CSSS
La Pommeraie

S'informer et agir...

2013-2014 Rapport annuel de gestion

affilié à UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

LA PERSONNE AU CŒUR DES SERVICES

Supporting our community

LEXIQUE

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
ADRLSSS-M	Agence de développement de réseaux locaux de santé et des services sociaux de la Montérégie
AÉS	Approche école en santé
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
AVC	Accident vasculaire cérébral
BAC	Baccalauréat
CD	Courte durée
CEPI	Candidates à l'exercice de la profession d'infirmière
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins et de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers-auxiliaires
CJM	Centre jeunesse de la Montérégie
CLPQS	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Centre montérégien de réadaptation
CRDI-TED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DEC	Diplôme d'études collégiales
DEPART	Dépistage et évaluation pour l'arrêt tabagique
DI-TED	Déficience intellectuelle – troubles envahissants du développement
DI-TSA	Déficience intellectuelle - troubles du spectre de l'autisme
DMS	Durée moyenne du séjour
DSP	Direction de la santé publique
ERV	Entérocoque résistant à la vancomydycine
ETC	Équivalent temps complet
FMSS	Faculté de médecine et des sciences de la santé
GARE	Grossesse à risques élevés
GMF	Groupe de médecine de famille
IMBCI	International Mother Baby Childbirth Initiative
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
KAIZEN	Mode de gestion qui favorise l'adoption d'améliorations graduelles qui s'inscrivent dans une recherche quotidienne d'efficacité et de progrès en faisant appel à la créativité de tous les acteurs de l'organisation
LEAN	Démarche d'amélioration continue résultant en un type de gestion qui vise à assurer des services de qualité centrés sur les besoins de l'usager
LEGG	Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance
LSSS	Loi sur les services de santé et sociaux
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
Nbre	Nombre
OC	Organisation communautaire
PACI	Plan d'action clinique et immobilier
PACS	Système d'archivage numérique en imagerie médicale
PAL	Plan d'action local en santé publique
PMU	Plan des mesures d'urgence
POR	Pratiques organisationnelles requises
PSI	Plan spécifique d'intervention
PTI	Plan thérapeutique infirmier
PTRARI	Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles
QUARISMA	Projet de recherche sur la qualité des soins, la gestion du risque obstétrical et du mode d'accouchement
REMED	Réseau de médecine de première ligne
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressources non institutionnelles
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
RSIPA	Réseau de soins intégrés aux personnes aînées
RTF	Ressources de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de la santé
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
SIV	Soutien d'intensité variable
SMA^{3}D	Soins médicaux aigus aux aînés à domicile
SIMU	Support d'information en mesures d'urgence
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
SYMO	Système mobile (progiciel pour la planification et le suivi des clientèles en soins infirmiers à domicile)
TASP	Téléassistance en soins de plaies
TDAH	Trouble du déficit d'attention avec hyperactivité
TED	Troubles envahissants du développement
TSA	Troubles du spectre de l'autisme
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UMF	Unité de médecine familiale
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
0-5-30	Chaque jour : 0 tabac, 5 fruits et légumes, 30 minutes d'activité physique

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL 4

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES 5

PRÉSENTATION DU CSSS LA POMMERAIE 6
Mission - Vision - Valeurs - Principes directeurs 6
Gouvernance 7
Structure organisationnelle 8
Ressources humaines 9
Membres du CMDP 10
CSSS en bref - Services offerts 11
Code d'éthique - Forces - Distinctions 12
Bénévoles, fondations et associations du CSSS 13

NOTRE CLIENTÈLE 15
Réseau local de services 15
Portrait général de la population desservie 16

LES COMITÉS ET LES CONSEILS PROFESSIONNELS RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 21
Les activités des comités du conseil d'administration 22
Les conseils professionnels 26

NOS ACTIVITÉS 29
L'expérience client 29
L'examen des plaintes et le droit des usagers 32
Les orientations stratégiques : enjeux, priorités et cibles d'actions 34

NOS RÉSULTATS 43
Quelques statistiques 43
Résultats de l'entente de gestion 46

ÉTATS FINANCIERS 2013-2014 58
Le rapport de la direction 58
Les mesures imputables à la Loi 100 58
Le rapport de l'auditeur indépendant 59
Les états financiers résumés 60
Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 65

LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 66

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

C'est avec une grande fierté que nous vous présentons le bilan des activités du CSSS La Pommeraie pour l'exercice 2013-2014.

Tout au long de l'année, notre CSSS a poursuivi sa progression vers l'atteinte des ses objectifs organisationnels soutenus par sa vision d'une organisation de services **sécuritaires, intégrés et efficaces.** Rendre encore meilleurs les services que nous offrons à notre population est notre principale source de motivation.

Des services sécuritaires
La visite d'Agrément Canada en octobre 2013 a constitué une étape importante nous permettant de faire le bilan de nos accomplissements en matière de services sécuritaires, en plus de démontrer notre capacité à offrir des services de qualité pour l'ensemble de la clientèle desservie par le CSSS. À ce titre, Agrément Canada a reconnu deux de nos pratiques comme étant exemplaires et dont nous faisons état dans le présent rapport.

Afin de contribuer de façon continue à une prestation sécuritaire, l'organisation a mis à jour sa politique de gestion intégrée des risques ainsi que sa structure qualité. Ces changements contribuent à soutenir l'amélioration continue de la qualité tant dans les pratiques professionnelles que dans les activités quotidiennes visant à rendre les soins et services à nos usagers. Dans ce sens, le plan de sécurité 2013-2015 adopté par le conseil d'administration témoigne de l'engagement du CSSS.

Des services intégrés
Les partenaires du réseau local du CSSS La Pommeraie constituent une force indéniable au sein de notre communauté. Cette année fut marquée par le renouvellement de nombreuses ententes au bénéfice de la population. Plus spécifiquement, la signature d'une affiliation avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke contribue à ce que l'enseignement médical se retrouve davantage intégré à notre mission et notre vision de l'avenir.

L'intégration des pratiques d'évaluation de la performance à la structure qualité a également permis à tous les comités et instances professionnelles relevant du conseil d'administration de se doter d'un plan d'amélioration de la qualité afin d'optimiser leur fonctionnement.

Des services efficaces
D'importants efforts ont été consentis au déploiement de projets d'optimisation LEAN, mobilisant plusieurs personnes au sein de l'organisation. De ces projets a résulté une amélioration significative de l'accessibilité dans certains secteurs. Notre volonté d'être toujours plus performants s'est également traduite par l'implantation de nouveaux outils permettant un meilleur suivi de la performance organisationnelle.

Des communications centrées sur les besoins de nos clientèles internes et externes ont également permis de soutenir le déploiement des différents projets tout en traduisant la vision stratégique du CSSS La Pommeraie. En matière de projet stratégique, mentionnons l'élaboration du plan d'action clinique et immobilier pour l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, lequel a permis à notre organisation de se positionner quant aux défis futurs. Ces réalisations n'auraient pas été possibles sans l'engagement et les efforts de nos employés, gestionnaires et médecins.

En cours d'année, le CSSS La Pommeraie a dû composer avec plusieurs défis et contraintes. La disponibilité limitée de ressources demeure une préoccupation quotidienne dans un contexte où nous avons à cœur de maintenir le même niveau d'activités et de services à la population. Heureusement, parmi les forces qui permettent au CSSS La Pommeraie de relever avec succès plusieurs défis, nous pouvons compter sur des médecins d'exception et une main-d'œuvre engagée, compétente et motivée à donner les meilleurs services aux usagers. Nous avons également bénéficié du soutien indéfectible de nos fondations, de nos bénévoles dévoués et de nos partenaires, sans oublier l'engagement des membres de notre conseil d'administration. Merci à vous tous.

Le CSSS La Pommeraie poursuit avec conviction et enthousiasme sa transformation organisationnelle… vers un nouveau sommet. Malgré les défis que nous rencontrerons sur cette route, notre vision et notre motivation centrale demeure **La personne au cœur des services**.

Michel Lafrance,
Président du conseil d'administration

Bruno Petrucci, MBA
Directeur général

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 du **Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie :**

- 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.

Bruno Petrucci, MBA
Directeur général

PRÉSENTATION DU CSSS LA POMMERAIE

MISSION

Dans le respect de sa responsabilité populationnelle, le CSSS La Pommeraie contribue de façon **significative** à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes et des communautés en privilégiant des interventions de **proximité** dans les domaines de la promotion, de la prévention, de la guérison et du soutien.

VISION

Le CSSS La Pommeraie entend continuer de se démarquer, d'innover et d'exercer un leadership auprès de sa population et de ses partenaires et atteindre un **nouveau sommet** dans la prestation de services **sécuritaires**, **intégrés** et **efficaces** de santé et de services sociaux.

Pour y arriver, nous devons être centrés sur les besoins des personnes et des communautés en associant leur capacité d'agir sur leur propre santé et bien-être, en intervenant le plus près possible de leur milieu. Nous devons aussi être centrés sur le développement d'une culture d'amélioration continue et du travail d'équipe entre médecins, employés et bénévoles, en collaboration avec nos partenaires.

VALEURS

Fort de son histoire riche et variée, le CSSS La Pommeraie s'appuie sur des valeurs déjà bien ancrées pour ses pratiques professionnelles et de gestion et ses relations avec ses partenaires.

LE RESPECT

La reconnaissance du potentiel de chacun, de la dignité et de la considération des personnes. Il sous-entend les notions de courtoisie, de diligence et de discrétion.

L'INTERDÉPENDANCE

Le développement de la collaboration, de la participation et de la complémentarité.

LA RESPONSABILISATION

La capacité de chacun à répondre de ses paroles et de ses actes.

LA PRÉVOYANCE

Réfère à l'action de prévoir et reflète l'importance accordée à la planification.

PRINCIPES DIRECTEURS

Le CSSS La Pommeraie s'appuie sur des principes directeurs bien définis :

- la personne et ses besoins d'abord (l'expérience client);
- des services sécuritaires, intégrés et efficaces;
- un réel réseau efficace;
- des pratiques émergentes;
- un milieu de travail stimulant (l'expérience employé).

GOUVERNANCE

Les membres de notre conseil d'administration au 31 mars 2014. *

Membres de l'exécutif

Michel Lafrance
Président

Suzanne Riendeau-Clément
Vice-présidente

Francine Robinson
Administratrice

Diane Laporte
Administratrice

Bruno Petrucci
Secrétaire et directeur général

Dr Alain Auger

Michèle Bazin

Suzanne Brault

Elsa Carlier

Kevin Craft

Marie-Josée Clusiau

Pamela Dillon

Robert Desautels

Roseline Laflamme

David Lambert

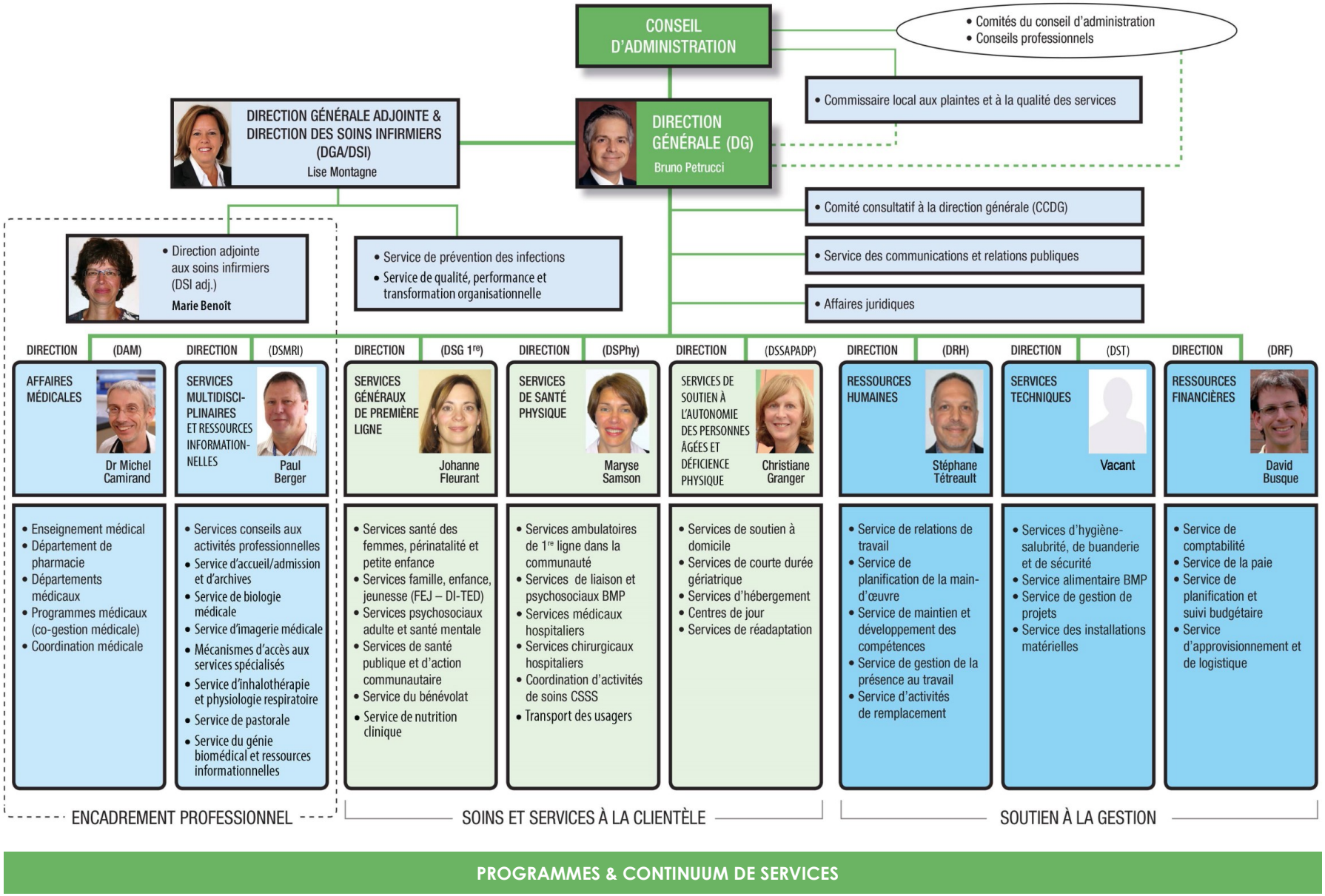
Lise Proteau

Herb Stevens

* Un poste vacant

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Mise à jour adoptée par le conseil d'administration le 19 mars 2014.



RESSOURCES HUMAINES

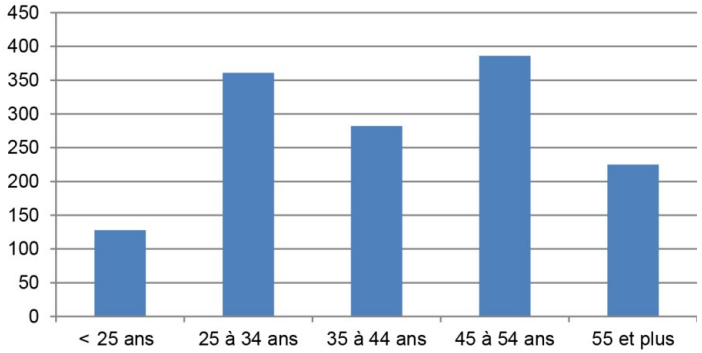
Le CSSS est reconnu pour la qualité de ses services, la compétence et le dévouement du personnel. Chacun joue un rôle essentiel dans l'organisation. La mobilisation et l'engagement de tous ceux et celles qui œuvrent à La Pommeraie font une véritable différence.

