintes MDPR : plaintes concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident.

Pour une cinquième année consécutive, le nombre de dossiers traités est à la hausse. Cependant, le nombre de plaintes administratives et médicales est demeuré assez stable. Ce sont les dossiers de demandes d'assistance qui ont augmenté de façon importante, grimpant de 154 à 272. Trois facteurs peuvent expliquer cette augmentation: le type d'insatisfaction exprimée, l'appel direct aux gestionnaires concernés pour résoudre ces situations et la possibilité d'intervenir sur-le-champ... ou presque.

Cette année, 37 dossiers de plainte sur 148 (25 %) ont accusé un retard de traitement, ce qui représente un pourcentage similaire à l'an dernier. Tous les autres dossiers ont été traités à l'intérieur du délai de 45 jours prescrit par la loi.

L'année dernière, trois dossiers ont été portés en seconde instance à l'attention du Protecteur du citoyen. Cette année, quatre plaignants (3,5 %) ont sollicité l'intervention de cette instance. Dans trois de ces cas, la position du commissaire local a été réaffirmée par le Protecteur du citoyen. Le quatrième dossier est toujours en traitement.

Sur les 35 plaintes médicales traitées, trois dossiers (8,6 %) ont été portés à l'attention du Comité de révision. Les demandes de révision ont été traitées en respectant les délais prescrits par la loi. Dans le premier cas, le Comité de révision a maintenu les conclusions du médecin examinateur, dans le second cas, des recommandations ont été portées à l'attention du CMDP et le troisième dossier est toujours en traitement.

Au cours de l'année, le Comité de vigilance et de la qualité a tenu trois réunions. Lors de ces rencontres, les membres du comité ont été informés des plaintes reçues, de leur examen et des recommandations qui en ont découlées, le cas échéant.

Notre objectif demeure toujours « d'être à l'écoute de la population afin d'offrir des soins et des services de qualité dans la dignité et le respect ». Les moyens mis en place pour faire connaître la procédure d'examen des plaintes et notre façon de promouvoir la défense des droits des usagers sont :

- Une page d'information sur le site Internet du CSSSHY.
- Les rencontres annuelles avec les comités des résidents et le Comité des usagers.
- Les rencontres individuelles et en groupe avec les employés et les gestionnaires.
- La présentation du rapport annuel lors d'une réunion publique des membres du Conseil d'administration.
- Des visites ponctuelles dans les unités de soins.
- L'installation d'affiches promotionnelles.
- · La distribution de dépliants informatifs.

Nous recevons régulièrement des appels ou des courriels commentant la qualité des services reçus par les usagers. À cet effet, un tableau des commentaires est tenu à jour et présenté, une fois par année, aux membres du Comité de la vigilance et de la qualité. Cette année, 90 % des commentaires recueillis étaient positifs comparativement à 71 % l'an dernier.

Je termine ce rapport en remerciant les membres du Comité de révision et du Comité de la vigilance et de la qualité ainsi que les gestionnaires du CSSSHY et le personnel du service des plaintes pour leur excellente collaboration et la qualité de leur travail assurant ainsi un traitement diligent des plaintes et l'application rapide des mesures correctives et des recommandations formulées.

Délaugue

Yves Bélanger

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

CONSEILS ET COMITÉS

Conseil des médecins, do	entistes et pharmaciens
D ^r Yanick Larivée	Président
D ^r Olivier Martineau	Vice-président
D ^{re} Marie-Ève Dubuc	Secrétaire
D ^r Patrick Laplante	Trésorier
D ^{re} Sonia Fryer	Directrice
D ^{re} Marie-Hélène Trudeau	Directrice
D ^r Michel Poirier	Directeur des services professionnels
M. Yves Fortin	Directeur général
Conseil des infirmières e	t infirmiers
Josée Lussier	Présidente
Gina Godbout	Vice-présidente
Pierrette Méthot	Secrétaire
Chantal Roy	Trésorière
Nancy Lavery	Agente de communication
Maude Chagnon	
Élisabeth Custodio	
Jessica Simard	
France Hébert	Présidente CIIA
Fatima Bouzid	Vice-présidente CIIA
Rémi Brassard	Directeur général adjoint
Jean-Pierre Beaudry	Directeur des soins infirmiers intérimaire

Comité des infirmières et i	nfirmiers auxiliaires
France Hébert	Présidente
Fatima Bouzid	Vice-présidente
Sylvie Foisy	Secrétaire
Christina Picard-Guimond	Agente de communication
Pierre Lambert	Trésorier
Jean-Pierre Beaudry	Directeur des soins infirmiers intérimaire
Conseil multidisciplinaire	
Enrico Bernard	Président
Sylvie Prémont	Vice-présidente
Gina Minier	Secrétaire
Marilyne Rousseau	Trésorière
Danielle Bernard	
Dominique Trottier	
Guylaine Chabot	
Comité des usagers	
Juliette Dupuis	Présidente
Carolle Ferland	Vice-présidente
Irène St-Onge	Trésorière
Lise Bibeau	
Jean-Claude Bussière	
Charles Omer Huot	
Élise Ostiguy	
Robert Vincent	
Comité d'éthique clinique	
Pierre Routhier	Président
Anny Chrétien	
Jade Deshaies	
Frédéric Dulac	
Sylvie Fournier	
Gina Godbout	
Manon Lévesque	
Richard Linteau	
M° Johanne Parcel	
Patrice Perreault	
Comité de la vigilance et d	le la qualité
Carolle Ferland	Présidente
Yves Fortin	Directeur général
Rémi Brassard	Directeur général adjoint
Yves Bélanger	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Joseph-Anne St-Hilaire	
01:-::	

Olivier Guern

Comité de gestion intégr	
Geneviève Audy	Gina Godbout
Jean-Pierre Beaudry	Gentiane Gosselin
Enrico Bernard	Olivier Guern
Rémi Brassard	Cédric Lambert
Jean-Claude Buissières	Josée Lussier
Nathalie Cartier	Stéphane Mathieu
Andrée Chouinard	Amélie Paquette (en remplacement de Julie Gagné
D™ Marie-Ève Dubuc	Catherine Pauzé
Chantal Gariépy	Alain Proulx
Martine Gendron	Lyne Talbot
Comité des résidents	
Centres d'hébergement N et Leclerc	Marie-Berthe-Couture
Juliette Dupuis	Présidente
Vacant	Vice-présidence
Charles Omer Huot	Conseiller
Irène St-Onge	Conseillère
Centre d'hébergement Vi	lla-Bonheur
Vacant	Présidence
Denise Ostiguy Lavallée	Vice-présidente
Lise Laurion Foisy	Conseillère
Marie-Paule Mayer Cyr	Conseillère
Centre d'hébergement de	Waterloo
Élise Ostiguy	Présidente
Diane Bertrand	Vice-présidente
Anita Deschamps Labrecque	Conseillère
Gaston Dupaul	Conseiller
Paule Jetté	Conseillère
Gaétan Trépanier	Conseiller
Comité d'éthique de la re	cherche
Marjolaine Duguay	Présidente
Gaétane Côté	
Nathalie Fournier	
François Meurice	
Pierre Morin	
Pierre Routhier	

Comité de révision	
Jean-Marc Savoie	D ^{re} Diane Huppé
D ^r Benoît Charbonneau	
Comité de vérification	
Carolle Ferland	Georges-Edward Godfrey
Jean-Marc Savoie	David Dupont
Guy Vincent	Yves Fortin
Johanne Doré	
Comité de la gouvernance	et de l'éthique
Rémi Brassard	Jocelyne Racine
Carolle Ferland	Guy Vincent
Olivier Guern	Jean-Marc Savoie
Yves Fortin	
Comité d'évaluation du dir	ecteur général
Jean-Marc Savoie	Paul Sarrazin
Jocelyne Racine	
Comité des ressources hu	maines
Jacinthe Barré	Micheline Paré
Jacinthe Barré André Bergeron	Micheline Paré Jocelyne Racine
André Bergeron	Jocelyne Racine
André Bergeron Nathalie Dion	Jocelyne Racine Olivier Guern
André Bergeron Nathalie Dion Yves Fortin	Jocelyne Racine Olivier Guern Roxana Cledon
André Bergeron Nathalie Dion Yves Fortin Linda Hétu	Jocelyne Racine Olivier Guern Roxana Cledon Chantal Verville s et travailleurs du Centre ciaux de la Haute-
André Bergeron Nathalie Dion Yves Fortin Linda Hétu Lucie Landry Syndicat des travailleuses de santé et de services so	Jocelyne Racine Olivier Guern Roxana Cledon Chantal Verville s et travailleurs du Centre ciaux de la Haute-
André Bergeron Nathalie Dion Yves Fortin Linda Hétu Lucie Landry Syndicat des travailleuses de santé et de services so Yamaska (STTCSSSH-Y-CSGisèle Gince	Jocelyne Racine Olivier Guern Roxana Cledon Chantal Verville set travailleurs du Centre ciaux de la Haute- SN) Présidente elles en soins infirmiers et
André Bergeron Nathalie Dion Yves Fortin Linda Hétu Lucie Landry Syndicat des travailleuses de santé et de services so Yamaska (STTCSSSH-Y-CSGisèle Gince Syndicat des professionnes	Jocelyne Racine Olivier Guern Roxana Cledon Chantal Verville set travailleurs du Centre ciaux de la Haute- SN) Présidente elles en soins infirmiers et
André Bergeron Nathalie Dion Yves Fortin Linda Hétu Lucie Landry Syndicat des travailleuses de santé et de services so Yamaska (STTCSSSH-Y-CSGisèle Gince Syndicat des professionne respiratoires de la Haute-	Jocelyne Racine Olivier Guern Roxana Cledon Chantal Verville s et travailleurs du Centre ciaux de la Haute- SN) Présidente elles en soins infirmiers et Yamaska (SPSIRH-Y-FIQ) Présidente fessionnel et technique

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) occupe une place importante dans l'organisation du CSSSHY en assurant la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques. Les pouvoirs du CMDP sont exercés par un comité exécutif soucieux de préserver la qualité des soins offerts par les cliniciens œuvrant au sein de l'établissement.

Cette année, le CMDP a proposé au Conseil d'administration la nomination de 14 nouveaux médecins (9 spécialistes, 4 omnipraticiens et 1 pharmacien). Le CMDP du CSSSHY compte maintenant 87 médecins omnipraticiens, 100 médecins spécialistes, 2 chirurgiens-dentistes et 13 pharmaciens, soit un total de 147 membres actifs. À ceux-ci s'ajoutent 55 membres associés. Le CMDP demeure préoccupé par la problématique des effectifs. Le recrutement et la rétention de médecins demeurent une priorité pour assurer le maintien de la qualité des soins. La population croît et la lourdeur des cas à traiter s'accroît. De plus, l'enjeu de l'accessibilité aux soins demeure entier et le CMDP tient à assumer son leadership pour trouver des solutions durables.

Le CMDP reconnaît les efforts du Conseil d'administration pour la réalisation de plusieurs projets. Il importe de continuer à travailler ensemble, sans relâche, pour la relocalisation plus qu'essentielle des soins intensifs et la création de l'indispensable centre mère-enfant.

Le CMDP est outré par le projet de centralisation régionale des laboratoires et demande un appui inconditionnel du Conseil d'administration pour contrer les effets délétères d'un tel projet. La population y a droit, et le CMDP préconise une plus grande rétention des patients et des services localement pour optimiser et améliorer la qualité des soins.

Le CMDP se permet de souligner l'importance d'assurer à la main-d'œuvre médicale les outils, les locaux et le personnel nécessaire à une pratique de qualité enviable. Il est fier de conclure que des soins de qualité sont offerts à la population de la région de Granby.

Le Comité exécutif du CMDP.

CARE USE MO

D^r **Yanick Larivée** Président

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le Conseil multidisciplinaire (CM) du CSSSHY est constitué de 365 membres occupant 32 professions différentes. Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CE-CM) est composé de sept membres élus parmi les membres du conseil lors de l'assemblée générale et complété par M. Gilles Lapointe, coordonnateur Équipe Intervention Jeunesse et des affaires multidisciplinaires et M. Rémi Brassard, directeur général adjoint.

Le CE-CM a poursuivi ses travaux dans le but, entre autres, d'augmenter la visibilité du CM. Il a été invité à donner son avis sur les politiques de vérification des antécédents judiciaires, rédaction et tenue de dossier, gestion des non conformités et phase préanalytique relative aux spécimens au laboratoire. De plus, la consolidation et l'accompagnement de comités de pairs a été une priorité.

Détails des comités de pairs

Comités de pairs	Échéancier
Technologues médicaux (laboratoire) : Améliorer les techniques spécialisées en se comparant avec d'autres CSSS.	Sept. 2013 à sept. 2014
Thérapeutes en réadaptation : Refaire les programmes d'exercices désuets ou incomplets et créer les programmes manquants.	Nov. 2013 à mars 2014
Travailleuses sociales (famille-enfance- jeunesse) : Uniformiser l'évaluation de l'équipe FEJ pour satisfaire aux exigences de leur ordre professionnel.	Nov. 2013 à mars 2014
Physiothérapeutes : Refaire plusieurs formulaires d'évaluation de la clientèle.	Sept. 2013 à mars 2014
Psychoéducateurs : Uniformiser l'évaluation et la pratique en psychoéducation dans le continuum de service jeunesse.	Nov. 2013 à mars 2014

Des membres du CE-CM ont assisté au colloque ainsi qu'à l'assemblée générale de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec. Le comité exécutif a organisé pour ses membres une conférence-midi animée par M. Alain Lepage intitulée La communication, un levier essentiel!. Lors de l'assemblée générale annuelle, un gala, à caractère honorifique, a eu lieu pour souligner et reconnaître les qualités exceptionnelles de nos partenaires de travail.

LE CE-CM a été consulté ou invité à formuler un avis sur les dossiers suivants :

- La vérification des antécédents judiciaires du personnel du CSSSHY.
- Les deux politiques en lien avec les services du laboratoire de l'établissement.
- La politique et la procédure concernant la rédaction des notes et la tenue de dossier de l'usager.
- Dossier clinique informatisé.

Le CM est représenté aux comités suivants :

• Comité d'éthique clinique

anbeunul

- · Comité des ressources humaines
- Comité de gestion des risques

Enrico BernardPrésident

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS

Le Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) regroupe l'ensemble du personnel infirmier du CSSSHY. Son comité exécutif (CE-CII) est composé de huit membres élus par le CII ainsi que deux membres élus du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA). Son assemblée générale annuelle s'est tenue conjointement avec l'assemblée générale annuelle du CIIA le 13 mai 2013. Le CE-CII exerce tous les pouvoirs et responsabilités prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le CE-CII a reçu une présentation de deux invités : la directrice du programme personnes en perte d'autonomie pour le bilan du projet optimisation au soutien à domicile et le conseiller à la gestion des risques et de la qualité concernant le tableau de bord des incidents et accidents reliés aux soins. Certains de ses membres ont participé à une journée de réflexion et de formation sur le leadership des CE-CII organisée par l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie et au colloque de l'Association des CII du Québec.

Trois conférences scientifiques ont été organisées et présentées aux membres du CII et du CIIA : la dysphagie, l'optimisation de l'hospitalisation en

chirurgie et les nouveaux anticoagulants oraux en partenariat avec le service de la pharmacie.

Dans le cadre de son mandat, soit l'appréciation de la qualité des soins infirmiers et le maintien et la promotion des compétences des infirmières, le CII a émis deux recommandations :

- Poursuivre les changements pour des fournitures plus sécuritaires concernant les aiquilles.
- Élaborer des procédures de travail afin que chaque infirmière et infirmière auxiliaire puisse disposer du matériel souillé de façon adéquate.

Le Prix Monique-Ruel en soins infirmiers, reconnaissant les efforts et réalisations des infirmières à l'avancement de la profession, a été décerné à madame Jessica Simard pour son implication dans le projet d'équipe de consultation gériatrique thérapeutique (ECGT). Une bourse de 200 \$ accompagnait ce prix.

Par ailleurs, la semaine de l'infirmière a été soulignée par la remise d'une paire de ciseaux à pansement à toutes les infirmières et infirmières auxiliaires du CSSSHY.

Le CII est présent aux comités suivants :

- Conseil d'administration
- Comité des ressources humaines
- · Comité de gestion des risques
- Comité d'éthique clinique

Le CII a été consulté sur :

- La politique « Gestion des non-conformités relatives aux usagers relevées au laboratoire ».
- La politique « Phase préanalytique relative aux spécimens de laboratoire ».
- La politique et procédure « Normes de rédaction et tenue de dossier de l'usager ».
- Règle de soins « Condition entourant l'ordonnance collective sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ».

- Ordonnance collective « Administration de Nalaxone ».
- Ordonnances collectives « Administration de médication d'usage courant ».
- Lignes directrices pour les activités des infirmières auxiliaires en salle d'opération.
- La règle de soins infirmiers portant sur la manipulation des scopes par l'infirmière lors de la pratique en duo avec le médecin.
- La règle de soins infirmiers portant sur l'application et le retrait de timbres transdermiques.

Josée Lussier Présidente CE-CII

COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

Le CIIA, en collaboration avec le CII, effectue son mandat d'apprécier la qualité des soins et de promouvoir la profession infirmière auxiliaire au CSSSHY. La présidente et la vice-présidente du CIIA ont participé aux réunions du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CE-CII). Quatre membres du CE-CIIA ont participé au congrès ainsi qu'aux formations annuelles de l'OIIAQ. Par ailleurs, le CE-CIIA et le CE-CII ont travaillé conjointement sur divers dossiers, dont deux recommandations déposées au CE-CII portant sur l'utilisation de fournitures sécuritaires relatives aux aiguilles ainsi que l'élaboration de procédures de travail sécuritaires afin que chaque infirmière et infirmier auxiliaire puisse disposer le matériel souillé de façon adéquate.

Dans le cadre du Prix reconnaissance du CIIA, madame Monique Denicourt en a été récipiendaire pour sa contribution et son dévouement à la profession infirmière auxiliaire au CSSSHY. Le CE-CIIA a également fait le suivi des projets d'optimisation en chirurgie et au soutien à domicile de même que le programme de marche pour les personnes en perte d'autonomie.

Le CE-CIIA a été consulté sur :

- Les lignes directrices concernant les activités des infirmières auxiliaires en salle d'opération.
- La politique des normes de rédaction et de la tenue de dossier de l'usager.
- La politique de gestion des non-conformités relatives aux usagers relevées au laboratoire.
- La règle de soins « Application et retrait de timbres transdermigues ».

France HébertPrésidente

COMITÉ DES USAGERS

Mandat

D'une durée de trois ans et renouvelable, le Comité des usagers (CU) est « le gardien des droits des usagers. Ce comité doit veiller à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Il est l'un des porte-parole importants des usagers auprès des instances de l'établissement. Le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle constituent les assises qui guident ses actions. Il doit avoir une préoccupation particulière envers les clientèles les plus vulnérables et travailler à promouvoir des conditions de vie des personnes hébergées⁵.»

Comme énoncées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les actions du CU du CSSSHY s'arriment avec les cinq fonctions qui lui sont dévolues. Voici un survol de celles réalisées en 2013-2014.

Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations

- Diffusion d'un dépliant et d'une affiche, présentement mis à jour, décrivant le rôle du CU dans l'ensemble des installations du CSSSHY.
- Transmission d'information aux usagers de l'établissement au moyen de plusieurs outils de communication.
- Rédaction d'un article à chaque parution du journal *Mon milieu de vie* et du journal interne *Concerto de BACH*.

⁵ Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités des résidents , ministère de la Santé et des Services sociaux, inin 2006, p. 17

- Réalisation d'un agenda remis aux usagers.
- Invitation aux bénévoles de l'établissement à l'assemblée générale annuelle (AGA).

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus

- Présence du directeur général adjoint aux réunions régulières du CU facilitant les échanges au sujet de la qualité des services et des conditions de vie des usagers :
 - état de situation pour chacun des centres d'hébergement;
 - information et suivi sur toute situation affectant la qualité des services, et ce, de façon bilatérale.
- Représentation du CU:
 - Conseil d'administration (deux membres);
 - Comité de la vigilance et de la qualité (un membre);
 - Comité de vérification (un membre);
 - Comité de communication (un membre);
 - · Comité de gouvernance et d'éthique (un membre);
 - · Comité de gestion intégrée des risques (un membre);
 - Comité exécutif du Conseil d'administration (un membre).
- À la demande des membres du comité, présentation par le CSSSHY des rapports d'évaluation sur la satisfaction des usagers.

Défendre les droits et les intérêts des usagers

 Intervention et suivi auprès de la direction pour toutes situations jugées inacceptables ou allant à l'encontre des droits des usagers.