Effectifs de l'établissement *	2013-2014	2012-2013
Les employés permanents (incluant le personnel d'encadrement)		
Temps complet	607	558
Temps partiel	489	465
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Nombre d'employés permanents	**1096**	**1023**
Les employés occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	419 014	370 178
Nombre d'employés occasionnels	**286**	**340**
Nombre total d'employés	**1382**	**1363**

Employés par catégories d'emploi	Total	%
Soins infirmiers et cardiorespiratoires	497	36
Para technique, services auxiliaires et de métiers	431	31
Bureau, techniciens et professionnels de l'administration	196	14
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	194	14
Pharmaciens	10	1
Personnel d'encadrement	54	4
TOTAL	**1382**	**100**

Nombre d'embauches
au 31 mars 2014
220
au 31 mars 2013
210

Employés du CSSS La Pommeraie par catégorie d'âge



Bilan des stages 2013-2014

Titre emploi	Nombre
Agente administrative	1
Archiviste	1
Assistante technicienne en pharmacie	3
Diététiste	1
Ergothérapeute	4
Hygiéniste dentaire	1
Ingénieur /Génie de la construction	1
Inhalothérapeute	8
Pharmacien	5
Physiothérapeute	3
Préposé à l'entretien ménager	2
Technicien en éducation spécialisée	7
Technologiste médical	12
Technologue en radiodiagnostic	4
Thérapeute en réadaptation physique	2
Travailleur social	1
Soins infirmiers	
Infirmière BAC	17
Infirmière DEC 1re année	17
Infirmière DEC 2e année	34
Infirmière DEC 3e année	86
Infirmière auxiliaire 1re année	22
Infirmière auxiliaire 2e année	111
Préposée aux bénéficiaires	10
Assistante à la personne à domicile	9
TOTAL	362

MEMBRES DU CMDP

Pour assurer une offre de service de qualité, nous pouvons compter sur une équipe de professionnels, dynamique et performante, composée des spécialités suivantes :

Départements médicaux	Chefs	Nombre de membres
COORDONNATRICE À L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL	**Dre Maryse Nadeau**	N/A
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE	**Dre Debora Andriuk**	87
Personnes en perte d'autonomie	Dre Debora Andriuk	
Obstétrique et petite enfance	Dre Isabelle Jolin	
Urgence	Dr François Lemay-Gervais	
Service de 1re ligne dans la communauté	Dr Bruno Fafard	
Services hospitaliers	Dre Catherine Bouthillier	
Soins palliatifs / oncologie	Dre Julie Gill	
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE	**Dr Markus Göttke**	8
DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE	**Dr Pierre Duval**	20
Chirurgie générale	Dre Nathalie LaRue	
Orthopédie	Dr Pierre Duval	
DÉPARTEMENT DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE	**Dre Christine Cadrin** **Dr Jean de Saint Victor** (intérim)	6
DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIOLOGIE-RÉANIMATION	**Dr Sylvain Jourdain**	6
DÉPARTEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE	**Dr Patrice Audet**	6
DÉPARTEMENT DE PHARMACIE	**France St-Pierre**	10
DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE	**Vacant**	3
DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE MÉDICALE	**Dre Sophie Michaud**	3
AUTRES SERVICES MÉDICAUX SOUS LA DAM*	**Dr Michel Camirand**	N/A
Endoscopie	Dr Philippe Demers	
Soins intensifs	Vacant	
	TOTAL	**149**

* = Direction des affaires médicales

En 2013-2014 :	
PRIVILÈGES TEMPORAIRES ACCORDÉS	8
RÉSIDENTS	57
ÉTUDIANTS À L'EXTERNAT	30
DENTISTE	1

Coordonnateurs médicaux	
Dr William Barakett	2
Dr Pierre Dauth	

Dre Sophie Michaud
Microbiologiste infectiologue

CSSS EN BREF

Le CSSS est accrédité par Agrément Canada et désigné comme centre de dépistage du cancer du sein, centre de traumatologie niveau secondaire et CSSS Promoteur de santé. Premier CSSS Ami des bébés en Montérégie, il est également le seul site en Amérique du Nord du projet pilote *«International Mother Baby Childbirth Initiative» (IMBCI)*. Engagé activement avec les milieux d'enseignement et de recherche, le CSSS est un centre d'enseignement affilié à la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke.

LE CSSS LA POMMERAIE COMPTE :

- **1 382** employés, **139** médecins, **10** pharmaciens et **1** dentiste;
- un hôpital de **84** lits de courte durée au permis;
- **5** centres de services et points de chute en CLSC, répartis dans chacun de nos pôles géographiques;
- **5** centres d'hébergement de soins et de longue durée (CHSLD) totalisant 279 lits, dont 12 lits situés à l'Hôpital BMP;
- **1** service de soutien à domicile desservant l'ensemble de notre territoire;
- **76** médecins de famille regroupés dans **5** groupes de médecine familiale (GMF) et **1** clinique médicale.
- **1** unité de médecine familiale (UMF) en partenariat avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke;
- **5** fondations et **2** associations impliquées dans leur milieu;
- plus de **300** bénévoles.

SERVICES OFFERTS

Le CSSS La Pommeraie offre une gamme de services qui visent à améliorer la santé et le bien-être de la population de son réseau local de services et territoire de desserte. Nos services sont offerts dans l'une ou l'autre de nos 12 installations, à l'école, à domicile, en milieu de travail, dans la communauté, ou par ententes de services avec nos différents partenaires.

LES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC)

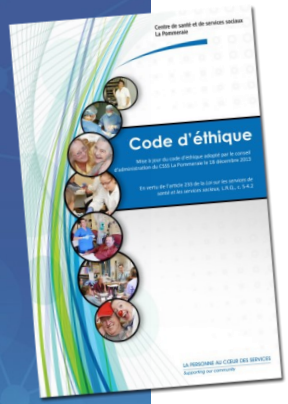
- Offrent des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion et de première ligne.
- S'assurent que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leurs soient rendus et, lorsque nécessaire, veillent à ce qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes partenaires ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.
- Réalisent des activités de santé publique sur leur territoire.

LES CENTRES D'HÉBERGEMENT DE SOINS ET DE LONGUE DURÉE (CHSLD)

- Offrent, de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, pharmaceutiques, médicaux et des soins infirmiers aux personnes aînées et aux personnes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale.

L'HÔPITAL

- Assure la prestation des services de courte durée de première et deuxième ligne en matière de soins médicaux généraux et spécialisés.
- En plus des activités d'hospitalisation en soins aigus et de longue durée, l'Hôpital BMP offre des services d'urgence 24 heures/7 jours, des services diagnostiques, thérapeutiques et de réadaptation de même que des soins en cliniques externes spécialisées.



CODE D'ÉTHIQUE

Un vaste processus de consultation dans l'ensemble de l'établissement, piloté par le comité d'éthique clinique et la direction générale, s'est conclu par l'adoption d'un nouveau code d'éthique.

Ce document met en évidence les valeurs qui découlent de la mission et de la vision du CSSS La Pommeraie, en plus de préciser les droits et responsabilités qui guident les attitudes et le comportement attendus de chacun.

Il peut être consulté sur notre site Web, section documentation :
www.santemonteregie.qc.ca/lapommeraie

FORCES

Au CSSS La Pommeraie, la personne, l'innovation et la préoccupation constante d'offrir des soins et des services sécuritaires, intégrés et efficaces, inspirent l'ensemble des médecins, employés et bénévoles dans leur travail au quotidien pour le bien-être de la population. De plus, le CSSS a développé au fil du temps des forces qui lui sont propres :

- Un établissement bien ancré dans sa communauté;
- Une culture d'innovation, de qualité et de sécurité reconnue;
- Le dévouement exemplaire du personnel, des médecins et des bénévoles;
- Un établissement performant et reconnu comme tel, malgré des ressources financières limitées;
- Le soutien indéfectible des fondations et des associations du CSSS;
- L'engagement constant du conseil d'administration.

Josée Perras
Coordonnatrice en hébergement et instigatrice des pratiques prometteuses

Chantal Mc Mahon
Conseillère en amélioration continue et et instigatrice des pratiques prometteuses

DISTINCTIONS

Au fil du temps, le CSSS La Pommeraie a reçu de nombreux prix et distinctions qui contribuent à sa renommée. L'année 2013-2014 a été fertile en bons coups. Voici les plus importants :

- Trois prix lors du *Congrès 2013 en pratiques exemplaires du réseau de cancérologie du Québec* dans les catégories évolution de la pratique, organisation des services et soutien aux personnes;

- Deux pratiques prometteuses en hébergement identifiées par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM). Ces pratiques ont également été reconnues et publicisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);

- Deux pratiques exemplaires reconnues par Agrément Canada :
  - ⇒ Priorisation rapide en prévention des chutes;
  - ⇒ Clinique DEPART (dépistage et évaluation pour l'arrêt tabagique).

Marie-Élaine Genest
Pharmacienne en oncologie et instigatrice des projets en cancérologie

BÉNÉVOLES

Au cours de l'année écoulée, nos 337 précieux bénévoles ont donné plus de 9 953 heures de leur temps au bénéfice des usagers du CSSS La Pommeraie.

Merci à tous ceux et celles qui œuvrent bénévolement au CSSS La Pommeraie. Vous faites la différence!

LES FONDATIONS ET ASSOCIATIONS DE NOTRE CSSS

L'art conjugué de nos bénévoles et de nos fondations permet à nos usagers de bénéficier d'équipements de haute technologie, de leur assurer une meilleure qualité de vie et d'apporter des améliorations à nos lieux physiques.

Merci à vous pour vos généreuses contributions :

Fondations et associations	Présidents
Fondation du Centre d'accueil de Cowansville	Denis Meunier
Fondation des Foyers Farnham	Yves Laguë
Fondation Lévesque-Craighead	Serge Therrien
Fondation BMP	Mario Lagimonière
Fondation Perkins	Rejean Lehoux
Comité des bénévoles du Foyer Sutton	Irène Phelps
Auxiliaires de l'Hôpital BMP	Judith Mac Callum

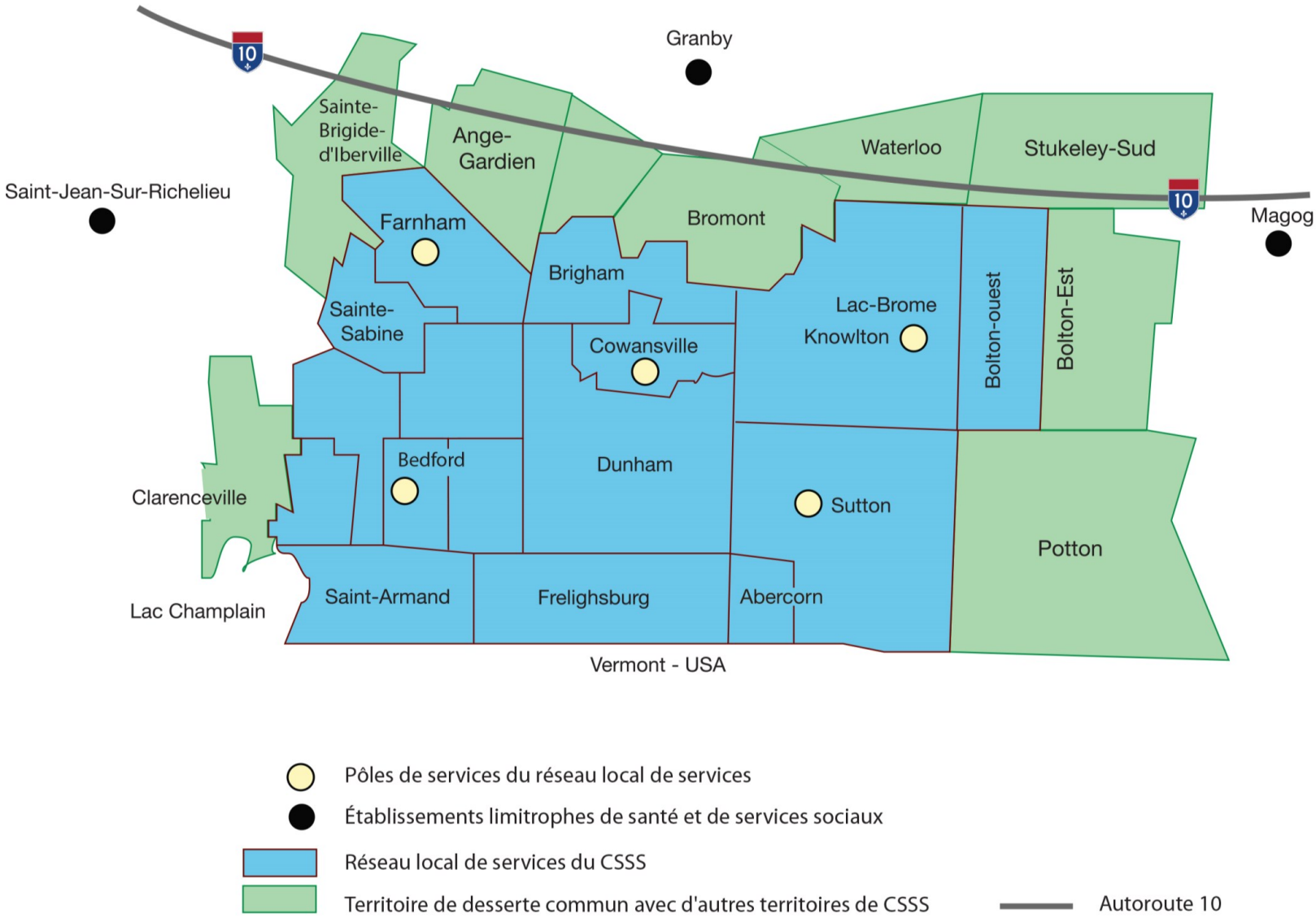
Bruno Petrucci, directeur général, remercie un bénévole

Carline Simoneau,
assistante technique senior en pharmacie, prépare les produits utilisés comme traitements lors de l'inauguration de la nouvelle pharmacie oncologique en mars 2014

NOTRE CLIENTÈLE

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

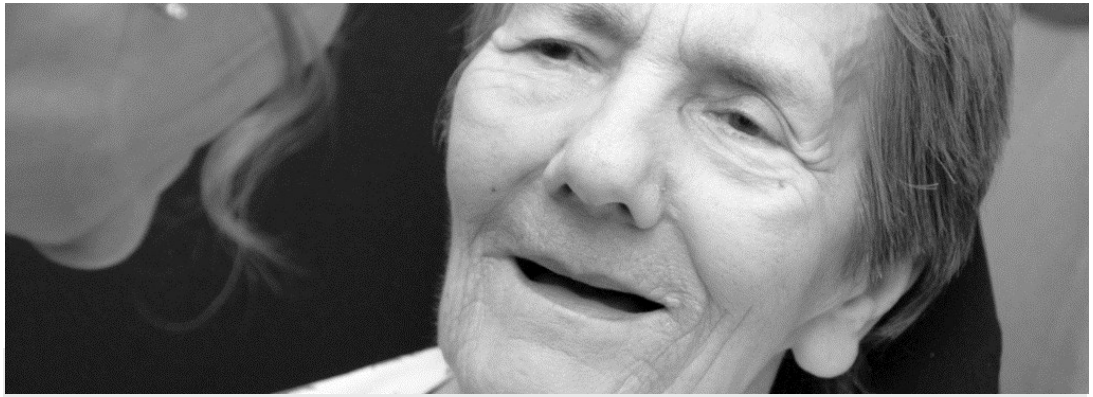
Notre réseau local de services (RLS) dessert plus de 52 000 personnes, réparties dans les 21 municipalités du territoire de Brome-Missisquoi, mais provenant aussi des territoires limitrophes de la Haute-Yamaska, du Memphrémagog et du Haut-Richelieu Rouville.



Source : Direction de la santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

PORTRAIT GÉNÉRAL DE LA POPULATION DESSERVIE

Caractéristiques et données les plus récentes de notre réseau local de services (RLS)



CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

(Selon les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ))

Notre réseau local de services est situé dans une grande municipalité régionale de comté (MRC), rurale et peu densément peuplée.

- Dessert une population de près de 52 000 personnes;
- 9e territoire en importance quant à la taille de sa population en Montérégie;
- 2e territoire quant à sa superficie;
- 10e territoire quant à la densité de sa population.

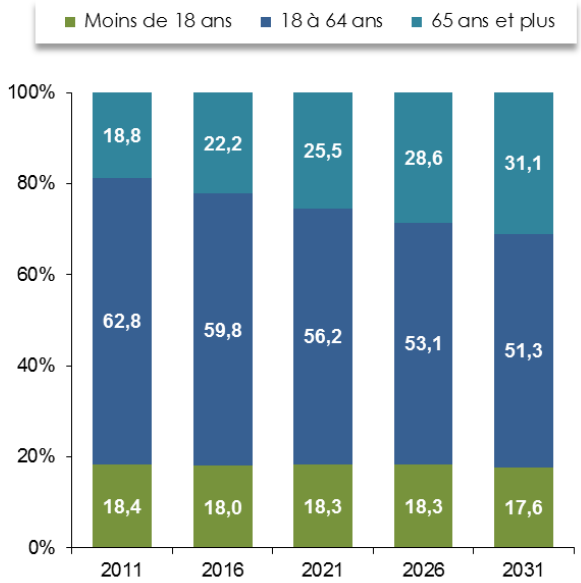
La population du RLS devrait s'accroître de 8,9% entre 2013 et 2031, soit une augmentation inférieure à celle de la Montérégie (12,9%).

Le RLS La Pommeraie se caractérise par une population plus âgée que celle de la Montérégie. En 2013, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus du RLS est plus élevé que celui de la Montérégie (20 c.16%) et celui des jeunes de moins de 18 ans est inférieur à celui de la Montérégie (18 c. 20%).

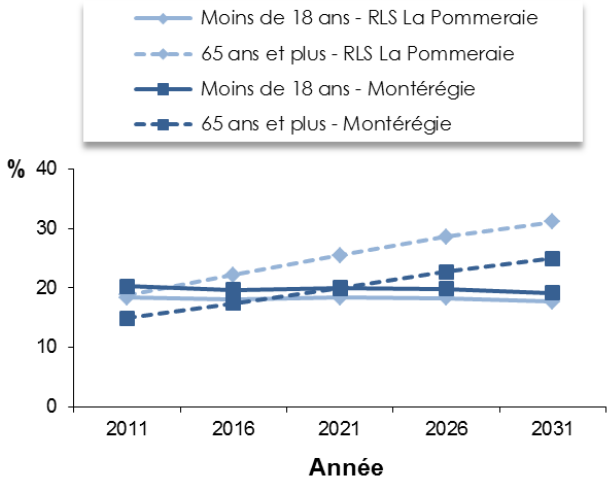
Entre 2013 et 2031 :

- La proportion des 18-64 ans chutera, passant de 63% à 51%;
- Le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus augmentera à **une personne sur trois**.

Répartition de la population par groupe d'âge, RLS La Pommeraie, 2011-2031



Évolution du poids démographique de la population de moins de 18 ans et de 65 ans et plus, RLS La Pommeraie et Montérégie, 2011-2031



Source : MSSS, Estimations et projections démographiques, édition janvier 2010.
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2013.

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES ET CULTURELLES

Dans l'ensemble, le RLS présente un profil socioéconomique similaire à celui de la région. Si le RLS compte une proportion moins élevée de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (7 c. 9% en 2010), il affiche un taux d'emploi inférieur (60 c. 63% en 2011) et une proportion plus élevée de personnes sous-scolarisées (25 c. 19% en 2011).

Entre 2011 et 2031 :
La première cohorte de «baby-boomers» a atteint l'âge de 65 ans en 2011. On s'attend à ce que le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus double au cours des 20 prochaines années.

Profil de la communauté anglophone
La Pommeraie est l'un des RLS de la Montérégie où la proportion de personnes d'expression anglaise est élevée (**22%**) comparativement à la valeur régionale (11%). Selon le Recensement de 2011, leur nombre s'élève à 10 920 personnes.

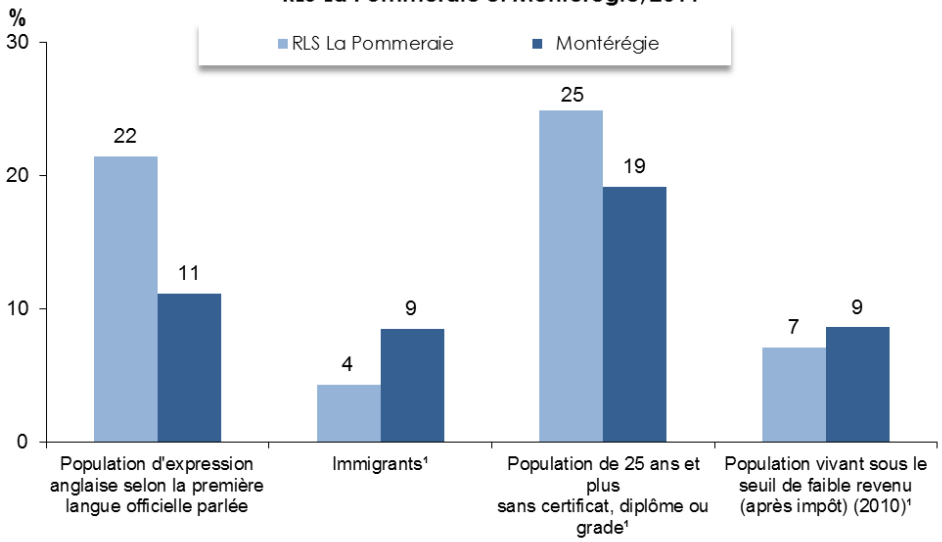
Immigrants
En 2011, on dénombre près de 2 180 immigrants sur le territoire de La Pommeraie, soit 4% de la population du RLS, mais seulement 2% des immigrants de la Montérégie.

Anglophones

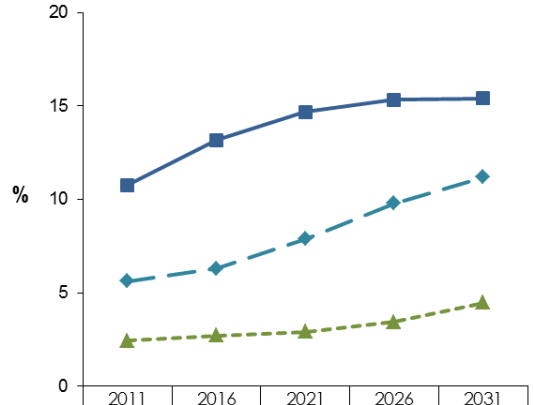
- 46,9% des anglophones de l'Estrie gagnent moins de 20 000 $ par an;
- 44,2% de cette population ne faisait pas partie de la population active;
- Le taux de chômage était de **8,1%**, comparativement à 6,2% chez les francophones;
- Absence de la génération médiane (35-54 ans) et de la classe moyenne qui accentue l'isolement des plus vulnérables;
- Sous-représentation en première ligne et surreprésentation au niveau du Centre jeunesse de la Montérégie.

Source du profil de la communauté anglophone des Cantons de l'Est, Association des Townshippers, p. 17-18, 2010, Statisitques Canada, Recensement 2006)

Population selon certaines conditions sociodémographiques, RLS La Pommeraie et Montérégie, 2011



Proportion de la population de 65 ans et plus, RLS La Pommeraie, 2011-2031



	2011	2016	2021	2026	2031
65 à 74 ans	10,8	13,2	14,7	15,3	15,4
75 à 84 ans	5,6	6,3	7,9	9,8	11,2
85 et plus	2,4	2,7	2,9	3,4	4,5

Source : MSSS, Estimations et projections démographiques, édition janvier 2010.
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2013.

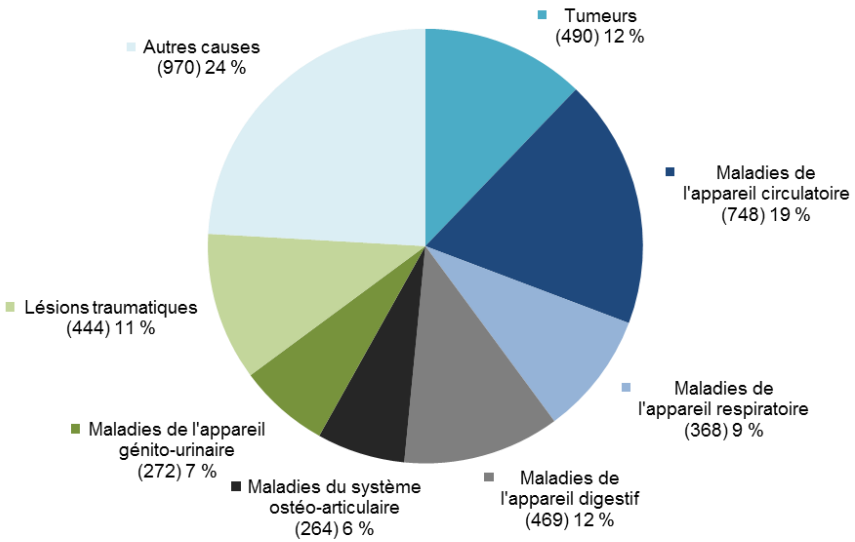
ESPÉRANCE DE VIE

En 2005-2009, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui résident sur le territoire de La Pommeraie s'élève à **80,3 ans**, soit une espérance de vie à la naissance significativement moins longue que celle du Québec (80,9 ans). Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance plus élevée que celle des hommes (82,9 c. 77,8 ans), quoique l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec le temps.

NOUVEAU-NÉS

En 2010, les femmes du RLS ont donné naissance à **483 enfants** et le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,88.

Répartition, en nombre et en proportion, des hospitalisations en soins physiques de courte durée selon la cause, RLS La Pommeraie, avril 2011 à mars 2012



Note : Les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité sont exclues.
Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO.
Production : Équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2013.

SANTÉ PHYSIQUE

LES TUMEURS

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.

- **31% des décès** sont attribuables aux tumeurs malignes : c'est la principale cause de décès;
- Dans le RLS, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 239 à 318 entre les périodes 1991-1995 et 2006-2010;
- En 2011-2012, on compte 490 hospitalisations pour cause de tumeurs ce qui représente près de **12% des hospitalisations** en soins physiques de courte durée;
- Le taux d'incidence du cancer est en augmentation depuis 1996-2000.

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Malgré une diminution de la mortalité attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire au cours des dernières décennies, depuis 2000-2004, le RLS affiche un taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire significativement supérieur à celui du Québec.

- 29% des décès (2e cause de décès - 131 décès par année en moyenne);
- En 2011-2012, on compte 748 hospitalisations attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire, soit 19% des hospitalisations en soins physiques de courte durée;
- Le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus élevé dans le réseau local de services qu'au Québec.

En 2009-2010
Maladies cardiaques : 2010 personnes
Hypertension : 10 624 personnes
Proportions élevées chez les personnes de 65 ans et plus

LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

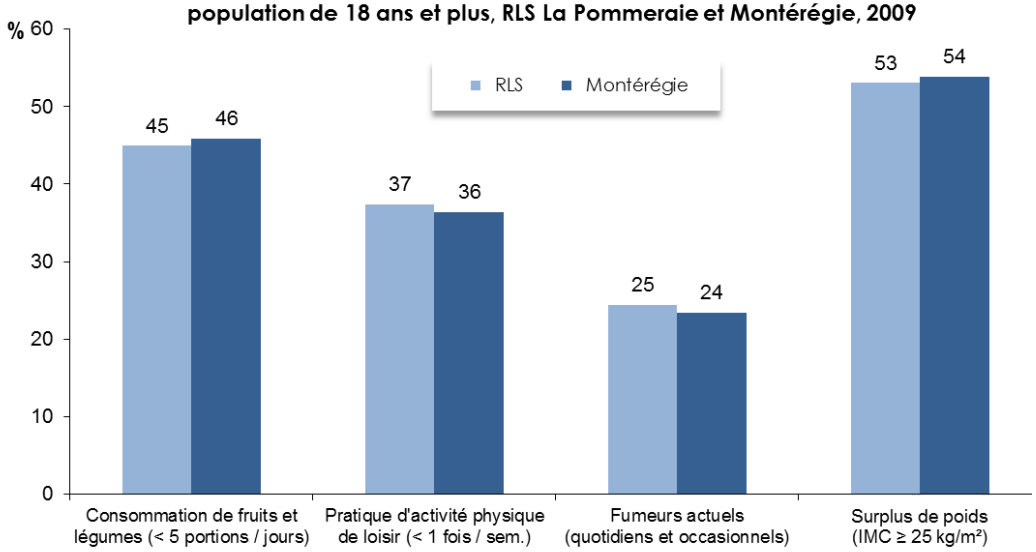
- 9% des décès et des hospitalisations;
- Le taux d'hospitalisations est significativement inférieur à celui du Québec.

En 2009-2010
Asthme : 3 910 personnes de 12 ans et plus
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : 1 180 personnes de 35 ans et plus

LE DIABÈTE

Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a presque doublé depuis 2000-2001 pour atteindre 3592 personnes en 2010-2011. C'est 8,9% de la population du RLS, un taux significativement plus faible qu'ailleurs au Québec.

Quelques facteurs de risque de maladies chroniques, population de 18 ans et plus, RLS La Pommeraie et Montérégie, 2009



(+), (-) Valeur significativement plus élevée ou plus faible que celle du reste de la Montérégie au seuil de 5 %.
Source : SOM, Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie, 2009.
Production : équipe Surveillance de l'état de santé de la population, DSP Montérégie, novembre 2013.

SANTÉ MENTALE PSYCHOSOCIALE

Troubles mentaux (en 2011-2012)

- 222 hospitalisations pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

JEUNESSE (2012-2013)

- 548 signalements au Centre jeunesse de la Montérégie, une augmentation de 85% par rapport à 2002-2003;
- Augmentation du nombre de signalements retenus (208);
- Les deux principaux motifs de signalements retenus sont l'abus physique et la négligence;
- 56 nouvelles prises en charge représentent 27% des signalements retenus;
- Le nombre moyen annuel de suicides s'élève à 8 dans le réseau local de services.

Marie-Josée Croteau
et Isabelle Côté
Archivistes médicales

Services des archives médicales de l'Hôpital BMP :

- 252 500 dossiers dans nos archives;
- 99 234 dossiers sortis annuellement par les préposés aux dossiers médicaux;
- 8 779 dossiers médicaux compilés par le commis et par les archivistes chaque année.

LES COMITÉS ET LES CONSEILS PROFESSIONNELS RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

= Conseils professionnels
= Comités obligatoires
= Comités facultatifs

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Michel Lafrance
Président du conseil d'administration

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Rosaire Giroux
Président du conseil

Nombre de réunions : 10
Taux de participation : 89%

Conseil des infirmières et infirmiers et conseil des infirmières et infirmiers-auxiliaires

Stéphanie Gagné
Présidente du CII

Danielle Chouinard
Présidente du CIIA

Nombre de réunions : 4
Taux de participation : 75%

Conseil multidisciplinaire

Lucy Davis
Présidente du conseil

Nombre de réunions : 8
Taux de participation : 90%

Comité de gouvernance et d'éthique

Michel Lafrance
Président du comité

Nombre de réunions : 4
Taux de participation : 90%

Comité de vérification

Kevin Craft
Président du comité

Nombre de réunions : 8
Taux de participation : 91%

Comité de vigilance et qualité

Suzanne Riendeau Clément
Présidente du comité

Nombre de réunions : 6
Taux de participation : 86%

Comité de gestion des risques

Véronique Leblanc
Présidente du comité

Nombre de réunions : 6
Taux de participation : 70%

Comité des usagers

Pauline Mercier
Présidente du comité

Nombre de réunions : 7
Taux de participation : 95%

Comité de révision des plaintes

Diane Laporte
Présidente du comité

Nombre de réunions : 2
Taux de participation : 100%

Comité d'évaluation du directeur général

Michel Lafrance
Président du comité

Nombre de réunions : 2
Taux de participation : 100%

Comité exécutif

Michel Lafrance
Président du comité

Nombre de réunions : 6
Taux de participation : 90%

Comité de communications

Michèle Bazin
Présidente du comité

Nombre de réunions : 2
Taux de participation : 100%

Comité d'éthique clinique

Lucie Harnois
Présidente du comité

Nombre de réunions : 5
Taux de participation : 70%

Comité de soutien à la gestion des personnes

Elsa Carlier
Présidente du comité

Nombre de réunions : 3
Taux de participation : 77%

LES ACTIVITÉS DES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques est institué en vertu de l'article 183.1 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSSS) et s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement. Il a pour mandat principal de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à identifier 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, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence.