Accompagner et assister les usagers

- Intégration d'une liste des ressources disponibles dans différentes publications du CSSSHY.
- Implication d'un membre du comité pour établir les liens avec les différents intervenants afin d'assurer l'intégrité et la confidentialité dans le traitement des plaintes ou des insatisfactions.

Assurer le bon fonctionnement des comités de résidents

• Présence d'un membre du comité de résidents de chaque centre d'hébergement au CU.

- Invitation aux membres des comités de résidents aux journées de formation.
- Affiliation au Regroupement provincial des comités des usagers et de résidents.
- Affiliation à la Fédération des comités des usagers et de résidents du Québec.
- Intégration du rapport d'activités des différents comités de résidents au rapport annuel du CU.
- Soutien financier aux comités de résidents.
- Implication de membres du CU lors d'activités des comités de résidents.
- Participation au comité « Milieu de vie ».

Réalisations

- Tenue d'un lac-à-l'épaule en septembre 2013.
- Participation au congrès du Regroupement provincial des comités des usagers.
- Participation au financement du guide d'accueil en CHSLD et du journal Concerto de BACH.
- Révision des règles de fonctionnement du CU et rédaction de règles de conduite.
- Démarches de recrutement de membres pour les comités de résidents.
- Participation au financement d'une capsule vidéo lors de la semaine des usagers.
- Production d'un logo pour les comités de résidents.
- Présentation du CU auprès d'organismes.
- Activité reconnaissance envers nos bénévoles, particulièrement ceux du CU et des comités de résidents, lors de l'AGA pour souligner leur excellent travail.

Juliette Dupuis Présidente

COMITÉ DE LA VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le Comité de la vigilance et de la qualité a pour mandat d'analyser les rapports et recommandations transmis au Conseil d'administration qui portent sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. De par ses interventions, il assure un suivi des recommandations et favorise la concertation des intervenants pour améliorer la qualité des services aux usagers.

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a présenté un rapport sommaire à toutes les réunions du Comité incluant les démarches d'amélioration entreprises avec les gestionnaires de l'établissement.

Des communications concernant les normes d'Agrément Canada à atteindre dans différents secteurs ont été transmises au comité. La direction du CSSSHY a également transmis au Comité un état de situation concernant les travaux préparatoires à la prochaine visite d'agrément. À cet effet, le Comité de la vigilance et de la qualité désire souligner le travail important réalisé par l'ensemble des équipes de l'amélioration continue.

Le Comité a pris connaissance des résultats de plusieurs rapports internes et externes, incluant les sondages de satisfaction des usagers. La direction a transmis à chacune des rencontres de l'information concernant les différents projets touchant l'amélioration de la qualité des services aux usagers. Par ailleurs, il a été avisé des activités accomplies par le Comité de gestion intégrée des risques. Il a assuré un suivi aux recommandations qui ont été portées à son attention auprès des instances de l'établissement.

En ce qui concerne les suites données par le Comité de la vigilance et de la qualité aux principales recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, un tableau de suivi des recommandations est complété et un suivi est effectué par le directeur général adjoint afin d'assurer la mise en place des différentes recommandations.

Relativement aux différents rapports et recommandations, le Comité de la vigilance et de la qualité a pris connaissance des résultats du plan d'action en regard de l'amélioration de l'alimentation en CHSLD. Il a aussi pris connaissance des plans d'action rédigés à la suite des visites ministérielles en CHSLD. Par ailleurs, lors de la réception d'un rapport du coroner, le Comité a formulé une recommandation auprès du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Le Comité assure aussi un suivi de l'avancement des travaux en regard de l'amélioration continue et plus particulièrement du suivi accordé aux normes d'Agrément Canada.

En terminant, le Comité remercie MM. Yves Bélanger, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, Yves Fortin, directeur général, Rémi Brassard, directeur général adjoint, Alain Proulx, coordonnateur à la qualité et à la gestion des risques, et tout le personnel pour leur implication, leur engagement ainsi que leur vigilance en regard de la qualité, de la sécurité et de l'amélioration continue des soins et des services aux usagers du CSSSHY.

Frank Juland

Présidente



COMITÉ DE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

Le Comité de gestion intégrée des risques a notamment pour fonction de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- Déterminer et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, d'en prévenir l'apparition et d'en contrôler la récurrence.
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la personne touchée et à ses proches.
- Mettre en place un système de surveillance et recommander au Conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures pour prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que pour les contrôler, s'il y a lieu.

Au cours du dernier exercice, le Comité n'a pas émis de recommandation. Il a effectué les suivis suivants :

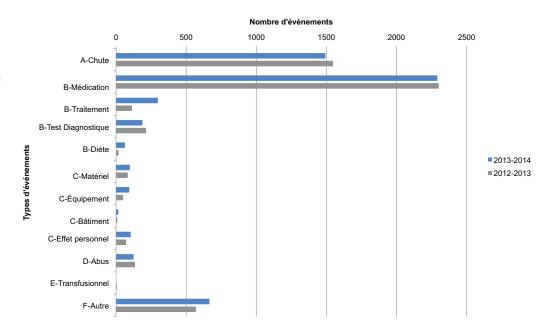
- Priorités de l'établissement en matière de gestion des risques, de déclaration des incidents ou des accidents ainsi que de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales, soit :
 - 1. suivi des événements sentinelles:
 - 2. suivi des rapports d'incident ou accident (AH-223);
 - 3. suivi des non-conformités du laboratoire;
 - 4. suivi des rapports de coroner;
 - 5. suivi des alertes médicales;
 - 6. comité de prévention des infections;
 - 7. comité d'administration sécuritaire des médicaments:
 - 8. comité des mesures d'urgence;
 - 9. comité de santé et sécurité au travail;
 - 10. sécurité transfusionnelle:
 - 11. sécurité des actifs informationnels:
 - 12. comité santé mentale.
- Événements sentinelles faisant l'objet d'une enquête. Analyse particulière de chaque cas et participation aux mesures correctives à la suite du rapport d'analyse des causes souches par les directions concernées.
- Formation sur les mesures d'urgence et les exercices d'incendie pour les sites d'hébergement et l'hôpital.
- Procédure de double vérification des médicaments à risque élevé par le comité d'administration sécuritaire des médicaments.
- Poursuite du développement d'une culture de sécurité des usagers, notamment durant la Semaine nationale de sécurité des patients (28 octobre au 1^{er} novembre 2013).
- Utilisation efficace et sécuritaire de la base de données bibliothèque MEDNET qui est intégrée dans les pompes volumétriques.

- Analyse prospective faite grâce à la méthode AMDEC (analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité) sur l'utilisation de protègeridelles sur les civières du service de l'urgence.
- Transmission de données sur les incidents et accidents au Système d'information sur la sécurité des soins et de services du MSSS, effectuée de façon périodique.
- Procédure sur la gestion des médicaments contrôlés (narcotiques, benzodiazépines et autres) par le comité d'administration sécuritaire des médicaments.
- Rapports statistiques en santé et sécurité au travail : poursuite du processus d'amélioration du système de compilation des événements accidentels concernant les piqûres d'aiguilles, les déplacements sécuritaires des usagers et les agressions.
- Matrices de risques à l'intérieur de différents services et des plans d'amélioration requis, le cas échéant.
- Audits sur les risques réalisés par des auditeurs internes (enquête et observation) dans toutes les équipes de soins et de services du CSSSHY.

Olivier Guern Président

		TAUX			
TYPES D'INFECTIONS NOSOCOMIALES SOUS SURVEILLANCE	INDICATEUR	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Clostridium Difficile	Taux/10 000 jours-patients	4,1	3,7	11,5	6,7
SARM	SARM nosocomial / 10 000 jours-présence	5,93	8,8	7,1	9
Bactériémies nosocomiales à Staphylococcus aureus	Nbre de bactériémies / 10 000 jours-présence	1,37	0,93	1,89	0,5
Bactériémies reliées aux cathéters aux soins intensifs	Nbre de bactériémies / 1 000 jours-cathéter	0	4,3	8,22	2
Infections urinaires nosocomiales associées à une sonde aux soins intensifs	Infections urinaires / 1 000 jours-sonde	9,88	11,74	13,35	1,1
Bactériémies nosocomiales panhospitalières	Nbre de bactériémies / 10 000 jours-présence	2,74	3,94	4,95	3,9
Bactériémies reliées aux accès veineux en hémodialyse	Nbre de bactériémies / 100 sessions	0	0,03	0,03	0
ERV	ERV nosocomial / 10 000 jours-présence	nil	0,82	0	9,3

Nombre d'événements selon le type Périodes I à 13 2013-2014 vs 2012-2013



COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Le Comité d'éthique clinique a pour mandat d'accompagner et de soutenir le milieu en offrant notamment une aide à la réflexion et à la délibération éthiques. Son mandat vise également à favoriser, chez les personnes et dans l'organisation, le développement d'une sensibilité éthique et des compétences qui s'y rattachent. Il soutient les intervenants dans leur démarche de prise de décision sur un problème d'éthique clinique particulier afin qu'ils puissent faire un choix éclairé. Il formule aussi des avis sur des questions cliniques relatives à des thèmes suscitant des enjeux éthiques pour éclairer la prise de décision des intervenants, des usagers et leurs proches dans un contexte donné. Finalement, il sensibilise les intervenants, les usagers et les proches aux guestions et enjeux éthiques et il favorise le développement d'habiletés à composer avec ces situations.

En 2013-2014, le Comité d'éthique clinique a poursuivi la démarche afin de simplifier la grille de délibération utilisée et la rédaction des avis avec l'aide d'un consultant en éthique. Ces changements simplifient le processus de délibération et de rédaction des avis permettant ainsi de répondre plus rapidement aux demandes. De plus, il a rédigé une délibération sur un cas type. Cet outil servira de modèle à des fins didactiques lors de rencontres devant avoir lieu avec le personnel du CSSSHY pour sensibiliser les différents groupes à la méthode de travail du Comité d'éthique clinique.

Ce travail fait partie du plan d'action du Comité d'éthique clinique visant à le faire connaître davantage. Ce plan prévoit des rencontres avec chacun des services et des médecins. Le déploiement de ces rencontres débutera en 2014-2015.

Pierre Routhier Président

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche s'assure que toute demande qui lui est soumise est respectueuse de la dignité, de la sécurité, de l'intégrité et des droits de la personne. C'est dans cette perspective que le Comité d'éthique de la recherche doit :

- Faire l'évaluation initiale des demandes en s'assurant que toute la recherche avec des sujets humains est conforme au cadre normatif en vigueur.
- Faire régulièrement la réévaluation des recherches en cours déjà approuvées (suivi continu).
- Mener des activités de sensibilisation au sein du CSSSHY.