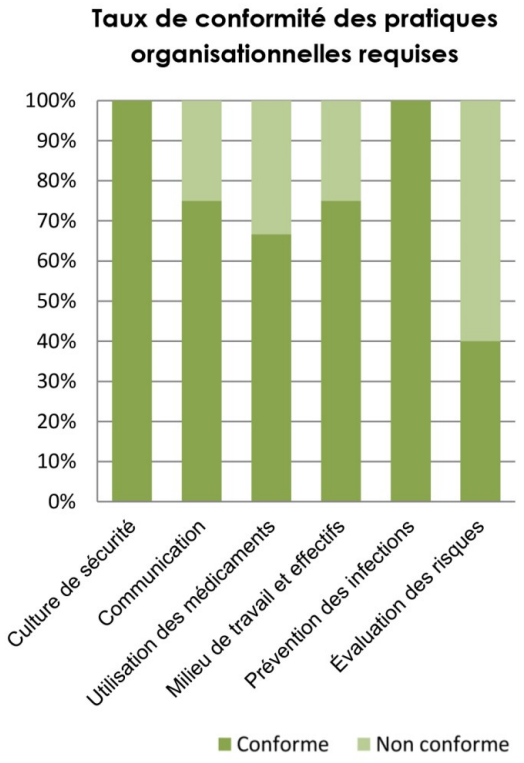
DÉCLARATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES (INCIDENTS-ACCIDENTS)

Principaux travaux réalisés

- Optimisation du processus de déclaration des événements;
- Révision et adoption de la politique de gestion intégrée des risques, révision des règles de fonctionnement du comité;
- Élaboration d'un outil de suivi du plan de sécurité;
- Réalisation d'un tableau de bord portant plus spécifiquement sur la déclaration des événements;
- Diffusion de résultats en gestion des risques, notamment par la publication de plusieurs articles dans le journal interne L'Intercom;
- Travaux pour améliorer les mécanismes de communication et de coordination entre les différentes instances ayant un mandat en gestion des risques.

SUIVI DU PLAN DE SÉCURITÉ 2013-2015

En octobre 2013, le CSSS La Pommeraie a reçu la visite d'Agrément Canada (un organisme privé sans but lucratif qui évalue la qualité des services dans les établissements de santé au Canada). En ce qui a trait aux pratiques organisationnelles requises (POR) qui concernent spécifiquement la sécurité, nous observons un taux de conformité de 75%. Le comité de gestion des risques assure le suivi du plan de sécurité et un premier suivi a été déposé auprès d'Agrément Canada en mars 2014. Un taux de conformité de 100% est visé pour le prochain suivi qui s'effectuera en mars 2015.



SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER

En mars 2014, le CSSS La Pommeraie a reçu des recommandations du coroner concernant la transmission d'informations cliniques entre les différents professionnels impliqués dans la prestation des soins aux personnes hébergées. Au cours des derniers mois, une structure de coordination a notamment été mise en place à cet égard. Un suivi est en cours afin d'élaborer un plan d'action plus précis quant aux recommandations du coroner.

RECOMMANDATIONS

Suite à la réception des résultats découlant de la visite d'agrément, le comité a émis la préoccupation d'assurer un suivi étroit des pratiques organisationnelles requises pour lesquelles certains secteurs ne sont pas conformes.

Perspectives 2014-2015

- Compléter la révision du programme de gestion intégrée des risques et en coordonner l'implantation;
- Élaborer un tableau de bord tactique en gestion intégrée des risques;
- Compléter la cartographie des risques;
- Assurer le suivi du plan de sécurité 2013-2015 en portant une attention particulière au programme d'entretien préventif ainsi qu'à la prévention des chutes;
- Continuer à consolider les mécanismes de communication et de coordination entre les différentes instances ayant un mandat de gestion des risques.

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Principaux travaux réalisés :

- Remplacement de deux (2) postes vacants au sein du conseil d'administration;
- Recrutement entrepris pour combler le poste coopté qui est vacant;
- Mise en place de l'auto-évaluation du fonctionnement du conseil d'administration à compter de septembre 2013;
- Élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité suite aux résultats de l'auto-évaluation du fonctionnement du 1er trimestre;
- Tenue d'une formation sur la responsabilité populationnelle en septembre 2013;
- Mise à jour du nouveau guide d'accueil des membres du conseil d'administration;
- Mise à jour des règles de fonctionnement du conseil d'administration;
- Mise à jour de la politique sur le profil des compétences et d'expérience des administrateurs;
- Tenue d'une rencontre des présidents des comités et des instances relevant du conseil d'administration en février 2014 dans le but d'implanter un processus d'auto-évaluation annuelle de chacun des comités et instances.

Perspectives 2014-2015 :

- Assurer le suivi des plans d'amélioration de la qualité des comités et instances relevant du conseil d'administration;
- Procéder à la révision du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;
- Procéder à la révision du règlement sur les conflits d'intérêts;
- Analyser les besoins de formation des administrateurs et poursuivre la formation sur une base continue;
- Compléter le recrutement du poste vacant au conseil d'administration;
- Actualiser le plan d'amélioration du fonctionnement du comité.

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Principaux travaux réalisés :

- Analyse du rapport financier périodique en collaboration avec le directeur des ressources financières;
- Suivi des zones de fragilité financière pour atteindre l'équilibre budgétaire;
- Suivi du plan de redressement budgétaire 2013-2014 en lien avec la situation budgétaire qui a été fragile tout au cours de l'année;
- Présentation par la directrice générale adjointe de la politique de gestion intégrée des risques et du rôle du comité de vérification dans la gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Préparation d'un plan initial de redressement pour 2014-2015.

Recommandations :

Une recommandation sur les contrôles internes a été soumise. Le comité souhaite faire la distinction entre les contrôles internes et les contrôles qui sont effectués par les auditeurs. Un tableau sur les processus internes a été demandé à la direction des ressources financières afin que le comité puisse se positionner et assumer pleinement ses responsabilités en lien avec les contrôles internes.

Perspectives 2014-2015 :

- Associer davantage à son mandat la gestion intégrée des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Assurer le suivi du plan de redressement budgétaire 2014-2015;
- Mettre en place un mécanisme de vigie en lien avec les défis budgétaires et les projections de déficit;
- Actualiser le plan d'amélioration du fonctionnement du comité.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Principaux travaux réalisés :

- Mise en place de moyens permettant de se doter d'une vision d'ensemble sur la qualité et la sécurité de la prestation de soins et services;
- Validation par les membres des différents outils de suivi sur les résultats et sur l'avancement des travaux d'amélioration qualité;
- Suivi du tableau des objectifs des instances qualité qui a été mis en place afin de prendre connaissance de l'état d'avancement des travaux en lien avec leurs objectifs respectifs;
- Suivi des visites d'inspection professionnelle et des visites qualité ministérielle en centres d'hébergement;
- Suivi des dossiers de plaintes en cours;
- Suivi des événements sentinelles;
- Suivi des recommandations du coroner;
- Suivi du plan de sécurité pour les pratiques organisationnelles requises (POR);
- Suivi des recommandations suite à la visite d'Agrément en octobre 2013;
- Participation à l'élaboration du tableau de bord en gestion des risques.

Perspectives 2014-2015

- Apprécier le niveau d'atteinte des objectifs des différents comités et instances qualité sur une base trimestrielle;
- Apprécier l'avancement des travaux d'amélioration suite à la visite d'Agrément 2013;
- Actualiser la procédure de reddition de comptes des directions;
- S'assurer que les indicateurs de qualité et de sécurité constituent un bon outil d'aide à la décision pour le conseil d'administration;
- Actualiser le plan d'amélioration du fonctionnement du comité.

COMITÉ DES USAGERS

Principaux travaux réalisés

- Révision des recommandations suite à la visite d'Agrément et du plan de sécurité 2013-2015;
- Tenue d'un concours de photos sous le thème *«Vivre et vieillir dans la dignité»* et affichage dans nos centres d'hébergement;
- Création d'un calendrier personnalisé pour chaque centre d'hébergement;
- Multiples actions tout au cours de l'année afin de mieux faire connaître le comité des usagers et ses comités de résidents;
- Consultation pour la mise à jour du code d'éthique de l'établissement;
- Publication d'un guide des usagers;
- Consultation pour l'élaboration du dépliant *« Ma santé, j'y vois »*;
- Harmonisation des actions des comités de résidents et des usagers;
- Évaluation du fonctionnement du comité des usagers et des comités de résidents;
- Élaboration d'un plan d'amélioration pour un fonctionnement optimal de ses comités;
- Participation au plan d'action pour le développement du service de bénévolat;
- Développement d'un projet pilote qui permettra l'accès à un réseau sans fil dans les centres d'hébergement pour les résidents et leurs familles;
- Rencontre des directions cliniques pour mieux comprendre le fonctionnement.

Perspectives 2014-2015 :
Déployer le plan de communication autour des objectifs suivants :

- Se positionner davantage comme un défenseur des droits de tous les types d'usagers;
- S'engager à augmenter les collaborations et les projets porteurs d'amélioration;
- Augmenter les consultations des usagers pour l'amélioration des services;
- Actualiser le plan d'amélioration du fonctionnement du comité.

Recommandations :

- Mieux faire connaître l'existence et les rôles des comités de résidents et du comité des usagers auprès des familles et de la population;
- Poursuivre le travail de collaboration avec la direction pour assurer un suivi organisationnel lié aux préoccupations du comité des usagers et ses comités de résidents;
- Participer à la relève des bénévoles sur le territoire;
- Mieux cadrer les partenariats avec les diverses fondations du territoire pouvant contribuer aux usagers;
- Actualiser le plan d'amélioration du comité.

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Principaux travaux réalisés :

- Révision du cadre de référence en matière d'éthique;
- Révision du code d'éthique et du code de civilité;
- Mise à jour des règles de fonctionnement du comité d'éthique clinique;
- Élaboration d'un dépliant sur le comité et la consultation;
- Promotion de l'éthique au sein du CSSS afin de susciter les demandes d'avis éthique;
- Tenue d'activités de formation et de sensibilisation à l'éthique par visioconférence.

Au cours de l'année 2013-2014, les demandes d'avis éthique ont principalement porté sur des questionnements en lien avec la non compliance et la continuité des soins, notre responsabilité en cas de refus de soins, les volontés d'un usager –vs- le jugement clinique et la gestion du risque et l'application des mesures de contrôle.

Perspectives 2014-2015 :

- Poursuivre la campagne de sensibilisation et de promotion de l'éthique au sein du CSSS;
- Poursuivre la formation des membres du comité d'éthique;
- Participer à la poursuite des travaux en suivi de la visite d'Agrément Canada;
- Actualiser le plan d'amélioration du fonctionnement du comité.

COMITÉ DES COMMUNICATIONS

Principaux travaux réalisés :

- Déploiement du plan de communication;
- Élaboration du plan d'action en communication 2013-2015;
- Suivi des activités médiatiques réalisées;
- Suivi des chroniques mensuelles publiées dans les différents journaux locaux;
- Suivi des campagnes d'affichage et des thématiques;
- Révision complète du contenu de l'Intercom.

Perspectives 2014-2015 :

- Revoir et mettre à jour d'autres éléments du plan de communication et en assurer la réalisation;
- Réviser les moyens et les outils de communication afin de les moderniser;
- Dynamiser le site Web;
- Se doter d'une politique sur les médias sociaux;
- Actualiser le plan d'amélioration du fonctionnement du comité.

COMITÉ DE SOUTIEN À LA GESTION DES PERSONNES

Principaux travaux réalisés :

- Analyse et recommandations concernant le cadre de référence du plan de développement des ressources humaines et planification de la main-d'œuvre 2012-2015;
- Suivi des indicateurs de ressources humaines;
- Suivi du tableau de bord annuel de la direction des ressources humaines;
- Appropriation de l'offre de service de la direction des ressources humaines;
- Analyse et recommandations de cinq politiques de gestion des conditions de travail du personnel d'encadrement;
- Participation à un projet de recherche doctorale sur la gouvernance des ressources humaines par le conseil d'administration.

Perspectives 2014-2015 :

- Suivi du tableau de bord de ressources humaines avec des comparatifs régionaux;
- Participation à un nouveau projet de recherche doctorale sur la rétention du personnel;
- Évaluation des impacts en ressources humaines découlant du plan de redressement 2014-2015;
- Analyse et recommandations des politiques de gestion restantes touchant le personnel d'encadrement;
- Actualiser le plan d'amélioration du fonctionnement du comité.

Dre Isabelle Nicolas

LES CONSEILS PROFESSIONNELS

Dr Rosaire Giroux
Président

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Travaux réalisés

- Intégration d'un changement récent à l'évaluation de la qualité de l'acte;
- Suivis en lien avec les visites d'inspection professionnelle de l'Ordre des pharmaciens et du Collège des médecins;
- Travaux concernant la gouvernance du CMDP, les soins en néonatalogie et les soins intensifs;
- Création du règlement du département de biologie médicale et révision du règlement du bloc opératoire;
- Révision de la gouvernance médicale au service d'endoscopie;
- Publications régulières dans le journal interne du CSSS La Pommeraie.

Perspectives 2014-2015 :

- Réviser les règlements des départements de chirurgie, de la pharmacie et de médecine générale;
- Revoir la gouvernance médicale aux soins intensifs;
- Mettre en place un programme de formation continue pour les membres du CMDP;
- Actualiser le plan d'amélioration du fonctionnement du conseil.

Stéphanie Gagné
Présidente CII

Danielle Chouinard
Présidente CIIA

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII) ET CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS-AUXILIAIRES (CIIA)

Travaux réalisés

- Avis ou recommandations émis concernant :
  - ⇒ 4 ordonnances collectives ou protocoles;
  - ⇒ 2 règles de soins infirmiers.

Perspectives 2014-2015 :

- Procéder à l'étude de dossiers sentinelles ou plaintes par rapport à la qualité;
- Collaborer davantage avec le CMDP sur certains dossiers;
- Mettre en place la reconnaissance par les pairs;
- Organiser des sous-groupes de travail (étude d'événements sentinelles, reconnaissance des bonnes actions, promotion de la qualité des soins, autorégulation en lien avec les activités concernées);
- Actualiser le plan d'amélioration du fonctionnement du conseil.

Lucy Davis
Présidente

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Travaux réalisés

- Participation à la consultation du cadre de référence en matière d'éthique;
- Participation à une rencontre des présidents des comités et des instances relevant du conseil d'administration;
- Participation à l'évaluation de l'exécutif du CM;
- Rencontre des équipes afin de promouvoir le rôle du CM;
- Poursuite du concours prix reconnaissance;
- Publications dans le journal interne de l'organisation concernant les activités du CM;
- Travaux sur l'encadrement et la supervision professionnelle.

Perspectives 2014-2015 :

- Poursuivre les travaux sur les besoins d'encadrement, de supervision et de support à la pratique professionnelle;
- Proposer un modèle de supervision et de support à la pratique professionnelle répondant aux besoins de l'organisation et des professionnels;
- Actualiser le plan d'amélioration du fonctionnement du conseil.

Lucy Davis
Ergothérapeute

Monsieur Oscars Lafontaine
Patient en gériatrie

Carmen Meunier
Thérapeute en réadaptation physique

Hélène Santerre
Agente administrative
au CLSC de Cowansville

NOS ACTIVITÉS

L'EXPÉRIENCE CLIENT

LES PRINCIPAUX MOYENS D'INFORMATION ET DE CONSULTATION AUPRÈS DE NOTRE CLIENTÈLE

Plusieurs moyens de communication sont utilisés pour rejoindre la population établie sur le territoire du CSSS La Pommeraie. Les divers outils de communication ont pour objectif d'informer sur nos services, mais également d'obtenir une rétroaction de notre clientèle. Nous avons également choisi de les rendre disponibles en anglais, dans la majorité des cas, pour mieux répondre aux besoins de la population d'expression anglaise.