Le Comité d'éthique de la recherche a étudié un nouveau projet, relatif au domaine de la néphrologie.

Les membres du Comité d'éthique de la recherche sont à l'affût de tout développement traitant de l'éthique de la recherche. La transformation de l'application du mécanisme multicentrique d'évaluation des projets de recherche est suivie de près. Ils sont entièrement engagés à poursuivre leur mandat avec rigueur.

Marjolaine DuguayPrésidente

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Responsabilités du Comité des ressources humaines

Sous réserve des pouvoirs du directeur général et du Conseil d'administration, le Comité des ressources humaines exerce les fonctions suivantes :

- Suivre la réalisation du plan d'action découlant de la planification stratégique adoptée par le Conseil d'administration et faire rapport à ce dernier.
- Accepter tout autre mandat confié par résolution du Conseil d'administration.

Composition du Comité des ressources humaines

Le Comité des ressources humaines est institué en vertu du Règlement de régie interne du Conseil d'administration et est formé comme suit :

- Un maximum de deux membres du Conseil d'administration (excluant les employés, médecins, dentistes et pharmaciens), dont un qui assure la présidence du Comité à la suite d'une nomination par le Conseil d'administration.
- Le directeur des ressources humaines et du développement organisationnel.
- Un autre membre du personnel d'encadrement.
- Une personne désignée par et parmi le Conseil des infirmières et infirmiers.
- Un membre parmi les employés du secteur d'assistance (préposés aux bénéficiaires et auxiliaires familiales).
- Un membre parmi les employés du secteur bureau et entretien.
- Deux personnes désignées par et parmi le Conseil multidisciplinaire.
- Le directeur général en tant que membre d'office.

Jocelyne RacinePrésidente

BÉNÉVOLAT

Le CSSSHY compte près de 200 bénévoles et environ 40 auxiliaires bénévoles. Ils sont présents auprès des patients et des résidents des différents services, tels que l'hébergement, l'oncologie, les soins palliatifs, la petite enfance, la vaccination et autres. En partenariat avec les intervenants des soins et des services, leurs actions prennent différentes formes : réconfort et écoute, aide à l'alimentation et aux déplacements, aide technique et logistique, accueil lors d'activités de loisirs, culturelles, physiques, sociales, spirituelles, décoration thématique des milieux de vie et autres. Par ailleurs, les fonds amassés par les auxiliaires bénévoles sont investis dans l'achat d'équipements pour les soins et services de même que pour contribuer au plan quinquennal de la Fondation du Centre hospitalier de Granby.

D'autres bénévoles investissent temps et énergie au Conseil d'administration ou à divers comités de l'établissement. Leur engagement assure la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés ainsi que le respect des droits des usagers.

La direction de l'établissement remercie l'ensemble des bénévoles pour leur implication, leur assiduité et leur persévérance à offrir un complément aux services offerts par le CSSSHY avec, comme objectif ultime, le bien-être des usagers et des résidents.

RESSOURCES HUMAINES AU CSSSHY

Effectifs de l'établissement en équivalents temps complet			
	Exercice en cours	Exercice antérieur	
Les cadres : (en date du 31 mai	rs)		
Temps complet (sauf les personnes en stabilité d'emploi)	69	67	
Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (sauf les personnes en stabilité d'emploi)	7	7	
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0	

Les employés réguliers : (en date du 31 mars)			
Temps complet (sauf les personnes en sécurité d'emploi)	830	805	
Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (sauf les personnes en sécurité d'emploi)	292	291	
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0	

Les occasionnels :		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	514 602	539 416
Équivalents temps complet (b)	282	295

- (a) L'équivalence temps complet se calcule ainsi pour les cadres et les employés réguliers : le nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.
- (b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : le nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.







Conseil d'administration	1
Comité exécutif	
Pierrette Grenier	Présidente
Benoit Dulude	Vice-président
Jacques Frégeau	Secrétaire
François Hamel	Trésorier
Elias Kassab	Président sortant
Administrateurs	
Nancy Brodeur	Yves Lalonde
Pierre Chevrier	Diane Martel
Yves Fortin	Robert Poitras
Blanche Gauthier-Marcotte	Martin Rov

Votre contribution : un geste tangible

La Fondation du Centre hospitalier de Granby (CHG) a lancé l'automne dernier la plus importante campagne de financement de son histoire. L'objectif a été fixé à 10 M\$. Sous le thème « Partenaires en santé », cette campagne quinquennale a donné lieu jusqu'à maintenant à une importante mobilisation tant auprès des différentes instances du CSSSHY qu'auprès des entreprises et citoyens de la région.

Les fonds amassés permettront au CSSSHY:

- la création d'une nouvelle unité de soins intensifs;
- l'aménagement de cliniques spécialisées en soins ambulatoires;
- l'achat d'équipements de nouvelle technologie en imagerie médicale;
- · l'acquisition d'autres équipements.

Trente ans au cœur des gens d'ici

Depuis sa création en 1984, la Fondation du CHG a investi près de 15 M\$ dans l'achat d'équipements médicaux spécialisés. Les dons reçus améliorent les soins et les services de santé tout en suscitant l'engagement envers une l'institution bien ancrée dans son milieu et répondant aux demandes sans cesse croissantes en santé.

Des activités-bénéfice diversifiées

Chaque année, la Fondation organise six activitésbénéfice qui lui permettent de générer des revenus nets de près de 400 000 \$:

- · Concert de Noël
- Défi « En barque pour ta Fondation »
- Dégustation de pâté chinois
- Festin-Homard
- Partie d'huîtres
- Loto-Fondation

Remerciements

Merci aux donateurs, commanditaires, bénévoles, comités organisateurs, employés et médecins pour leur appui indéfectible. Leurs dons et leur implication permettent l'amélioration des soins de santé de qualité dans la région de la Haute-Yamaska et les rendent accessibles.



De gauche à droite : Benoit Chabot, André Larocque et Caroline Ouimette.



Conseil d'administration	
Comité exécutif	
Marc Breton	Président
Micheline Vallières	Vice-présidente
Martin Lemieux	Trésorier
Louis Choinière	Président sortant
André Hamel	Secrétaire
Administrateurs	
Suzanne Côté	Danielle Picard
Yves Fortin	Jean-Marc Savoie
Pierrette Grenier	

La Fondation Horace-Boivin - Centres d'hébergement est le partenaire du CSSSHY pour le développement et le maintien de places en hébergement.

Ayant pour mission de pourvoir aux besoins en hébergement, la Fondation Horace-Boivin a procédé à l'ouverture d'une nouvelle résidence offrant l'hébergement à 45 personnes en perte d'autonomie. Portant fièrement le nom *Pavillon Louis G. Choinière*, cette nouvelle ressource intermédiaire représente un investissement de plus de 4 M\$. Ce nouveau bâtiment a été construit en respectant les normes les plus sévères de sécurité, de confort et d'ergonomie pour les résidents et le personnel qui y travaille, tout en demeurant un milieu de vie adapté. Ce projet s'ajoute aux installations déjà en place tels que le *Domaine Vittie & Desjardins*, le *Pavillon Omer-Deslauriers*, le *Pavillon Jules-Crevier*, la *Maison Bergeron-Jetté*, sans oublier le nouveau CLSC Bromont.

La Fondation Horace-Boivin s'est aussi impliquée dans l'acquisition et l'aménagement de la résidence *Le Romarin*, une ressource intermédiaire en santé mentale offrant l'hébergement à neuf personnes.

Depuis l'acquisition de l'église Saint-Joseph, la Fondation offre la possibilité d'établir le CLSC Saint-Joseph et le Quartier, un local de prêts d'équipements, dans de nouveaux locaux réaménagés afin de combler les besoins d'espace du CSSSHY.

Toujours à l'écoute des changements imposés par une population vieillissante, nos projets se multiplient et se diversifient. Notre collaboration avec le CSSSHY nous permet d'offrir notre expertise pour assurer aux personnes vivant une perte d'autonomie un « chezsoi » de qualité.

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Deloitte.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. 190, rue Déragon Granby QC J2G 5H9 Canada

Tél.: 450-372-3347 Téléc.: 450-372-8643 www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska

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 de la 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 la Haute-Yamaska pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2014 (voir ci-dessous).

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 la Haute-Yamaska.

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 relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska 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 relative au rapport annuel de gestion codifiée (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 la Haute-Yamaska pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », 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.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, 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 la Haute-Yamaska au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, des surplus (déficits) cumulés, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 11 juin 2014, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider le Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Le 11 juin 2014

reloitte SENCRE / S.A. l.

¹FCPA auditeur, FCA, permis de comptabilité publique n° A104299

ÉTAT DES RÉSULTATS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2014

	Budget	Exploitation	Immobilisations	31 MARS 2014	3	31 MARS 2013	
1 REVENUS							
Subventions Agence et MSSS	138 532 239	136 986 616	5 977 272	142 963 888 \$		139 227 690	\$
Subventions Gouvernement du Canada	118 113	118 110	_	118 110		118 113	
Contributions des usagers	7 702 300	7 666 720	_	7 666 720		7 407 118	
Ventes de services et recouvrements	1 796 000	2 071 753	-	2 071 753		1 937 543	
Donations	970 000	63 268	862 056	925 324		869 860	
Revenus de placement	34 000	81 172	-	81 172		38 524	
Revenus de type commercial	480 000	155 688	-	155 688		172 544	
Autres revenus	1 835 921	967 699	21	967 720		2 036 993	
	151 468 573	148 111 026	6 839 349	154 950 375		151 808 385	_
CHARGES							
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	98 950 782	99 611 211	_	99 611 211		98 094 003	
Médicaments	4 754 470	4 496 175	-	4 496 175		4 521 418	
Produits sanguins	3 307 547	3 468 016	-	3 468 016		3 764 669	
Fournitures médicales et chirurgicales	5 959 702	6 467 506	-	6 467 506		6 193 227	
Denrées alimentaires	1 439 194	1 517 233	-	1 517 233		1 489 588	
Rétributions versées aux ressources non							
institutionnelles	6 871 000	7 952 043	-	7 952 043		6 859 568	
Frais financiers	2 320 000	511	1 972 262	1 972 773		2 140 441	
Entretien et réparations, y compris les dépenses							
non capitalisables relatives aux immobilisations	1 644 618	2 208 327	174 336	2 382 663		2 165 919	
Créances douteuses	-	31 969	-	31 969		134 019	
Loyers	960 068	862 116	-	862 116		902 658	
Amortissement des immobilisations	4 900 000	-	5 023 482	5 023 482		4 639 050	
Autres charges	20 668 802	18 255 733	-	18 255 733		18 828 334	_
	151 776 183	144 870 840	7 170 080	152 040 920		149 732 894	-
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(307 610)	3 240 186	(330 731)	2 909 455 \$	_	2 075 491	\$
¹ Montants recus des Fondations :							
Fonds d'exploitation				47 719 \$		72 252	\$
Montants alloués des Fondations :							
Fonds d'immobilisations				100 103		374 152	
ÉTAT DES SUPPLUS (DÉSISITE)						
ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULES						
AU 31 MARS 2014							
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉ	JA ETABLIS	(1 587 732)	6 078 831	4 491 099 \$		1 836 788	\$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures						578 820	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT RE	npessés —	(1 587 732)	6 078 831	4 491 099	_	2 415 608	
CON LOS (DEL IONS) COMOLES AO DEBOT RE	DILLOGEO	(1307732)	0 070 031	4 491 099		2 413 000	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE		3 240 186	(330 731)	2 909 455		2 075 491	
Autres variations Transferts interfonds		(3 240 186)	3 240 186				
	_				_	_	-
² SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	_	(1 587 732)	8 988 286	7 400 554 \$	_	4 491 099	_ \$

² Les surplus cumulés au 31 mars constituent un solde non affecté.

2013 2014

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2014

	Exploitation	Immobilisations	31 MARS 2014	31 MARS 2013
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	8 532 188	487 027	9 019 215 \$	1 647 783 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	6 153 879	603 653	6 757 532	10 638 301
Autres débiteurs	1 560 813	116 798	1 677 611	1 692 920
Créances interfonds (dettes interfonds) Subvention à recevoir - réforme comptable	(6 695 452) 9 674 083	6 695 452 3 748 262	- 13 422 345	12 137 309
Frais reportés liés aux dettes	9 074 003	95 631	95 631	67 411
Autres éléments	=	-	-	86 063
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	19 225 511	11 746 823	30 972 334	26 269 787
PASSIFS				
Emprunts temporaires	-	7 040 208	7 040 208	4 911 225
Autres créditeurs et autres charges à payer	12 219 178	1 722 392	13 941 570	13 442 505
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées		2 854 558	2 854 558	1.070.060
Intérêts courus à payer	- -	603 653	603 653	1 879 262 616 281
Revenus reportés	735 295	5 964 895	6 700 190	7 174 225
Dettes à long terme	-	54 726 177	54 726 177	54 170 470
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	10 893 315	-	10 893 315	10 987 322
Autres éléments	116 998	-	116 998	161 135
TOTAL DES PASSIFS	23 964 786	72 911 883	96 876 669	93 342 425
DETTE NETTE	(4 739 275)	(61 165 060)	(65 904 335)	(67 072 638)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	=	70 120 661	70 120 661	68 970 264
Stocks de fournitures	1 851 275	<u>-</u>	1 851 275	1 624 300
Frais payés d'avance	1 300 266	32 687 70 153 348	1 332 953	969 173 71 563 737
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	3 151 541	70 153 346	73 304 889	/ 1 503 / 3/
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(1 587 734)	8 988 288	7 400 554 \$	4 491 099 \$
ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE N AU 31 MARS 2014	ETTE			
DETTE NETTE AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIE Modifications comptables avec retraitement des	(4 107 989)	(62 964 649)	(67 072 638) \$	(67 791 109) \$
années antérieures		=		578 820
DETTE NETTE AU DÉBUT REDRESSÉE	(4 107 989)	(62 964 649)	(67 072 638)	(67 212 289)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	3 240 186	(330 731)	2 909 455 \$	2 075 491 \$
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions	-	(6 258 963)	(6 258 963) \$	(6 430 951) \$
Amortissement de l'exercice	-	5 023 482	5 023 482	4 639 050
Perte sur dispositions Produits sur dispositions	-	76 100 8 984	76 100 8 984	-
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	-	(1 150 397)	(1 150 397)	(1 791 901)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures			(4 0E4 07E) C	(4 GO4 200) C
Acquisition de frais payés d'avance Utilisation de stocks de fournitures	(1 851 275)	-	(1 851 275) \$	(1 624 300) \$
LINNESHOU OF CIUCKE OF TOHILDINGS	(1 300 266)	(32 687)	(1 332 953)	(969 173)
	(1 300 266) 1 624 300	- '	(1 332 953) 1 624 300	(969 173) 1 470 078
Utilisation de frais payés d'avance TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE	(1 300 266)	(32 687) - 73 216	(1 332 953)	(969 173)
Utilisation de frais payés d'avance	(1 300 266) 1 624 300	- '	(1 332 953) 1 624 300	(969 173) 1 470 078
Utilisation de frais payés d'avance TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE	(1 300 266) 1 624 300 895 957	73 216	(1 332 953) 1 624 300 969 173	(969 173) 1 470 078 979 456
Utilisation de frais payés d'avance TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(1 300 266) 1 624 300 895 957 (631 284)	73 216 40 529	(1 332 953) 1 624 300 969 173	(969 173) 1 470 078 979 456
Utilisation de frais payés d'avance TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(1 300 266) 1 624 300 895 957 (631 284) (3 240 186)	73 216 40 529 3 240 186	(1 332 953) 1 624 300 969 173 (590 755)	(969 173) 1 470 078 979 456 (143 939)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2014

	31 MARS 2014	31 MARS 2013
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus	2 909 455	2 075 491 \$
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE Créances douteuses Stocks et frais payés d'avance Perte sur disposition d'immobilisations Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations Amortissement des immobilisations Amortissement de l'escompte et de la prime TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	31 969 (590 755) 76 100 (862 056) 5 023 482 13 428 3 692 168 5 565 178 12 166 801	134 019 (143 939) - (805 750) 4 639 050 20 182 3 843 562 1 904 327 7 823 380
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(6 258 963)	(6 430 951)
Produits de disposition Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement en immobilisations	8 984 (6 249 979)	(6 430 951)
·		
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Subvention à recevoir - Réforme comptable	(1 285 036)	(2 124 683)
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement	(1 285 036)	(2 124 683)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT VARIATION DES DETTES Emprunts effectués - Dettes à long terme Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme Emprunts remboursés - Dettes à long terme Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations Flux de trésorerie provenant des activités de financement AUGMENTATION DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	3 223 893 6 237 518 (2 668 186) (6 237 518) 3 630 622 (1 312 522) (189 117) 2 684 690 7 316 476 1 893 813 9 210 289	4 060 880 6 476 122 (2 761 146) (6 476 122) - - 1 299 734 567 480 1 326 333 1 893 813
AUTRES RENSEIGNEMENTS INTÉRÊTS		
Intérêts débiteurs (dépenses)	1 958 835	2 119 044
Intérêts déboursés (dépenses)	(1 971 463)	(2 123 195)
AVOIRS FINANCIERS Espèces, effets en main et dépôts en circulation Débiteurs Agence - MSSS Autres débiteurs Frais reportés liés aux dettes Autres éléments d'actifs Provision pour créances douteuses Chèques en circulation Autres créditeurs et frais à payer Intérêts courus à payer sur emprunts Revenus reportés à court terme	(103 560) 3 880 769 10 840 (41 648) 86 063 (27 500) 48 605 499 064 (12 628) 388 021	51 560 411 (231 801) (37 604) (86 063) (103 000) (530 355) 1 561 130 (4 152) 171 219
Avances en provenance des agences - enveloppes décentralisées Autres éléments de passifs	975 296 (138 144)	(497 317) 1 101 808
Excédent des éléments du passif sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement	5 565 178	1 904 327

¹ La trésorerie et les équivalents de trésorerie à la fin comprennent de l'encaisse seulement.



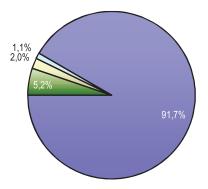
ÉTAT DES RÉSULTATS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2014

FONDS D'EXPLOITATION	Budget	Activités principales	Activités accessoires	31 MARS 2014	31 MARS 2013	
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS	132 469 849	135 864 416	1 122 200	136 986 616 \$	133 117 640	\$
Subventions Gouvernement du Canada	118 113	-	118 110	118 110	118 113	
Contribution des usagers	7 702 300	7 666 720	-	7 666 720	7 407 118	
Ventes de services et recouvrements	1 796 000	2 071 753	-	2 071 753	1 937 543	
Donations	70 000	63 268	-	63 268	64 110	
Revenus de placement	34 000	81 172	-	81 172	38 524	
Revenus de type commercial	480 000	=	155 688	155 688	172 544	
Autres revenus	1 835 921	788 414	179 285	967 699	2 036 785	
	144 506 183	146 535 743	1 575 283	148 111 026	144 892 377	
01147070						
CHARGES	00.050.700	00 000 740	4 040 400	00 044 044	00.004.000	
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	98 950 782	98 398 748	1 212 463	99 611 211	98 094 003	
Médicaments	4 754 470	4 496 175	-	4 496 175	4 521 418	
Produits sanguins	3 307 547	3 468 016	-	3 468 016	3 764 669	
Fournitures médicales et chirurgicales	5 959 702	6 467 506	-	6 467 506	6 193 227	
Denrées alimentaires	1 439 194	1 517 233	-	1 517 233	1 489 588	
Rétributions versées aux ressources non	0.074.000	7.050.040		T 070 040	0.050.500	
institutionnelles	6 871 000	7 952 043	-	7 952 043	6 859 568	
Frais financiers	-	511	-	511	1 215	
Entretien et réparations	1 594 618	2 208 327	-	2 208 327	2 165 919	
Créances douteuses	-	31 969	-	31 969	134 019	
Loyers	960 068	862 116	-	862 116	902 658	
Autres charges	20 668 802	17 913 630	342 103	18 255 733	18 828 334	
<u>-</u>	144 506 183	143 316 274	1 554 566	144 870 840	142 954 618	_
SURPLUS DE L'EXERCICE	-	3 219 469	20 717	3 240 186 \$	1 937 759	\$