TÉLÉPHONIE

Messages ponctuels sur le menu vocal de nos installations.

PUBLICATIONS

Dépliants, signets, cartons d'information, etc.

AFFICHAGE

Dans toutes nos installations et à divers endroits stratégiques dans les municipalités du réseau local de services (RLS) :

- Services, campagnes et autres;
- Heures d'ouverture et congés fériés.

MÉDIAS

- Conférences de presse;
- Communiqués de presse;
- Chroniques mensuelles du CSSS dans les journaux locaux;
- Publicités.

RECRUTEMENT LOCAL ET RÉGIONAL

Salons d'emploi, journées carrière, sorties dans les écoles, visites d'étudiants dans nos installations, etc.

Partenaires

- Activités communes avec nos partenaires;
- Journée Carrière Québec (médecins et résidents);
- Représentants du CSSS qui siègent à différents comités, tables de concertation et autres associations locales et régionales.

RAPPORT ANNUEL

Présenté lors de l'assemblée générale annuelle et publié sur notre site Web.

SONDAGES

- Questionnaire-sondage d'évaluation dans le cadre de la démarche d'agrément;
- Dépliant «Votre opinion compte» sur l'appréciation des soins et services;
- Feuillet explicatif et dépliant sur les plaintes;
- Témoignages de notre clientèle sur l'appréciation des soins et services.

SITE WEB :

www.santemonteregie.qc.ca/lapommeraie

L'information y est répartie en 6 grandes rubriques :

- Soins et services;
- Santé publique;
- À propos de nous;
- Carrières;
- Documentation;
- Salle de presse.

PORTRAIT DE L'APPRÉCIATION DES SOINS ET SERVICES, FORMULAIRE : «VOTRE OPINION COMPTE»

En tout temps, les usagers du CSSS La Pommeraie et leurs proches ont la possibilité de faire part de leurs commentaires en utilisant le formulaire «Votre opinion compte». Celui-ci est disponible en version française et anglaise dans toutes nos installations, en plus d'être accessible sur le site Web.

Les thèmes abordés dans le formulaire :

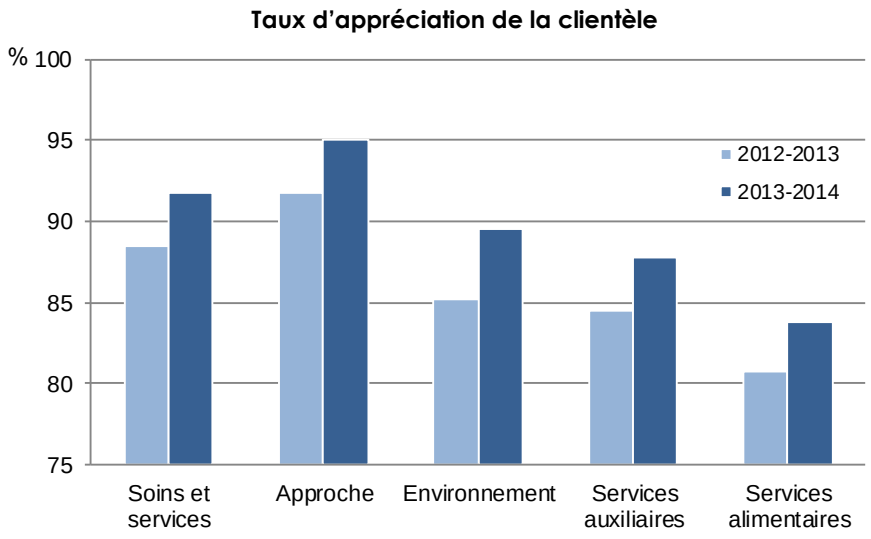
- Les soins et services;
- L'approche;
- L'environnement;
- Les services auxiliaires;
- Les services alimentaires.

Il s'agit du moyen privilégié pour évaluer la satisfaction de la clientèle, bien que l'établissement reçoive également des lettres et des cartes témoignant de la satisfaction des usagers et de leurs familles.

Nombre de formulaires reçus		
	Au 31 mars 2014	**Au 31 mars 2013**
Français	180	254
Anglais	40	35
Total	220	289

Comparativement à l'année précédente, on constate une baisse de 24% des formulaires reçus.

Le taux moyen de satisfaction se situe à 89,55%, en hausse de 3,3% comparativement à l'année dernière et l'approche demeure l'aspect obtenant le plus fort taux d'appréciation.



LES FORCES ET LES OPPORTUNITÉS D'AMÉLIORATION

Thèmes	Forces	Opportunités d'amélioration
Soins et services	Les explications sur la nature des examens, traitements et analyses	La durée de l'attente
Approche	Le respect et la courtoisie envers la clientèle	L'écoute et la continuité dans les soins et services
Environnement	Le degré de sécurité	Le niveau de quiétude
Services auxiliaires	La pastorale	La buanderie
Services alimentaires	Les portions	La variété dans le choix des menus

PERSPECTIVES 2014-2015

Développer l'approche «expérience client» et revoir les outils de sondage sur la satisfaction de la clientèle en collaboration avec le comité des usagers.

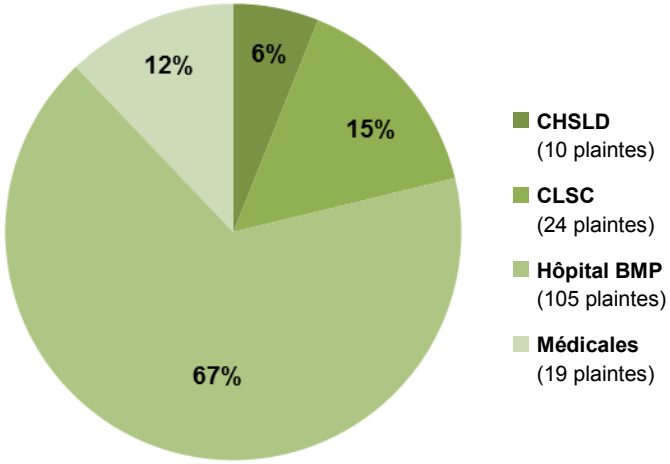
Natasha St-François
Technologue en imagerie médicale

Sandra Côté
Technologue en imagerie médicale

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LE DROIT DES USAGERS

Au cours de l'exercice financier 2013-2014, le CSSS La Pommeraie a reçu **158** plaintes, soit **7** de plus que l'an dernier et **31** de plus qu'en 2011-2012.

- **148** plaintes ont été conclues au cours de l'année;
- **3** plaintes administratives ont été portées à l'attention du Protecteur du citoyen :
  - ⇒ **1** plainte a été conclue et comportait une clarification au plaignant, mais aucune recommandation au CSSS La Pommeraie;
  - ⇒ **2** sont en attente de conclusions;
  - ⇒ **1** dossier d'intervention, toujours en traitement, a aussi été ouvert par le Protecteur du citoyen;
- **1** plainte a été référée au comité de révision des plaintes;
- **19** plaintes ont été référées aux médecins examinateurs.



Au cours de l'année écoulée, 30 plaintes ont visé le mode de fonctionnement du stationnement, soit 29% des plaintes de l'hôpital et 19% du total des plaintes.

PRINCIPAUX MOTIFS DES PLAINTES

Les plaintes les plus nombreuses ont touché le stationnement de l'hôpital, les services de l'urgence (soins, approche du personnel, triage, intimité des lieux), les attitudes du personnel et l'accessibilité à différents services (dermatologie, chirurgies en orthopédie, transferts inter-hospitaliers, services à domicile et services téléphoniques de rendez-vous).

DÉLAI DE TRAITEMENT

Le délai moyen pour conclure les dossiers de plainte cette année est de **42** jours.

DEMANDES D'ASSISTANCE

Les demandes d'assistance des usagers ou de leurs représentants sont des demandes de la clientèle qui ont fait l'objet d'une analyse, d'un traitement et d'ajustements, mais qui ne sont pas considérées comme des plaintes formelles. Au total, le commissaire aux plaintes a répondu cette année à **24** demandes d'assistance.

INTERVENTIONS

Les dossiers d'intervention du commissaire local aux plaintes sont ouverts à la suite d'un signalement ou de sa propre initiative et peuvent comprendre des mesures correctives et des recommandations visant l'amélioration de la qualité des services. Cette année, le commissaire local aux plaintes a ouvert **2** dossiers d'intervention en lien avec la centrale de rendez-vous.

ACCÈS

Le dépliant explicatif ainsi que le formulaire de plaintes sont disponibles en version française et anglaise sur notre site Web au **www.santemonteregie.qc.ca/lapommeraie**.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- Trouver des solutions à l'insatisfaction des usagers en lien avec le stationnement de l'Hôpital BMP;
- Rappeler aux employés qui travaillent à l'urgence, l'importance de l'accueil, du suivi régulier des usagers en attente, du triage pour les bébés, les jeunes enfants, les personnes âgées et réviser les procédures liées au congé des personnes avec déficits cognitifs vivant en résidence ou en CHSLD;
- Implanter des mesures correctives au niveau du système téléphonique de l'Hôpital BMP;
- Réorganiser le travail des employés en lien avec certains services offerts en CHSLD, principalement en soirée;
- Réviser et améliorer les renseignements transmis aux usagers en ce qui a trait aux consentements et aux refus de traitement;
- Évaluer le système de prise de rendez-vous «Bonjour Santé» en lien avec l'accessibilité du service;
- Porter une attention particulière au confort et à l'intimité des patients dans tous les services;
- Réaménager l'escalier à l'arrière de l'Hôpital BMP pour les personnes qui ont des difficultés à marcher et faciliter l'accessibilité pour les personnes en fauteuil roulant;
- Réviser les procédures liées aux changements de chambres des usagers hospitalisés.

MOTIFS DES PLAINTES ADRESSÉES AUX MÉDECINS EXAMINATEURS

Les **19** plaintes reçues en 2013-2014 concernaient principalement les soins et services, dont **6** plaintes à cet effet lors de visites à l'urgence. Des problèmes d'accessibilité et de relations interpersonnelles ont occasionné **5** autres plaintes.

La majorité des plaintes reçues en cours d'année ont pu être traitées. Une seule a fait l'objet d'une étude par le comité de révision des plaintes et a été conclue après le 31 mars 2014. Une autre plainte fera l'objet d'une étude par le comité de morbidité/mortalité afin de bien répondre à l'usager.

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES : ENJEUX, PRIORITÉS ET CIBLES D'ACTIONS

ENJEU 1 : ACCESSIBILITÉ

AXE 1 : PLACER LA PERSONNE ET SA SANTÉ GLOBALE AU CŒUR DE NOS DÉCISIONS

OBJECTIFS :

- Consolider l'offre de service (trajectoire optimale)
- Développer et mettre en œuvre un réseau de services intégrés pour les personnes âgées

En lien avec notre devise, La personne au cœur des services, de nombreuses mesures ont été prises au cours de la dernière année pour consolider notre offre de service, améliorer l'accessibilité pour notre clientèle, prévenir, soutenir et améliorer l'état de santé de notre population.

☺	Cible atteinte
😐	Travaux en cours

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-14	RESPECT DE LA CIBLE
Optimiser le soutien à domicile	Taux (%) d'heures de services directs à la clientèle	Augmentation de 10%	Augmentation de 18%	☺
Optimiser l'épisode de soins à l'hôpital (5 projets réalisés sur 20)	Durée moyenne de séjour en courte durée	5 jours	5.12 jours	😐
	Séjour moyen sur civière à l'urgence	12 heures	17.5 heures	😐
Réviser les mécanismes d'accès en endoscopie	Nombre de cas urgents en attente	0 cas	0 cas	☺
	Nombre de cas semi-urgents en attente	Diminution	64 cas	☺
	Nombre de cas électifs en attente	Diminution	102 cas	☺
	Nombre de cas de dépistage en attente	Diminution	722 cas	☺
Implanter l'accueil clinique	Projet à débuter en 2014-2015	-	-	
Améliorer l'offre de service en santé mentale adulte	Nombre d'usagers référés au guichet d'accès en santé mentale adulte	Augmentation	423 usagers	☺
	Nombre d'usagers différents vus en psychiatrie 2e ligne au CSSS La Pommeraie en santé mentale adulte	525	863 usagers	☺
	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale adulte est > 60 jours	0 usager	2 usagers	😐
Développer et implanter les services de soins médicaux aigus à domicile SMA³D	Taux de visite des personnes de 75 ans et + à l'urgence	Diminution	10,8%	☺
	Taux d'hospitalisation des personnes de 75 ans et +	Diminution	32,8%	☺
Implanter l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	Préalables en place à l'urgence	4 préalables	Mise en place de 3 des 4 préalables	😐

FAITS SAILLANTS :

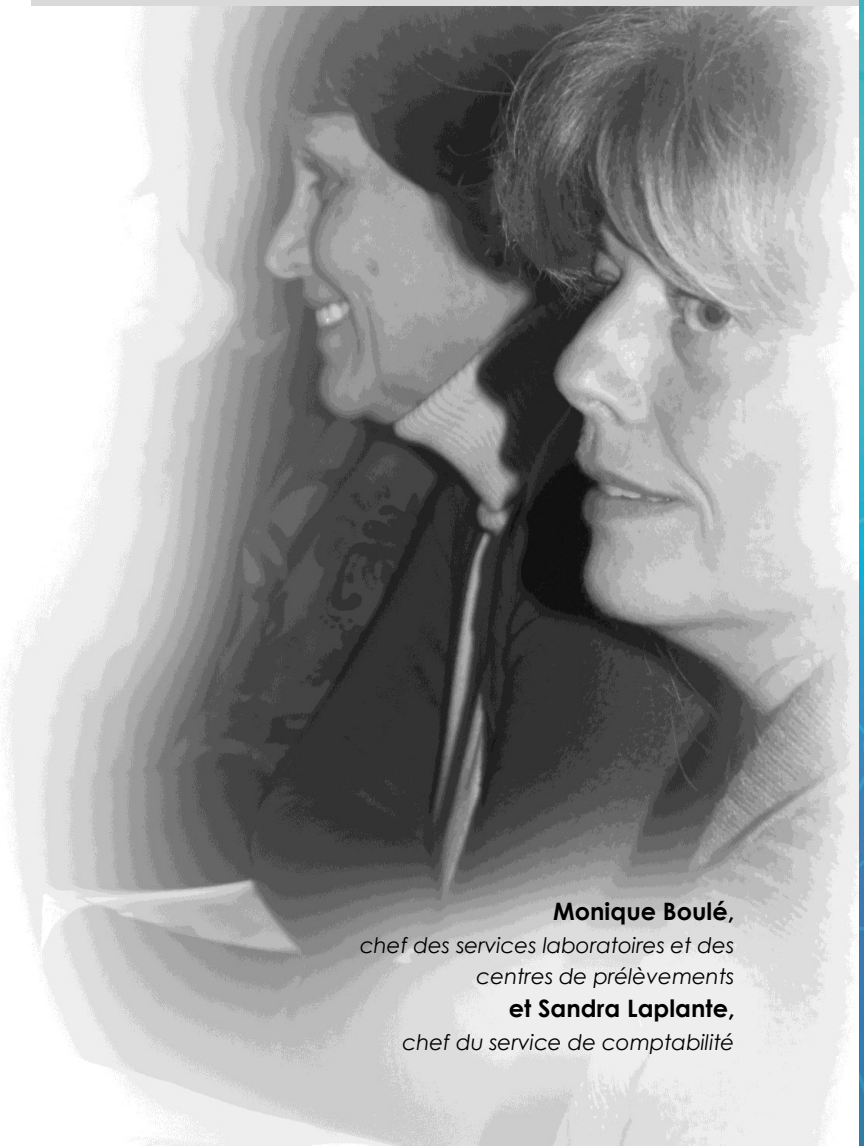
- Ouverture du guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille à l'ensemble de la clientèle orpheline et accès à l'inscription en ligne sur le site Web du CSSS permettant une prise en charge de 1201 usagers supplémentaires;
- Amélioration de l'offre de service de l'unité de médecine familiale se traduisant par une augmentation de 48% de la clientèle inscrite;
- Nouveau système d'appel pour les usagers se présentant au sans rendez-vous du CLSC de Farnham qui a éliminé le temps d'attente en clinique;
- Augmentation de 15% de la vaccination grippale de masse;
- Soutien accru en soins infirmiers dans les groupes de médecine de famille qui a entraîné une augmentation de la prise en charge de la clientèle;
- Augmentation de 7% des interventions effectuées pour le programme DI-TSA
- Ouverture de la clinique de la douleur qui a permis une augmentation de 84% du nombre de traitements en douleur chronique;
- Création d'un département de biologie médicale;
- Optimisation des cliniques de téléassistance en soins de plaies, en collaboration avec le RUIS de Sherbrooke, qui a permis de traiter 117 usagers directement dans leur milieu;
- Révision des processus au niveau de l'organisation des soins et services qui a permis **une augmentation de :**
  - ⇒ 17% du nombre de visites en clinique d'orthopédie;
  - ⇒ 13% du nombre de traitements en clinique d'oncologie;
  - ⇒ 51% du nombre d'usagers traités en médecine de jour et de 36% du nombre de traitements;
  - ⇒ 11% du nombre de chirurgies d'un jour;

  Et une diminution de :
  - ⇒ 7% du nombre de séjours de plus de 24 heures à l'urgence;
  - ⇒ 17% du nombre de séjours de plus de 48 heures à l'urgence;
  - ⇒ 11% de la durée moyenne des séjours en heures sur civières à l'urgence;

- Augmentation de 6 à 16% du nombre d'examens en radiologie selon le type d'examen;
- Augmentation de 13,5% du volume d'activités en électrophysiologie, de 26% du nombre d'examens de Holter cardiaque et de 3,2% en physiologie respiratoire;
- Déploiement de 23 nouvelles places en ressources intermédiaires pour un total de 77 sur notre territoire, destinées à la clientèle présentant une perte d'autonomie et/ou une déficience physique;
- Mise en œuvre des travaux sur l'assurance-autonomie avec 600 évaluations bio-psycho-sociales de la clientèle inscrite au soutien à domicile;
- Déploiement du nouveau plan d'action local en santé publique;
- Mise en œuvre du programme BEST pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité;
- Implantation d'un nouveau service de scellant dentaire par les hygiénistes dentaires permettant de rejoindre 940 élèves.

Trois (3) activités de type kaizen ont contribué à la mise en place de mesures d'amélioration de l'accessibilité des services à la clientèle. Les objectifs visés :

- Réduire le temps d'attente des usagers pour un prélèvement;
- Améliorer le circuit de transport inter-sites afin de mieux répondre aux normes de laboratoire;
- Réduire les délais d'admission de l'urgence vers les unités de soins.



Monique Boulé,
chef des services laboratoires et des centres de prélèvements
et Sandra Laplante,
chef du service de comptabilité

ENJEU 2 : PRESTATION SÉCURITAIRE

AXE 2 : OFFRIR DES SOINS ET DES SERVICES SÉCURITAIRES, INTÉGRÉS ET EFFICACES

OBJECTIF :

- Développer une gestion intégrée des risques

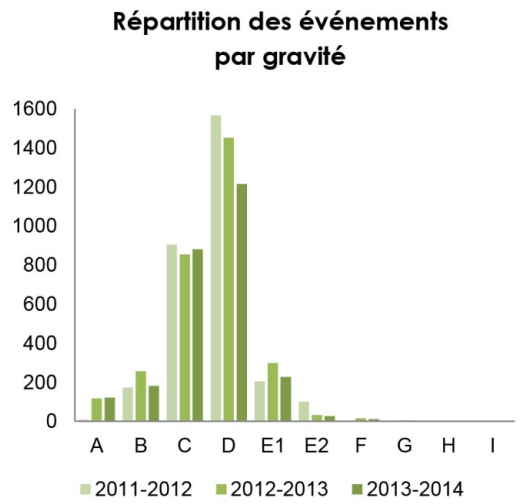
La démarche d'amélioration continue de la qualité nous amène à questionner et à bonifier nos façons de faire en regard des meilleures pratiques sécuritaires. Voici une synthèse des actions concrètes visant le renforcement d'une culture de sécurité au sein de l'organisation 2013-2014.

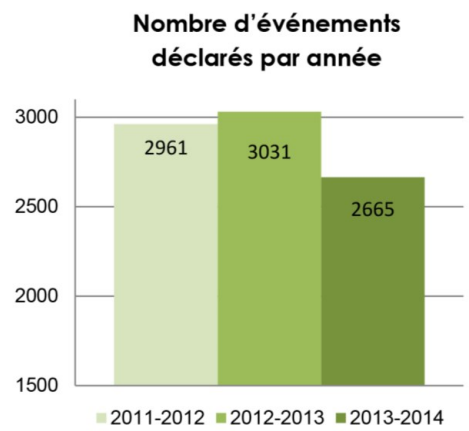
PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-14	RESPECT DE LA CIBLE
Mettre en place un programme d'audits interne	Taux (%) de réalisation du programme	100%	50% du programme réalisé	😐
	Taux (%) de conformité aux pratiques organisationnelles requises – POR	100%	80% de conformité	😐
	Nombre d'événements déclarés de gravité E1 et plus	Diminution	266 événements	☺
Réviser la pratique clinique en soins infirmiers	Taux de révision des pratiques cliniques en lien avec la Loi 90	50%	25% de la révision complétée	😐
Mettre en place un programme de traçabilité	Projet à débuter en 2014-2015	-	-	
Mettre à jour le plan des mesures d'urgence — PMU	Taux de réalisation du plan de mesures d'urgence	50%	25% du plan complété	😐
Gérer les valeurs cliniques	Projet à débuter en 2014-2015	-	-	

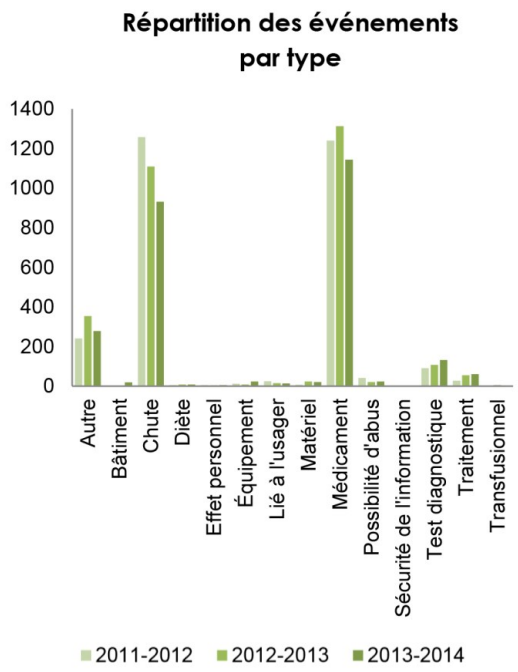
Monsieur Michel Lafrance,
président du conseil d'administration lors de la journée du Lac-à-l'épaule.

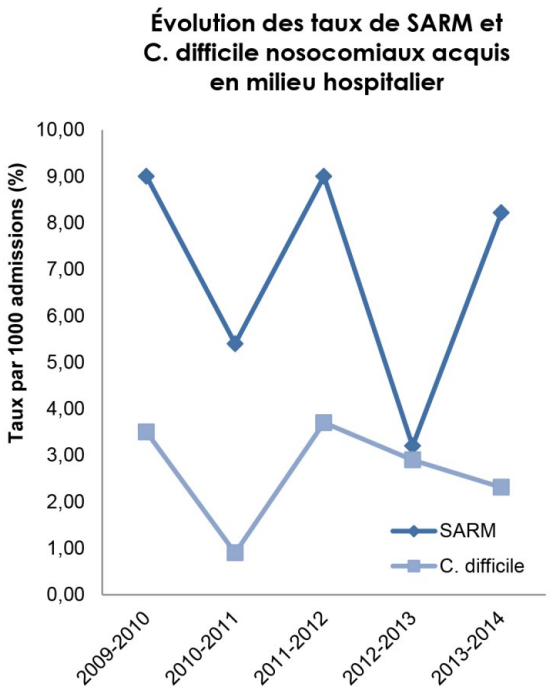
FAITS SAILLANTS :

- Création du comité de l'évaluation de l'acte en traumatologie;
- Création du comité IAMEST (infarctus du myocarde avec élévation de segment ST) à l'urgence;
- Poursuite du programme AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention du risque obstétrical) pour une sixième année consécutive;
- Renforcement des suivis systématiques de la clientèle stomisée (à risque ou présentant une plaie de pression);
- Formation en soins de plaies pour les médecins résidents de l'unité de médecine familiale par une infirmière stomothérapeute;
- Déploiement de 4 nouveaux programmes spécifiques à la prévention et au contrôle des infections;
- Aucune éclosion de C. difficile ou d'ERV (*entérocoque résistant à la vancomycine*) à l'Hôpital BMP;
- Baisse de 12,1% du volume d'événements déclarés;
- Diminution de 12,9% des déclarations relatives aux erreurs de médicaments et de 16% quant aux chutes;
- Baisse de 24,5% du nombre d'événements avec conséquences pour les usagers (gravité E1 et plus);
- Déploiement d'un programme de prévention des chutes et blessures associées;
- Sensibilisation du nouveau personnel à la gestion des risques dans le cadre de la journée d'accueil des nouveaux employés;
- Sensibilisation au respect des normes reliées à la transfusion de produits sanguins dans le cadre de la semaine nationale de sécurité;
- Deux visites qualité ministérielles sans préavis ont eu lieu aux Foyers Farnham et au CHSLD de Bedford. Suite à ces visites, deux rapports de qualité très positifs ont été produits soulignant plusieurs points forts et quelques points d'amélioration observés dans les deux centres d'hébergement;
- L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM) a autorisé la fermeture du plan d'amélioration issu de la visite qualité ministérielle du Centre d'accueil de Cowansville en 2010 ayant constaté que l'ensemble des objectifs d'amélioration avaient été atteints;
- Visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des pharmaciens;
- Visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins;
- Visite d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux.









ENJEU 3 : ATTRACTION ET RÉTENTION DE MAIN-D'ŒUVRE

AXE 3 : FAVORISER UN MILIEU DE TRAVAIL HUMAIN ET STIMULANT

OBJECTIFS :

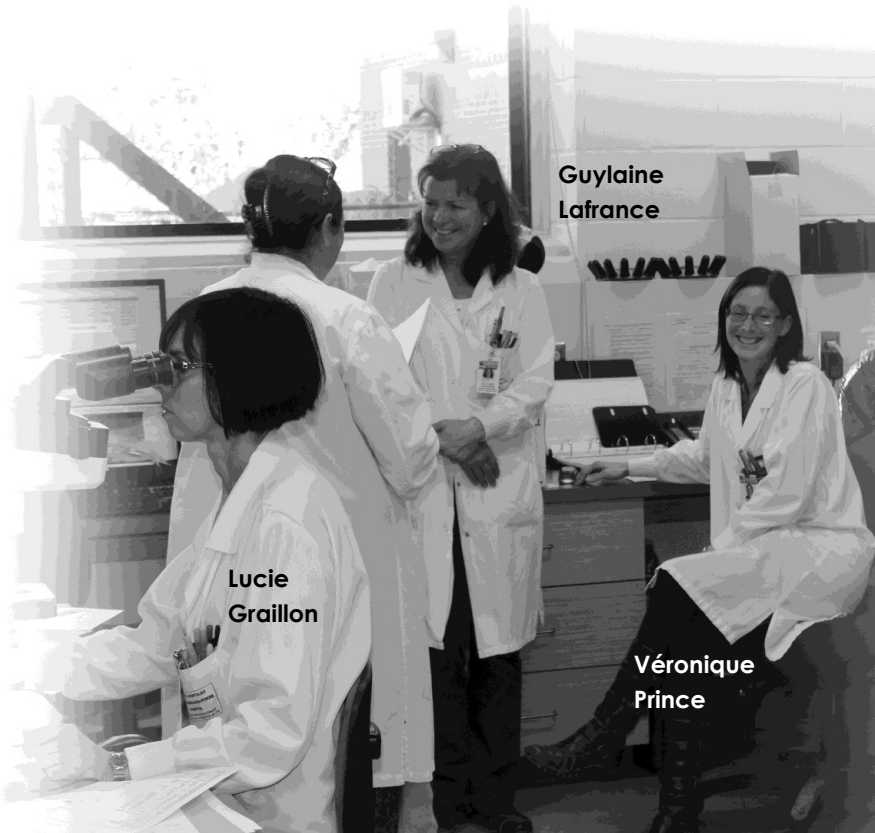
- S'assurer d'avoir la main-d'œuvre suffisante
- Assurer la mobilisation de nos ressources

Les enjeux contemporains d'attraction et de rétention du personnel demeurent une préoccupation constante dans nos interventions. Cette année, nous avons donc concentré nos efforts à améliorer la planification des effectifs et le développement des ressources.

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-14	RESPECT DE LA CIBLE
Réviser les stratégies de recrutement	Taux d'occupation des postes	85%	84.60%	😐
Réviser le programme d'accueil, d'intégration et d'orientation	Taux de roulement de la main-d'œuvre	12%	14.6%	😐
Élaborer et actualiser une politique de reconnaissance du personnel	Taux d'implantation de la politique	100%	50%	😐

FAITS SAILLANTS :

- Consolidation de la structure d'encadrement;
- Évaluation permanente des structures de postes requis;
- Poursuite du programme de relève des cadres intermédiaires dont 3 candidats on été retenus;
- Implantations d'un comité qualité ressources humaines en lien avec le processus d'Agrément;
- Réalisation d'activités de reconnaissance pour le personnel ayant 25 ans de service et les retraités;
- Optimisation du processus de recrutement externe (hausse de recrutement de 5%);
- Mise à jour du code de civilité en milieu de travail;
- Élaboration d'un plan d'action concernant le programme d'accès à l'égalité en matière d'emploi;
- Création du Club de course du CSSS La Pommeraie;
- Activités de recrutement et de consolidation d'effectifs médicaux avec l'arrivée de 3 nouveaux médecins de famille et de 4 médecins spécialistes;
- Signature du contrat d'affiliation avec l'Université de Sherbrooke, pour l'enseignement médical;
- Accueil et intégration de 362 stagiaires dans plusieurs secteurs d'activités;
- Révision du processus d'accueil et d'orientation des nouvelles embauchées comme candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), des externes en soins infirmiers et des préposés aux bénéficiaires;
- Mise en place d'un processus d'encadrement clinique pour soutenir l'amélioration des compétences du personnel soignant.



ENJEU 4 : PARTENARIAT

AXE 4 : ASSOCIER LA COMMUNAUTÉ COMME PARTENAIRE ESSENTIEL

OBJECTIFS :

- Développer davantage d'ententes concertées et complémentaires avec les partenaires locaux
- Favoriser l'implication et l'engagement
- Agir en amont des problèmes et concentrer les efforts sur les principaux déterminants de la santé

Nos partenaires contribuent grandement à l'amélioration de nos services. Au cours de l'année, plusieurs mesures ont été mises de l'avant pour encadrer, soutenir et favoriser l'implication de ceux-ci, afin d'assurer une complémentarité optimale de notre offre de service. Plusieurs ententes ont été reconduites, alors que de nouvelles ont été développées.