STATISTIQUES 2013-2014

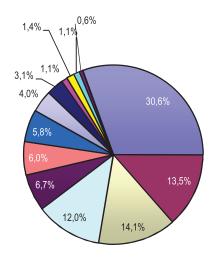
Revenus

	%
Agence	91,7
Usagers	5,2
Autres	2,0
Activités accessoires	1,1
_	100,0



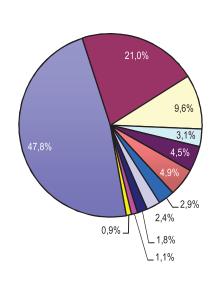
Activités par secteur

	%
Programme - Santé physique	30,6
Autres	13,5
Programme PALV - Hébergement	14,1
Gestion des bâtiments et des équipements	12,0
Programme PALV - Services à domicile	6,7
Services administratifs	6,0
Programme - Santé mentale	5,8
Services de soutien	4,0
Services généraux - activités cliniques et d'aide	3,1
Programme - Jeunes en difficultés	1,1
Programme - Santé publique	1,4
Charges non réparties	1,1
Activités accessoires	0,6
	100,0



Activités par nature de dépenses

	%
Salaires	47,8
Avantages sociaux et charges sociales	21,0
Services achetés	9,6
Médicaments	3,1
Fournitures médicales et chirurgicales	4,5
Autres	4,9
Autres fournitures	2,9
Produits sanguins	2,4
Entretien et fonctionnement des installations	1,8
Denrées alimentaires	1,1
Activités accessoires	0,9
	100.0



		2014
LE CSSSHY EN RÉSUMÉ		
Exercice terminé le 31 mars 2014	2013-2014	2012-2013
	2013 2011	2012 2015
Jours-présence CH		
courte durée	56 393	57 724
	30 373	31124
CHSLD	105 711	440.00
en ressources institutionnelles	106 514	110 807
en ressources non institutionnelles TOTAL	62 524 169 038	57 703 168 510
TOTAL	107 030	100 310
Usagers		
admis en centre hospitalier	6 357	6 672
services de santé en CLSC	25 271	24 072
services sociaux en CLSC	3 215	3 204
services à domicile	3 413	3 301
Nombre de lits dressés en soins		
de courte durée	150	150
de courte durée - en attente d'hébergement	12	18
de longue durée	269	304
d'hébergement temporaire	2	2
Durée moyenne de séjour (jours)		
	8,9 1	8,7
Soins généraux et spécialisés Soins psychiatriques	24,4 ¹	27,8
Natalité	2,6	2,5
Pourcentage d'occupation (lits au permis)		
de courte durée	103,0%	105 407
de longue durée	96,3%	105,4% 100,2%
de longue duice	J0,5 /0	100,2 /
Effectifs médicaux		
Spécialistes	62	52
Omnipraticiens	74	73
Ressources humaines		
Heures travaillées totales	2 359 929	2 337 647
Heures rémunérées totales	3 133 333	3 122 946
Personnel cadre		
Temps complet	69	67
Temps partiel	9	10
Équivalents temps complet	7	7
Personnel régulier		
Temps complet	830	805
Temps partiel	713	710
Équivalents temps complet	292	291
Occasionnels Equivalents temps complet	292	205
Équivalents temps complet	282	295
TOTAL - équivalents temps complet	1 480	1 465
TOTAL - nombre de personnes	1 903	1 887
¹ Incluant les usagers en attente d'hébergement occupant des lits de courte durée		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

Il opère selon les permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés incluant une installation pour les services externes de santé mentale, cinq centres d'hébergement et de soins de longue durée, six centres locaux de services communautaires, un centre de jour et des cliniques externes.

Le siège social du centre est situé au 205 Boulevard Leclerc Ouest à Granby, province de Québec.

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

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

-les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures (autrefois la Société immobilière du Québec – SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des montants de l'actif et de passif comptabilisés, sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels ainsi que sur les montants des revenus et des charges comptabilisés.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, le passif au titre des avantages sociaux futurs, le passif relié aux ajustements rétrospectifs en CSST et le passif pour coûts éventuels reliés aux griefs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

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

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

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

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel.

Revenus

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

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passés aux résultats au fur et à mesure que l'établissement bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Revenus d'intérêts

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

Autres revenus

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

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité. s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

Salaires

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

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

Débiteurs

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

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

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

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

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus, doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

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

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

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

Avantages sociaux futurs

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance-salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

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

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur nette de réalisation. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

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

Comptabilité par fonds

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

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

Prêts interfonds

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

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

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement.

Les activités sont classées en deux groupes :

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

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliée à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun de ces centres d'activités est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres d'activités.

Unités de mesure

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

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

Avoir propre

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

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

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

NOTE 3 - MODIFICATIONS COMPTABLES

Aucune modification comptable au cours de l'exercice 2014-2015.

NOTE 4 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 6 mai 2013 et amendées le 12 juin 2013.

NOTE 5 - INSTRUMENTS FINANCIERS

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la Loi en ce sens, et par le fait que les données financières de l'établissement sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire. Cependant, selon le chapitre SP 3450 Instruments financiers, la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée.

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

NOTE 6 - AUTORISATION D'EMPRUNT

Au cours de l'exercice, en vertu de l'article 13 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux et des articles 77.1 et 77.4 de la Loi sur l'administration financière, l'établissement a obtenu une autorisation d'emprunt renouvelable reliée à son fonds d'exploitation du 1^{er} avril au 29 juin 2013. Par la suite, l'établissement n'a pas renouvelé son autorisation d'emprunt.

L'autorisation en cours d'année permettait d'emprunter un maximum de 3 600 000 \$ sous forme de marge de crédit au taux préférentiel (3 % au 29 juin 2013) ou sous forme d'avances de crédit au taux des acceptations bancaires majoré de 0.30 % (1.52 % au 29 juin 2013).

NOTE 7 - EMPRUNTS TEMPORAIRES

	2013-2014 \$	2012-2013 \$
Financement temporaire auprès de la SQI, relatif à des projets immobiliers mandatés, portant intérêt à la moyenne des taux des acceptations bancaires canadiennes d'un mois majoré de 0.05 % (1.277 % au 31 mars 2014)	31 963 \$	16 151 \$
Financement temporaire auprès de Fonds de financement (Financement Québec au 31 mars 2013), relatif à des projets immobiliers mandatés, portant intérêt à la moyenne des taux des acceptations bancaires canadiennes d'un mois majoré de 0.05 % (1.277 % au 31 mars 2014)	3 000 000 \$	3 000 000 \$
Financement temporaire auprès de Fonds de financement (Financement Québec au 31 mars 2013), relatif à des montants reçus d'avril à septembre, portant intérêt à la moyenne des taux des acceptations bancaires canadiennes d'un mois majoré de 0.05 % (1.277 % au 31 mars 2014)	4 008 246 \$	1 895 074 \$
Total des emprunts temporaires :	7 040 209 \$	4 911 225 \$

NOTE 8 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AUX RISQUES FINANCIERS

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

a) Risque de crédit :

Les principaux actifs financiers de l'établissement sont énumérés à la page 204 et sont assujettis au risque de crédit. La valeur comptable des actifs financiers au bilan représente le risque de crédit maximal à la date de l'état de la situation financière.

Le risque de crédit lié à l'encaisse est limité puisque la contrepartie est le mouvement des caisses Desjardins jouissant de cotes de solvabilité élevées attribuées par des agences de notation nationales.

Le risque de crédit lié aux débiteurs – Agence et MSSS et à la subvention à recevoir – réforme comptable est limité puisque ces sommes ont déjà été confirmées par l'Agence ou le MSSS.

Le risque de crédit lié aux autres débiteurs regroupe principalement les montants à recevoir de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST pour lesquels le risque de crédit est faible étant donné la situation financière des contreparties, ainsi que des usagers eux-mêmes. Le total de ces montants est présenté dans l'état de la situation financière déduction faite de la provision pour créances douteuses, laquelle a fait l'objet d'une estimation par la direction de l'établissement en fonction de l'expérience antérieure.

La direction a pour objectif d'assurer un suivi serré de ses comptes à recevoir afin de réduire le risque de crédit. La direction a recours aux agences de recouvrement et aux firmes d'avocats pour recouvrer certaines sommes. Il n'y a eu aucun changement dans les objectifs et les procédures de gestion du risque de crédit au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2014.

RAPPORT ANNUEL

b) Risque de liquidités :

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. L'établissement surveille le solde de son encaisse et ses flux de trésorerie qui découlent de son fonctionnement pour être en mesure de respecter ses engagements. Les passifs financiers de l'établissement sont présentés à la page 204.

c) Risque de marché :

Le risque de marché inclut le risque de change et le risque de taux d'intérêt.

c1) Risque de change :

Le risque de change est minime car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises étrangères.

c2) Risque de taux d'intérêt :

Le risque de taux d'intérêt provient principalement de l'emprunt bancaire, des avances de fonds en provenance de l'Agence – Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme.

Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme est minimal puisque les intérêts sont assumés par le MSSS ou l'Agence.

L'emprunt bancaire porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0.30 %. Par conséquent, l'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt découlant des variations dans le taux des acceptations bancaires.

NOTE 9 - DETTES À LONG TERME

BILLETS À TERME :	2013-2014 \$	2012-2013 \$
Billet à terme	-\$	4 105 462 \$
Billet à terme	-\$	2 459 089 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en juin 2014 par 4 versements annuels d'un montant de 391 863 \$ ainsi qu'un versement final de 6 513 471 \$ plus des intérêts au taux de 3,017 %	6 513 471 \$	6 905 334 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en juin 2034 par versements annuels d'un montant de 782 921 \$ plus des intérêts au taux de 4,991 %	16 441 342 \$	17 224 263 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en décembre 2016 par 5 versements annuels d'un montant de 174 593 \$ ainsi qu'un versement final de 3 491 859 \$ plus des intérêts au taux de 2,817 %	3 841 045 \$	4 015 638 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en juin 2016 par 5 versements annuels d'un montant de 87 916 \$ ainsi qu'un versement final de 1 318 747 \$ plus des intérêts au taux de 2,880 %	1 494 580 \$	1 582 497 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en décembre 2017 par 5 versements annuels d'un montant de 188 945 \$ ainsi qu'un versement final de 3 778 894 \$ plus des intérêts au taux de 3,418 %	4 345 729 \$	4 534 673 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en décembre 2017 par 5 versements annuels d'un montant de 243 034 \$ ainsi qu'un versement final de 4 860 684 \$ plus des intérêts au taux de 2,472 %	5 589 787 \$	5 832 821 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en avril 2017 par 5 versements annuels d'un montant de 191 787 \$ ainsi qu'un versement final de 1 497 711 \$ plus des intérêts au taux de 1,8972 %	2 073 072 \$	2 264 859 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en décembre 2019 par 6 versements annuels d'un montant de 198 079 \$ ainsi qu'un versement final de 3 538 420 \$ plus des intérêts au taux de 2,437 %	4 528 816 \$	4 726 896 \$
Billet à terme remboursable jusqu'en décembre 2018 par 4 versements annuels d'un montant de 468 666 \$ ainsi qu'un versement final de 7 546 236 \$ plus des intérêts au taux de 2,2169 %	9 420 901 \$	-\$
Total des billets à terme :	54 248 743 \$	53 651 532 \$
EMRPUNT HYPOTHÉCAIRE :	2013-2014	2012-2013

EMRPUNT HYPOTHÉCAIRE :	2013-2014 \$	2012-2013 \$
Emprunt hypothécaire remboursable jusqu'en juillet 2021 par versements annuels d'un montant de 83 175 \$ incluant des intérêts au taux de 7,875 %	477 434 \$	518 938 \$
Total de l'emprunt hypothécaire :	477 434 \$	518 938 \$
TOTAL DES DETTES À LONG TERME :	54 726 177 \$	54 170 470 \$

Les versements pour les 5 prochains exercices financiers se détaillent ainsi :

31 mars 2015	8 894 250 \$
31 mars 2016	2 384 379 \$
31 mars 2017	6 936 366 \$
31 mars 2018	11 643 485 \$
31 mars 2019	8 588 305 \$

NOTE 10 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'établissement a respecté cette obligation légale.

NOTE 11 - ENGAGEMENTS

A 1) Bail de location d'immeubles signé avec la SQI

L'établissement s'est engagé auprès de la Société québécoise des infrastructures (SQI) à verser un loyer annuel pour l'occupation des locaux suivants :

- Centre Marie-Berthe Couture sis au 230 rue Davignon, Granby
- CLSC Yvan Duquette sis au 294 rue Déragon, Granby
- Point de service CLSC sis au 363 rue Notre-Dame, Granby
- Centre de Waterloo sis au 5300 rue Courville, Waterloo

Ces baux, ont une durée de 15 ans, débutant le $1^{\rm er}$ avril 2000 et se terminant le 31 mars 2015. Une option de renouvellement automatique est prévue afin qu'à l'expiration de la durée initiale, une période additionnelle d'une durée de cinq ans soit ajoutée, à moins d'un avis écrit remis un an avant la fin de la durée initiale. Selon une entente, le MSSS s'est engagé à verser les montants du loyer directement à la Société québécoise des infrastructures. (Réf.P.390 L.05 C.03)

Le total des paiements minimums en vertu du bail pour les cinq prochains exercices se chiffre à environ 2 478 160 \$ et se détaille comme suit :

31 mars 2015	495 632 \$
31 mars 2016	495 632 \$
31 mars 2017	495 632 \$
31 mars 2018	495 632 \$
31 mars 2019	495 632 \$

A 2) Autres baux - location-exploitation

Les engagements pris par l'établissement, en vertu de baux, totalisent 1 898 084 \$. Les contrats viennent à échéance à différentes dates jusqu'en mars 2023. Les paiements minimums pour les prochains exercices se détaillent comme suit :

31 mars 2015	428 656 \$
31 mars 2016	348 487 \$
31 mars 2017	325 462 \$
31 mars 2018	272 221 \$
31 mars 2019	216 942 \$

B) Contrats pour l'approvisionnement en biens ou services.

L'établissement s'est engagé d'après des contrats d'entretien d'équipements échéant en mai 2020 à verser une somme de 3 574 684 \$ durant cette période. Les paiements minimums exigibles pour les cinq prochains exercices s'élèvent à :

31 mars 2015	2 461 899 \$
31 mars 2016	596 418 \$
31 mars 2017	303 568 \$
31 mars 2018	164 107 \$
31 mars 2019	33 767 \$

NOTE 12 - MESURES DE FIN D'ENGAGEMENT - PERSONNEL D'ENCADREMENT

Mesures de fin d'engagement reliées au départ de cinq cadres. Les coûts reliés à ces mesures de fin d'engagement ont tous été comptabilisés au s-c/a 7906. Les passifs reliés aux mesures de fin d'engagement ont été comptabilisés au 31 mars 2013 et 2014. Le passif au 31 mars 2013 avait été estimé puisque les ententes n'étaient pas toutes signées. Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2014, les ententes ont toutes été signées.

Montant total que l'établissement s'attend à encourir	276 644 \$
Montant encouru au cours de la période	108 925 \$
Montant cumulatif encouru à ce jour	108 925 \$
Passif relié aux mesures de fin d'engagement au 31 mars 2013	130 000 \$
Montant versé au cours de l'exercice	108 925 \$
Correction du passif au 31 mars 2013 suite à une entente	(21 474) \$
Nouvelles ententes de fin d'engagement dans l'exercice	168 118 \$
Passif relié aux meures de fin d'engagement au 31 mars 2014	167 719 \$

NOTE 13 - OPÉRATIONS NON MONÉTAIRES

Au cours de l'exercice, l'établissement a effectué des transactions sans effet sur la trésorerie se détaillant ainsi :

- A) Acquisition de 1 722 390 $\$ d'immobilisations en contrepartie de comptes à payer
- B) Disposition d'immobilisations de 85 094 \$ en contrepartie de subvention à recevoir Réforme comptable.

NOTE 14 - CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certaines données de l'exercice précédent ont été reclassées afin que leur présentation soit conforme à celle adoptée pour l'exercice courant.

MESURES DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Bilan d'application de la loi mettant en oeuvre 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.

Le 12 juin 2010, l'Assemblée nationale sanctionnait le projet de Loi 100 établissant l'objectif de réduire de 10 % les dépenses de fonctionnement de nature administrative constatées en 2009-2010, et ce, d'ici le 31 mars 2014. Des mesures spécifiques ont été ciblées par le Gouvernement en 2011-2012 pour y arriver.

Ces mesures visent la réduction de la taille des effectifs du personnel administratif et d'encadrement et une réduction de $25\,\%$ des dépenses de déplacement, de formation et de publicité.

L'établissement s'est doté d'un plan de gestion de la performance afin d'assurer un suivi sur la réduction des effectifs et certaines autres dépenses en lien avec les volumes d'activités permettant ainsi l'atteinte de la cible ministérielle.

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

Description des réserves, commentaires et observations l	Année 20XX-20XX	Nature (D. 2 2)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2014		
	2	(R,O ou C) 3			PR 6	
Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonne 5, 6 et 7 :			
R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			R : pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Contrats de location d'immeubles conclus avec la SQI	2011-2012	R	Aucune car directives du MSSS			Х
Lacunes au niveau de la gestion des accès	2011-2012	С	Politique mise en place, par contre une documentation officielle du processus doit être produite		Х	
Lacunes au niveau de la procédure de gestion des changements aux applications et systèmes informatiques	2011-2012	С	Processus de changement mis en place, incluant la documentation des tests et l'approbation avant la mise en service	Х		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure	et les heures trava	illées et rémun	irées			
	ions de rémunérati	ion en vigueur lo	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article 2	2 du Règlen	nent
	ions de rémunérati	ion en vigueur lo	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article 2	2 du Règlen	nent
	ions de rémunérati	ion en vigueur lo	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article 2	2 du Règlen	nent
	ions de rémunérati	ion en vigueur la	rs de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article 2	2 du Règlem	nent
	ions de rémunérati	ion en vigueur lo	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article A	2 du Règlen	nent
sur certaines conditions de travail applicables aux cadres		ion en vigueur lo	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article 2	2 du Règlen	nent
sur certaines conditions de travail applicables aux cadres		ion en vigueur lo	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article 2	2 du Règlen	nent
sur certaines conditions de travail applicables aux cadres		ion en vigueur la	rs de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article :	2 du Règlen	nent
sur certaines conditions de travail applicables aux cadres		ion en vigueur lo	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article 2	2 du Règlen	nent
sur certaines conditions de travail applicables aux cadres		ion en vigueur la	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article :	2 du Règlen	nent
sur certaines conditions de travail applicables aux cadres		ion en vigueur la	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article 2	2 du Règlem	nent
sur certaines conditions de travail applicables aux cadres		ion en vigueur la	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article :	2 du Règlen	nent
sur certaines conditions de travail applicables aux cadres Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur ex		ion en vigueur la	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article :	2 du Règlen	nent
sur certaines conditions de travail applicables aux cadres Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur ex		ion en vigueur la	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article :	2 du Règlen	ent
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des condit sur certaines conditions de travail applicables aux cadres Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur ex		ion en vigueur la	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article :	2 du Règlem	nent
sur certaines conditions de travail applicables aux cadres Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur ex		ion en vigueur la	ors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou	à l'article :	2 du Règlen	nent .

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Aucun manquement n'a été relevé par les administrateurs du CSSSHY pour l'année 2013-2014.

LES DISPOSITIONS CONSTITUANT LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSE-MENT

1. Norme de conduite des administrateurs

Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement qu'ils administrent et de la population desservie.

* Réf.: Loi, a. 174

2. Obligation de prêter serment

Avant d'entrer en fonction, les administrateurs doivent prêter le serment suivant :

« Je déclare sous serment que je remplirai mes fonctions avec honnêteté, impartialité et justice. De plus, je déclare sous serment que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement confidentiel dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions. »

* Réf.: Loi, a. 76.3 et annexe 1

3. Dispositions générales

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans les différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions d'administrateurs au sein de l'établissement.

Les normes énoncées au présent chapitre s'appliquent aux délibérations du conseil d'administration ainsi qu'aux délibérations de ses différents comités et conseils professionnels.

L'observation des différentes normes ne dispense pas un membre du conseil d'administration d'observer toute autre norme qui lui est par ailleurs applicable suivant la Loi, ses différents règlements et les règlements de l'établissement, incluant le code d'éthique applicable à tous les intervenants de l'établissement. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

4. Devoirs et obligations des administrateurs

- Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
- Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Les administrateurs du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareil cas une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement qu'ils administrent et de la population desservie.
- L'administrateur doit, dans l'exercice de ses fonctions, prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations partisanes.
- Il est également souhaitable que l'administrateur vise une mise à jour régulière de ses connaissances afin de conserver la compétence requise pour accomplir efficacement ses fonctions au sein de l'organisation.