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-14	RESPECT DE LA CIBLE
Implanter CSSS Promoteur de santé	Taux (%) de réalisation du plan d'implantation	25%	5%	😐
Élaborer et déployer un programme de bénévolat	Nombre de bénévoles	Augmentation de 10% du nombre de bénévoles	Augmentation de 25%	☺
	Nombre total d'heures de bénévolat	12 000 heures	9 953 heures	😐

FAITS SAILLANTS :

Quelques ententes de partenariat signées en 2013-2014 :

- Protocole d'entente relatif au continuum de services entre le CSSS La Pommeraie et le *Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est (CRDI-TED)* pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (32 personnes visées);
- Entente de service avec le *Club des personnes handicapées et MRC Brome-Missisquoi Inc., l'Association Garagona, l'Association des parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi* et le *CRDI-TED de la Montérégie Est* pour les activités de jour de la clientèle 21 ans et plus vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement;
- Entente de collaboration avec les *Carrefours jeunesse-emploi d'Iberville/St-Jean et des Cantons-de-l'Est* afin de mettre en place des mécanismes de réintégration socioprofessionnelle pour les jeunes et les jeunes adultes;
- Ententes de partenariat pour soutenir les enfants vulnérables de la clientèle anglophone par le biais des programmes *Better Together* (0-6 ans), *BEST* (6-12 ans);
- Création du comité de coordination de la grippe et réseautage avec les groupes de médecine familiale et les cliniques médicales.

Pr Pierre Cossette,
doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Bruno Petrucci,
directeur général

ENJEU 5 : PERFORMANCE ET INNOVATION

AXE 5 : ENCOURAGER UNE ORGANISATION INNOVANTE, DYNAMIQUE ET PERFORMANTE

OBJECTIFS :

- Assurer la transformation organisationnelle
- Développer un système de gestion de la qualité et de la performance
- Soutenir la qualité et la performance par l'innovation

La direction générale adjointe responsable de la qualité et de la performance vise à soutenir l'organisation dans ses initiatives et à développer l'expertise en matière de performance au sein de l'organisation. Une équipe est chargée du déploiement de la culture Lean (amélioration continue) dans l'organisation et de la réalisation de projets selon les principes de gestion Lean.

Deux (2) activités de type kaizen ont contribué à la mise en place de mesures d'amélioration de la qualité et la performance des services à la clientèle. Les objectifs visés :

- Implanter un tableau de gestion de séjour permettant une meilleure gestion des lits à l'Hôpital BMP;
- Mettre en place une politique de congé à l'Hôpital BMP.

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-14	RESPECT DE LA CIBLE
Élaborer la carte de déploiement Lean	Taux de réalisation du plan de déploiement	Augmentation	15%	☺
Développer un programme d'amélioration de la qualité de l'acte médical	Taux avancement de développement du programme	Augmentation	75%	☺
Revoir la gouvernance médicale aux soins intensifs	Projet en cours en 2014-2015	-	-	
Développer et déployer des tableaux de bord tactiques et opérationnels	Tableaux de bord déployés	100%	50%	😐
Tableau de bord stratégique CA	Tableau de bord déployé	100%	100%	☺
Implanter l'International Mother Baby Childbirth Initiative — IMBCI	Taux (%) d'implantation des 10 conditions du programme	Augmentation	70%	☺

FAITS SAILLANTS :

- Production d'un tableau de bord stratégique pour le conseil d'administration et pour la gestion des risques;
- Plusieurs formations sur l'approche Lean (plus de 620 heures);
- Introduction d'indicateurs visuels sur les unités de soins (ex. identification des usagers à risque de chutes, délai de transfusion sanguine);
- Recyclage de 25 tonnes de carton avec le programme Recyc-Québec;
- En octobre 2013, le CSSS La Pommeraie a reçu la visite d'Agrément Canada dans le cadre du renouvellement de son agrément. L'établissement a obtenu un taux de conformité de 90,9% quant à l'ensemble des critères pour lesquels il a été évalué. Deux pratiques exemplaires ont été retenues par Agrément Canada en raison de leur caractère novateur et des bénéfices concrets pour la clientèle. Ces deux pratiques sont :
  - ⇒ Le programme de soutien rapide pour la clientèle à risque de chute à domicile
  - ⇒ La clinique DÉPART (dépistage et évaluation pour l'arrêt tabagique)
- Suite à la visite, certaines mesures de suivis ont dû être transmises à Agrément Canada pour mars 2014. Ces suivis démontrent les progrès accomplis au sein de l'organisation depuis la visite et permettent le maintien du statut d''organisme agréé. Un deuxième suivi est prévu pour mars 2015;
- De plus, pour la troisième année consécutive, l'organisation a été retenue pour le soutien financier et l'accompagnement d'un projet dans le cadre des projets d'expérimentation LEGG de l'Agence de la Montérégie. Le projet se nomme *Collaboration intersectorielle avec le milieu, afin de rejoindre une clientèle très vulnérable*.

ENJEU 6 : INFRASTRUCTURES

AXE 6 : UTILISER NOS ACTIFS COMME FORCE MOTRICE DE NOS ACTIONS

OBJECTIFS :

- Partager une vision claire des besoins d'infrastructures
- Assurer des infrastructures mobilières et immobilières en fonction de l'offre de service du CSSS
- Assurer une architecture optimale d'information clinique et administrative

En cours d'année, nous avons apporté quelques améliorations à nos environnements physiques et procédé à l'achat d'équipements en vue de répondre adéquatement aux besoins de notre clientèle et de notre personnel. Des changements ont également été apportés pour supporter les activités du service informatique et diminuer les coûts aux services financiers.

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2013-14	RESPECT DE LA CIBLE
Élaborer un plan d'action clinique et immobilier — PACI	Taux (%) d'avancement de l'élaboration du PACI	100%	100%	☺
Élaborer et mettre en œuvre la planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles — PTPARI	Taux (%) d'avancement du plan triennal	100%	100%	☺
Déployer le portefeuille de projets immobiliers et technologiques	Taux d'avancement du plan triennal IMMO et technologique	100%	66%	😐
Optimiser l'accès à l'information clinico-administrative	Taux d'utilisation des données clinico-administratives	100%	66%	😐

FAITS SAILLANTS :

- Agrandissement et améliorations des aires de vie et des salles de bain de trois unités du Centre d'accueil de Cowansville;
- Réaménagement fonctionnel des postes de garde au Foyer Sutton;
- Travaux de rénovation à la laverie du service alimentaire de l'Hôpital BMP;
- Plusieurs acquisitions en cours d'année :
  - ⇒ Nouveau groupe électrogène (génératrice) à l'Hôpital BMP;
  - ⇒ Système informatisé de gestion des files d'attente pour les centres de prélèvements;
  - ⇒ Système PACS (logiciel d'accès aux images de radiologie);
  - ⇒ Équipement de désinfection haut niveau pour les sondes échographiques;
  - ⇒ Système de biopsie 3D et fluoroscopie;
  - ⇒ Analyseur qui sert d'indicateur pour les fonctions plaquettaires;
  - ⇒ Système à l'effort en physiologie respiratoire;
  - ⇒ Pompes volumétriques intelligentes et nouveaux glucomètres;
  - ⇒ Application Octopus pour supporter et documenter les activités du service informatique.
- Amorce de la réorganisation des satellites informatiques pour se conformer au cadre de gestion des actifs informationnels.

Lynda Desautels
Infirmière auxiliaire

Madame Huguette Bélanger
Résidente au Centre d'accueil de Cowansville

NOS RÉSULTATS

QUELQUES STATISTIQUES

SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

	Usagers			Interventions		
Soutien à domicile et centre de jour	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Soins infirmiers à domicile	1 265	1 157	9%	14 171	13 495	5%
Nutrition à domicile	199	129	54%	514	507	1%
Services psychosociaux à domicile	801	670	20%	6 827	6 616	3%
DI-TED	216	201	7%	1 456	1 260	16%
Aide à domicile	378	380	-1%	20 875	21 927	-5%
Centre de jour	101	105	-4%	N/D	N/D	N/D

Services gériatriques et de réadaptation	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Ergothérapie/Physiothérapie	1 142	1 067	7%	9 025	8 018	13%
Services ambulatoires de gériatrie	174	190	-8%	672	450	49%

Unité de courte durée gériatrique	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Admissions (départs)	184	188	-2%
Séjour moyen	13,67	13,63	0%
Âge moyen	80,24	81,89	-2%
Taux d'occupation moyen	99,73%	99,36%	0%

CHSLD	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Admissions en hébergement permanent	127	108	18%
Admissions en hébergement temporaire	28	34	-18%
Durée moyenne de séjour en hébergement permanent	1236	1212	2%

Légende
N/A : non applicable
N/D : non disponible

SANTÉ PHYSIQUE

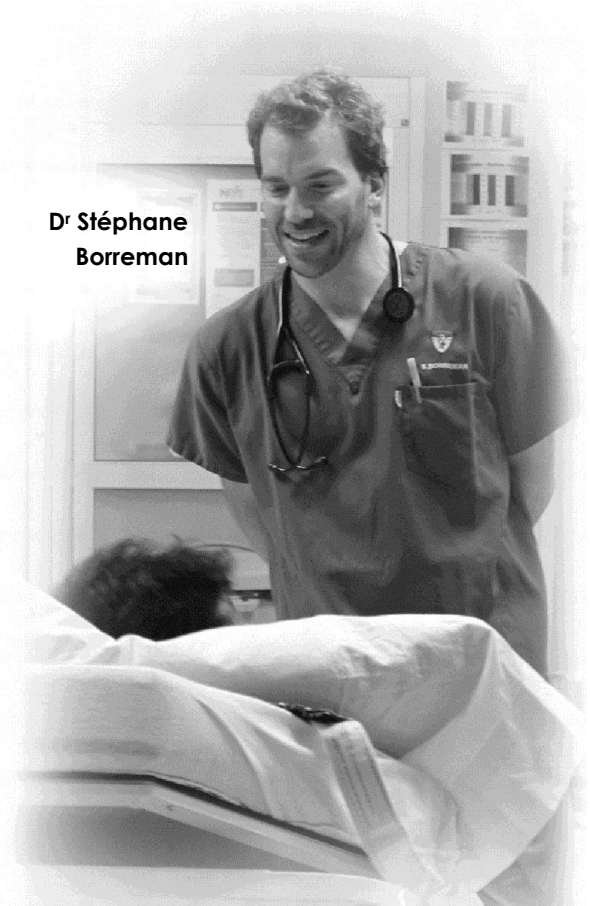
	Usagers			Interventions		
Services santé courants	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Clinique de soins infirmiers	4 260	4 093	4%	16 887	16 933	0%
Clinique du diabète (groupes)	4	3	33%	30	21	43%
Nutrition clinique	593	532	11%	1 486	1 431	4%
Planning	295	286	3%	558	515	8%

Services diagnostiques	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Analyses de laboratoire	N/A	N/A	N/A	1 001 826	1 009 487	-1%
Centres de prélèvements	50 236	52 546	-4%	N/A	N/A	N/A
Imagerie médicale	N/A	N/A	N/A	69 622	65 485	6%
Inhalothérapie à domicile	361	364	-1%	3 081	2 951	4%
Inhalothérapie à BMP	4 210	3 879	9%	7 466	6 649	12%

Services de réadaptation	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Ergothérapie	470	519	-9%
Physiothérapie	1 896	1 847	3%

Urgence, cliniques externes spécialisées et médecine de jour	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Visites à l'urgence	29 900	27 880	7%
Visites aux cliniques externes spécialisées	18 215	18 903	-4%
Visites en médecine de jour	2 901	2 161	34%

Unités de courte durée	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Admissions (départs)	4 565	4 403	4%
Séjour moyen	4,42	4,53	-2%
Âge moyen	55,67	55,09	1%
Taux d'occupation moyen	85,60%	85,79%	0%



Dr Stéphane Borreman

SERVICES À LA COMMUNAUTÉ

	Usagers			Interventions		
Services enfance-jeunesse-famille	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Santé parentale et infantile	612	574	7%	1 274	1 214	5%
Services dentaires préventifs	414	432	-4%	673	780	-14%
Santé scolaire	159	173	-8%	420	390	8%
Services sociaux scolaires	563	542	4%	2 246	2 308	-3%
Audiologie/orthophonie	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (servives sociaux scolaires exclus)	178	165	8%	822	497	65%
Intervention groupe	10	4	150%	29	24	21%
Nutrition - SIPPE	41	38	8%	71	53	34%

Santé publique	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Vaccination influenza	8 679	7 576	15%	8 853	7 684	15%
Vaccination voyageur	946	1 107	-15%	1 274	1 506	-15%
Vaccination scolaire	1 491	1 436	4%	1 518	1 661	-9%
Vaccination petite enfance	1 557	1 462	6%	2 695	2 593	4%
Prévention ITSS	136	134	1%	364	331	10%
Intervention communautaire	69	79	-13%	1 700	1 719	-1%
Intervention groupe	55	54	2%	272	330	-18%

Services adultes	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Accueil psychosocial	935	902	4%	844	830	2%
Services psychosociaux	194	218	-11%	752	806	-7%

Services santé mentale	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**	**2013-2014**	**2012-2013**	**Variation**
Services ambulatoires en 1re ligne	378	435	-13%	2 827	3 061	-8%
Suivi intensité variable dans la communauté	48,9	41	19%	N/D	N/D	N/D
Guichet santé mentale	571	410	39%	614	458	34%

RÉSULTATS DE L'ENTENTE DE GESTION

☺ Cible atteinte
☹ Cible non atteinte

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
Santé publique					
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatal), au cours de l'année de référence	0,25%	0,26%	☺	0,23%	On remarque une augmentation d'intensité en SIPPE de façon générale, ce qui réduit le nombre de visites.
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatal 1), au cours de l'année de référence	0,82%	0,72%	☹	0,82%	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatal 2), au cours de l'année de référence	0,20%	0,20%	☺	0,19%	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatal 3), au cours de l'année de référence	0,17%	0,22%	☺	0,16%	
Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	50%	83,33%	☺	62,50%	
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre Dcat-Polio-Hib dans les délais	90%	82,26%	☹	86,8%	Nous poursuivons les travaux pour atteindre les objectifs.
Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	90%	65,68%	☹	62,1%	
Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	90%	65,83%	☹	63,3%	
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	100%	100%	☺	100%	
Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés présentera un taux d'incidence inférieur ou égal au seuil établi pour les bactériémies nosocomiales à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100%	100%	☺	100%	
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	

Légende
N/A : non applicable N/D : non disponible NIL : non déterminé

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)					
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)	(2) 57698	65235	☺	(1) 62897	
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)	1443	1486	☺	1429	Augmentation du nombre de ressources en DI-TED
Nombre de places en ressources résidentielles de proximité					
Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires (RI)	76	73	☹	50	Quelques places n'étaient pas développées au 31 mars 2014. En date du 1er mai 2014 = 77/77 places développées = 100%
Nombre de places reconnues en ressources de type familial (RTF)	N/A	N/A		N/A	
Nombre de places reconnues en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)	76	73	☹	50	
Nombre de places disponibles en ressources d'habitation collectives visées par un projet novateur	25	24	☹	24	
Nombre de places achetées (A)	7	6	☹	17	
Nombre de places reconnues en UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle) (B)	10	10	☺	10	
Nombre de places dans d'autres ressources non institutionnelles associées au sous centre d'activités 5540 (A+B)	17	16	☺	27	
Degré moyen d'implantation des RSIPA (réseaux de services intégrés aux personnes aînées) dans les réseaux locaux de services	77%	75,18%	☹	71,6%	Transfert de la responsabilité à une nouvelle direction. Révision du plan d'action à faire.
Niveau d'atteinte de la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	51%	30,08%	☹	N/D	
Niveau d'atteinte de la majorité des préalables reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier					
Utiisation d'un outil de repérage à l'urgence	100%	100%	☺	100%	Le plan d'action a été révisé suite au changement du porteur de dossier.
Mise en place et application des mécanismes de suivi requis pour les repérages positifs	100%	100%	☺	100%	
Présence d'un intervenant pivot ou de liaison à l'urgence dédiée à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens interétablissements	100%	100%	☺	100%	
Application d'un programme de marche à l'urgence et/ou aux unités d'hospitalisation	100%	0%	☹	100%	

(1) : Inclus 28 918 heures de service SAPA - (2) : Incluant l'optimisation 13-14 et 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.