5. Règles relatives aux délibérations du conseil et de ses différents comités

- L'administrateur a le devoir d'être assidu aux réunions prévues en cours de mandat et de faire en sorte que son implication personnelle permette à toute l'assemblée de bénéficier des connaissances et qualifications qui lui sont propres.
- Lors de tenue de réunions, il doit agir avec ordre et décorum, en traitant ses pairs avec respect et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre responsable envers eux d'un abus de confiance ou de procédés déloyaux.
- L'administrateur doit voter lorsque requis.
- L'administrateur du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions qui n'ont pas un caractère public en vertu de la loi.

6. Loyauté - Solidarité - Réserve

L'administrateur ne travaille pas seul et ne peut agir comme il l'entend. Celui-ci doit tenir compte de l'ensemble des autres membres du conseil d'administration de l'établissement, des employés, des membres du CMDP, de l'Agence régionale et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Afin de coordonner les efforts et de permettre l'accomplissement des missions propres à l'établissement, il importe que l'administrateur défende les intérêts de l'établissement et évite de lui causer du tort par un langage ou un comportement inapproprié.

L'administrateur doit faire preuve de diplomatie et de respect dans la manifestation publique de ses opinions, tant dans l'exécution de ses fonctions qu'en dehors de celles-ci. Il conservera toutefois sa pleine liberté d'expression en appliquant celle-ci de façon à ne jamais nuire à la réputation de l'établissement et des personnes œuvrant pour l'établissement.

7. Discrétion - Confidentialité

Sous réserve de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, un administrateur est tenu de préserver le secret des délibérations et des décisions reconnues comme étant de nature confidentielle en vertu de la Loi. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

Un administrateur ne saurait être libéré de cette obligation par le fait d'une demande formelle d'accès à l'information déposée auprès de l'établissement.

L'administrateur se doit également d'éviter d'utiliser à des fins de profits personnels les renseignements ou les connaissances acquis dans l'exercice de ses fonctions, selon les normes généralement applicables eu égard aux circonstances.

Le membre du conseil d'administration doit, de plus, après l'expiration de son mandat, agir avec loyauté envers l'établissement et le conseil d'administration.

8. Impartialité

Un administrateur doit aussi exercer ses fonctions avec impartialité et éviter toute préférence ou parti pris indu incompatible avec la justice, l'équité ou la Loi. Il doit ainsi éviter de prendre des décisions fondées sur des préjugés liés au sexe, à la race, à la couleur, à la religion ou aux convictions politiques d'une personne.

Un administrateur doit s'interdire toute participation à une action ou à une décision administrative susceptible d'affecter particulièrement ses intérêts personnels. Il doit ainsi prendre des décisions qui possèdent un caractère d'impartialité.

9. Conflit d'intérêts - Administrateur

Mesures de prévention

- Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
- L'administrateur doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles, d'affaires et personnelles.
- Il est interdit à un administrateur de participer aux délibérations du conseil d'administration lorsqu'elles portent sur un contrat de services, de travail ou d'approvisionnement conclu ou à conclure entre l'établissement et une entreprise dans laquelle lui, ou un membre de sa famille immédiate, détient un intérêt direct ou indirect; on entend par famille immédiate le conjoint de fait ou de droit et les enfants.
- Tout administrateur, autre que le directeur général, qui est présent à une séance au moment où doit être prise en considération une question dans laquelle il a directement ou indirectement un intérêt pécuniaire particulier doit divulguer la nature générale de cet intérêt par écrit, avant le début des délibérations sur cette question; il doit aussi s'abstenir de participer à celles-ci et de siéger au conseil pendant toute la durée des délibérations et du vote sur la question.
- Le paragraphe précédent s'applique aussi lors d'une séance de tout conseil, comité ou commission dont l'administrateur fait partie au sein de l'établissement.
- Le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette corporation se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre VII).

- Un membre du conseil d'administration ne peut utiliser un renseignement privilégié obtenu en raison du fait qu'il est membre du conseil, pour favoriser son conjoint de droit ou de fait, un membre de sa famille immédiate ou toute autre personne dans leurs relations professionnelles, commerciales ou de services, avec l'établissement.
- Un administrateur ne peut accepter ou chercher à obtenir directement ou indirectement pour lui, son conjoint de fait ou de droit ou sa famille immédiate quelque avantage ou récompense de la part d'une personne qui bénéficie ou qui est susceptible de bénéficier des services de l'hôpital ou de la part du conjoint de fait ou de droit ou de la famille immédiate de cette personne qui fournit des biens ou dispense des services à l'hôpital ou est susceptible de le faire.
- L'administrateur doit signer l'engagement de se conformer au présent Code d'éthique et de déontologie selon la formule prévue à l'annexe 1 et de signer l'affirmation concernant les conflits d'intérêts selon la formule à l'annexe 3.

Déterminer s'il y a des situations de conflits d'intérêts

- Le membre du conseil d'administration, lorsqu'il y a une atteinte à son objectivité, par un intérêt sous-jacent, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et aux décisions sur l'objet en cause.
- Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions, sauf celles acceptées par le législateur et par la composition du conseil d'administration, notamment :
 - il doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;
 - il ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;
 - il ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;
 - il ne doit pas faire usage de renseignements ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

10. Conflit d'intérêts - Directeur général

Le directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement. Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

Le conseil d'administration doit, dès qu'il constate que le directeur général se trouve en conflit d'intérêts, prendre des mesures afin d'intenter un recours en déchéance de charge contre lui. Il doit en outre, dans les dix jours qui suivent, en informer par écrit l'Agence régionale en lui indiquant la nature du cas et les mesures qu'il a prises.

11. Dons et legs

Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque, hormis les cas prévus par la loi.

Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent article est redevable envers l'état de la valeur de l'avantage reçu.

12. Comité d'éthique et de déontologie

chapitre II - Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu au présent chapitre constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

chapitre III - Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent chapitre en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le premier vice-président du conseil d'administration.

chapitre IV - Le président ou le premier viceprésident désigne alors un comité ad hoc d'éthique et de déontologie. Ce comité est formé de trois administrateurs.

chapitre V - Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

chapitre VI - Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au premier vice-président du conseil d'administration dans les 30 jours de leur désignation.

chapitre VII - Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés en vertu du présent chapitre. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les 30 jours suivants, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

chapitre VIII - Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu au présent chapitre, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

chapitre IX - Le comité impose toute sanction qu'il juge appropriée, en tenant compte de la nature et de la gravité de la dérogation.

chapitre X - Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration qui en fait l'objet, et ce, dans les 30 jours où elle est rendue.

Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de faire une affirmation solennelle de discrétion.

13. Protection des administrateurs

Un établissement assume la défense d'un administrateur qui est poursuivi par un tiers pour un acte accompli dans l'exercice de ses fonctions.

Toutefois, lorsqu'un administrateur fait l'objet d'une poursuite pénale ou criminelle, l'établissement n'assume le paiement de ses dépenses que lorsque ce dernier avait des motifs raisonnables de croire que sa conduite était conforme à la Loi ou qu'il a été libéré ou acquitté ou que la poursuite a été retirée ou rejetée.

À cette fin, l'établissement maintient en vigueur un régime de protection des administrateurs dans l'exercice de leurs fonctions.

14. Responsable de l'application

Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent chapitre. Si le président est en cause, ou ne peut agir, le premier vice-président devient alors responsable de l'application des dispositions du présent chapitre.

LIEUX DE SOINS ET DE SERVICES

Hôpital de Granby

(Incluant le centre administratif) 205, boulevard Leclerc Ouest Granby (Québec) J2G 1T7 450 375-8000

Centre Laurier

(Services financiers) 261, rue Laurier Granby (Québec) J2G 1T7 450 375-8000, poste 6245

Centre Providence

(Service externe de psychiatrie) 279, rue de la Providence Granby (Québec) J2G 4S7 450 375-8001 (adultes) 450 375-8002 (enfants)

Santé et sécurité au travail

90, rue Robinson Sud, bureau 101 Granby (Québec) J2G 7L4 450 776-6116

Centre Saint-Jacques

(Suivi intensif dans le milieu) 450 777-4579

CLSC Bromont

82-F101, boulevard de Bromont Bromont (Québec) J2L 2K3 450 534-1248

CLSC Notre-Dame

363, rue Notre-Dame Granby (Québec) J2G 3L4 450 375-1442

CLSC Saint-Joseph

270, rue Déragon Granby (Québec) J2G 5J5 450 375-1442

CLSC Waterloo

48, rue Young Waterloo (Québec) JOE 2NO 450 539-3340

CLSC Yvan-Duquette

294, rue Déragon Granby (Québec) J2G 5J5 450 375-1442

Centre d'hébergement Leclerc

205, boulevard Leclerc Ouest Granby (Québec) J2G 1T7 450 375-8000

Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture

230, rue Davignon Granby (Québec) J2J 9B1 450 375-8003

Centre d'hébergement Villa-Bonheur

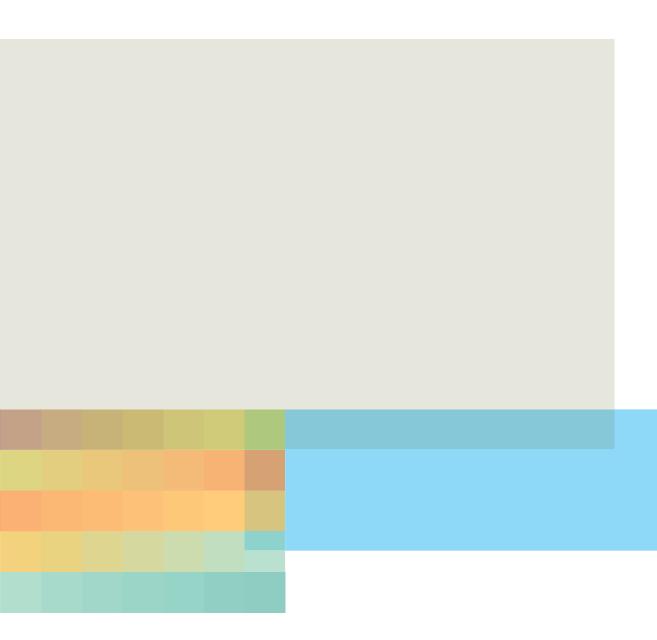
71, rue Court Granby (Québec) J2G 4Y7 450 776-5222, poste 300

Centre d'hébergement de Waterloo

5300, rue Courville, C. P. 1230 Waterloo (Québec) JOE 2NO 450 539-5512, poste 500

Centre d'hébergement Vittie & Desjardins

66, rue Dufferin Granby (Québec) J2G 4W7 450 776-5222, poste 422



Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska