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
Déficience physique					
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du PLAN D'ACCÈS aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90%	100%	☺	97,5%	
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du PLAN D'ACCÈS aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	90%	100%	☺	90%	
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du PLAN D'ACCÈS aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90%	100%	☺	95,7%	
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du PLAN D'ACCÈS aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	90%	100%	☺	100%	
Déficience intellectuelle et TED					
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	90%	89,47%	☹	77,4%	Les standards du plan d'accès n'ont pas été respectés seulement pour deux usagers dont un parce que celui-ci n'était pas disponible à l'intérieur du délai d'accès.
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	90%	NIL	N/A	NIL	
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	90%	100%	☺	75%	
Taux des demandes de services traitées en CSSSS, selon les délais définis comme standards du PLAN D'ACCÈS aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et un TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	90%	88,24%	☹	78,3%	

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	Explication des écarts
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	
Déficience intellectuelle et TED DP					
Nombre total d'usagers DI-TED DP de 21 ans et plus recevant des services d'activités de jour	32	48	☺	N/A	Actuellement, tous les usagers connus du CSSS qui ont besoin de services d'activités de jour y ont accès.
Nombre d'usagers DI-TED DP de 21 ans et plus du CSSS recevant des services d'activités de jour	20	5	☹	N/A	
Nombre d'usagers DI-TED DP de 21 ans et plus transférés du CRDITED recevant des services d'activités de jour	12	43	☺	N/A	
Jeunes en difficulté					
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	829	759	☹	724	Disponibilités des ressources limitées dans la dernière année.
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6	6,69	☺	6,44	
Mise en place d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert.	Voir NOTE*	Oui	☺	Oui	
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/A	(3) 27	N/A	N/A	
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/A	(3) 30	N/A	N/A	
Dépendances					
Nbre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1re ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	Augmenta-tion	23	☺	12	Les services aux jeunes sont offets par des intervenants en prévention des toxicomanies en milieu scolaire.
- Jeunes	Augmenta-tion	0	☹	1	
- Adutes	Augmenta-tion	23	☺	11	

NOTE * : Déploiement des cinq (5) volets du programme (5.1 à 5.5 du guide d'implantation.)
(3) : Indicateurs en expérimentation en 2013-2014, en vue de leur application en 2014-2015

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
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 des services					
- Établissement	N/A	N/A	N/A	N/A	
- CSSS/OC Ententes	34	48,9	☺	41	
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.	N/A	N/D	N/D	N/A	
Nbre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	496	446	☹	581	Difficulté à combler les postes de psychologues autant pour la clientèle jeunesse que la clientèle adulte.
Nbre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	183	147	☹	132	
Nbre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	313	299	☹	287	
Santé physique					
Séjour moyen sur civière (durée)	12	17,45	☹	18,99	La moyenne de séjour sur civière a diminué de 1.5 heures. Les efforts se poursuivent grâce aux projets d'amélioration continue en cours et ceux à venir.
Pourcentage de séjour de 48 hres et plus sur civière	1%	8,7%	☹	10,6%	
Pourcentage de séjour de 24 hres et plus sur civière	15,0%	26,04%	☹	28,33%	
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (de calendrier)	80%	75,9%	☹	76,2%	Il y a absence ponctuelle d'un médecin spécialiste dans ce secteur depuis 1 an.
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale de la hanche	90%	100%	☺	100%	
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois (dans les délais) pour une arthroplastie totale du genou	90%	89,5%	☹	100%	Quelques cas ont excédé la période cible de six mois.
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	90%	99,80%	☺	100%	

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
Santé physique (suite)					
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	90,0%	93,7%	☺	93,90%	
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	90,0%	93,9%	☺	94,5%	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	☺	0	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale du genou	0	0	☺	0	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte	0	0	☺	0	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour	0	1	☹	1	Certains usagers refusent ou reportent volontairement leur chirurgie.
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation	0	0	☺	0	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	90%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	90%	71,88%	☹	64,30%	Bien qu'une amélioration soit visible depuis la dernière année, les efforts se poursuivent afin d'assurer le délai d'accessibilité.
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	90%	100%	☺	100%	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	90%	100%	☺	100%	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	90,0%	5,08%	☹	30,70%	L'absence en cours d'année d'une interniste conjuguée à la nécessité d'orienter une nouvelle technologue a causé une baisse significative de l'accessibilité en échographie cardiaque. Les cas externes sont référés à un autre CSSS.
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	90%	100%	☺	17,50%	

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
Santé physique (suite)					
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	90%	59,76%	☹	12,90%	Bien qu'une amélioration soit visible depuis la dernière année, les efforts se poursuivent afin d'assurer le délai d'accessibilité.
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	90%	93,98%	☺	100%	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	90%	N/A	N/A	N/A	Services non disponibles au CSSS.
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obsétricales	100%	N/D	N/D	N/D	Le système ne permet pas l'explication des données.
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	100%	N/A	N/A	N/A	Services non disponibles au CSSS.
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	90%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	90%	N/D	N/D	N/D	

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
Santé physique (suite)					
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	90%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	90%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	90%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	90%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	90%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	90%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obsétricales	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100%	N/D	N/D	N/D	

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
Santé physique (suite)					
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	100%	N/D	N/D	N/D	
Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	100%	N/D	N/D	N/D	
Nombre d'usagers atteints de maladies chroniques** desservis en CSSS (mission CLSC) pour les diagnostics suivants :					
- Diabète	361	451	☺	389	
- MPOC	234	261	☺	270	
- Asthme	20	22	☺	21	
- Maladies cardio-vasculaires	576	604	☺	633	
Nombre moyen d'interventions par usager atteint de maladies chroniques** desservis en CSSS (mission CLSC) pour les diagnostics suivants :					
- Diabète	4,47	4,6	☺	4,79	
- MPOC	12,52	14,6	☺	13,87	
- Asthme	4	3,05	☹	5,33	
- Maladies cardio-vasculaires	11,96	10,12	☹	10,34	
Nombre d'usagers hospitalisés atteints de maladies chroniques**	Dimi-nution	N/D	N/D	2542	

** Par maladies chroniques, on considère les 4 diagnostics suivants : Diabète, MPOC, asthme, maladies cardio-vasculaires

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
Hygiène et salubrité					
Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100%	0%	☹	0%	Le résultat est à 0% tant que l'ensemble des cibles ne sont pas atteintes. L'écart est dû au transfert de la responsabilité du nettoyage des équipements médicaux vers les utilisateurs.
- Responsable de la gestion des zones grises	100%	100%	☺	100%	
- Relevé des équipements du matériel et des surfaces	100%	100%	☺	100%	
- Service responsable de l'intégrité sanitaire	100%	50%	☹	0%	
- Registre de suivi	100%	0%	☹	0%	
Ressources humaines					
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	4,46%	5,75%	☹	4,88%	
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infimières	4,33%	4,29%	☺	4,90%	
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,51%	2,11%	☺	2,64%	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	1,45%	0,89%	☺	0,40%	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,62%	0,17%	☺	0,07%	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0%	0,57%	☹	0,62%	Écart non significatif compte tenu du volume.
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalotérapeutes	0,03%	0,06%	☹	0%	
Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	3	1	☹	1	
L'établissement aura mis à jour son plan de main-d'oeuvre	Oui	Oui	☺	Oui	
L'établissement aura réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Oui	Oui	☺	N/A	
L'établissement ciblé aura mis en œuvre un programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Oui	Oui	☺	Oui	
L'établissement accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Oui	Oui	☺	Oui	
L'établissement aura obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Oui	Oui	☺	Oui	

Titre de l'indicateur	2013-2014			2012-2013	Explication des écarts
	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	
Urgence désencombrement					
Nbre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/ orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD) par CH	3 et -	4,1	☹	4	La tendance est à la baisse et les travaux se poursuivent en vue d'atteindre la cible.
Nbre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	3 et -	0,8	☺	1	
Nbre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	3 et -	1,7	☺	1,5	
Nbre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	3 et -	0,4	☺	0,9	
Nbre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3 et -	0,9	☺	1	
Nbre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3 et -	0,2	☺	0,1	
Nbre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	3 et -	0	☺	0	
Ressources informationnelles					
L'établissement aura mis à jour le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) dans les délais	Oui	N/D	N/D	N/A	

Des infirmières et infirmiers de l'Hôpital BMP
Rangée du haut, de gauche à droite : Robert Genest, Louise Bissonnette, Anik Belleville, Ginette Pettigrew, Nicole Harvey, Maryse Trudeau, David Lambert et Martin Giroux
Rangée du bas, de gauche à droite : Jessie Brodeur, Jacinthe Fontaine et Joanie Benoit-Lessard

ÉTATS FINANCIERS 2013-2014

LE 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 financières édictées en vertu de l'article 477 de la Loi et 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 est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).
La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlement 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 se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Bruno Petrucci, MBA
Directeur général

David Busque
Directeur des ressources financières

LES MESURES IMPUTABLES À LA LOI 100

Relativement à l'application de cette loi, l'établissement a pris les mesures nécessaires pour atteindre les cibles de réduction budgétaire qui lui ont été fixées.

Ainsi, en vue d'atteindre l'objectif de réduction de 10% des dépenses de natures administratives au terme de l'année 2013-2014, une coupure de **303 585 $** a été réalisée au cours de l'exercice 2013-2014.

D'autres mesures visant l'atteinte de l'équilibre budgétaire par le maintien de la croissance des dépenses du secteur de la santé et des services sociaux à 5% ont été réalisées sur la base de l'optimisation de services. Les cibles d'optimisation fixées pour le CSSS La Pommeraie au cours de 2013-2014, de l'ordre de **410 668 $**, ont été atteintes.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 100
112, rue du Sud
Cowansville (Québec) J2K 2X2

Téléphone : 450 263-2010
Télécopieur : 450 263-9511
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et des services sociaux La Pommeraie

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que la note complémentaire pertinente, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et des services sociaux La Pommeraie 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). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

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 des services sociaux La Pommeraie 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 des services sociaux La Pommeraie 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 des services sociaux La Pommeraie au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. [1]

Cowansville
Le 25 juin 2014

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique nº A114916

LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

ÉTATS DES RÉSULTATS	2013-2014						2012-2013
	Total	Fonds d'exploitation			Immobilisations	Total	
	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total			
REVENUS							
Subventions Agence et MSSS	92 520 680	89 521 443	15 388	89 536 831	5 809 917	95 346 748	92 180 666
Subventions Gouvernement du Canada	-	27 919	-	27 919	-	27 919	27 919
Contributions des usagers	6 579 420	6 709 726	-	6 709 726	-	6 709 726	6 388 796
Ventes de services et recouvrements	971 200	1 145 596	-	1 145 596	-	1 145 596	1 064 209
Dons	884 244	83 286	-	83 286	779 882	863 168	1 077 327
Revenus de placements	-	23 120	-	23 120	-	23 120	27 083
Revenus de type commercial	400 000	-	507 217	507 217	-	507 217	434 229
Gain sur disposition	7 000	-	-	-	-	-	-
Autres revenus	260 455	290 923	-	290 923	-	290 923	278 297
TOTAL	**101 622 999**	**97 802 013**	**522 605**	**98 324 618**	**6 589 799**	**104 914 417**	**101 478 526**
CHARGES							
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	68 471 969	70 247 160	32 086	70 279 246	-	70 279 246	67 563 533
Médicaments	3 044 977	3 459 333	-	3 459 333	-	3 459 333	3 025 140
Produits sanguins	1 298 180	1 212 026	-	1 212 026	-	1 212 026	1 192 610
Fournitures médicales et chirurgicales	3 338 397	4 026 131	-	4 026 131	-	4 026 131	3 763 723
Denrées alimentaires	1 172 497	1 233 687	-	1 233 687	-	1 233 687	1 214 619
Rétributions versées aux RNI	1 931 952	3 227 948	-	3 227 948	-	3 227 948	2 724 224
Frais financiers	1 875 968	101 883	-	101 883	1 845 356	1 947 239	1 931 347
Entretien et réparations	1 682 474	1 689 229	-	1 689 229	228 853	1 918 082	2 391 874
Créances douteuses	-	8 947	-	8 947	-	8 947	32 744
Loyer	-	1 175 638	-	1 175 638	-	1 175 638	-
Amortissement des immobilisations	4 527 417	-	-	-	4 724 238	4 724 238	4 810 367
Perte sur disposition d'immobilisations	-	-	-	-	-	-	45 620
Autres charges	14 279 168	11 414 909	262 943	11 677 852	24 050	11 701 902	12 651 538
TOTAL	**101 622 999**	**97 796 891**	**295 029**	**98 091 920**	**6 822 497**	**104 914 417**	**101 347 339**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**-**	**5 122**	**227 576**	**232 698**	**(232 698)**	**-**	**131 187**

ÉTATS DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	2013-2014			2012-2013
	Exploitation	Immobilisations	Total	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	**(2 679 284)**	**862 171**	**(1 817 113)**	**(1 948 300)**
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	-	46 320	46 320	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	**(2 679 284)**	**908 491**	**(1 770 698)**	**(1 948 300)**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**232 698**	**(232 698)**	**-**	**131 187**
Autres variations : Transferts Interfonds	(153 654)	153 654	-	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	**(2 600 240)**	**829 447**	**(1 770 793)**	**(1 817 113)**

ÉTATS DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	2013-2014				2012-2013
	Budget	Exploitation	Immobilisations	Total	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	-	**(3 911 210)**	**(62 272 488)**	**(66 183 698)**	**(67 111 512)**
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	-	-	46 320	46 320	-
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	-	**(3 911 210)**	**(62 226 168)**	**(66 137 378)**	**(67 111 512)**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	-	**232 698**	**(232 698)**	**-**	**131 187**
VARIATIONS DÛES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	-	-	(6 482 006)	(6 482 006)	(4 000 860)
Amortissement de l'exercice	-	-	4 724 238	4 724 238	4 810 367
(Gain) / Perte sur dispositions	-	-	-	-	45 620
Produits sur dispositions	-	-	-	-	2 950
TOTAL DES VARIATIONS DÛES AUX IMMOBILISATIONS	-	-	**(1 757 768)**	**(1 757 768)**	**858 077**
VARIATIONS DÛES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	29 450	(9 329)	-	(9 329)	(24 676)
Acquisitions de frais payés d'avance	16 094	(370 129)	641	(369 488)	(36 774)
Utilisation de stocks de fournitures	-	-	-	-	-
Utilisation de frais payés d'avance	-	-	-	-	-
TOTAL DES VARIATIONS DÛES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	**45 544**	**(379 458)**	**641**	**(378 817)**	**(61 450)**
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	-	(153 654)	153 654	-	-
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**45 544**	**(300 414)**	**(1 836 171)**	**(2 136 585)**	**927 814**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	**45 544**	**(4 211 624)**	**(64 062 339)**	**(68 273 963)**	**(66 183 698)**

ÉTATS DE LA SITUATION FINANCIÈRE	2013-2014			2012-2013
	Exploitation	Immobilisation	Total	
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	1 218 111	517 896	1 736 007	2 070 733
Débiteurs – Agence et MSSS	10 697 623	532 861	11 230 484	12 662 217
Autres débiteurs	957 718	148 099	1 105 817	1 473 012
Créances interfonds (dettes interfonds)	(71 480)	71 480	-	-
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	6 467 827	5 686 536	12 154 363	11 049 263
Placements de portefeuilles	-	-	-	-
Frais reportés liés aux dettes	-	163 329	163 329	185 218
Autres éléments	214 605	21 692	236 297	195 047
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	**19 484 404**	**7 141 893**	**26 626 297**	**27 635 490**
PASSIFS				
Emprunts temporaires	7 500 000	3 427 098	10 927 098	12 955 808
Autres créditeurs et autres charges à payer	7 957 269	682 302	8 639 571	9 412 396
Avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées	-	4 026 777	4 026 777	1 931 521
Intérêts courus à payer	-	524 334	524 334	481 284
Revenus reportés	199 048	7 014 108	7 213 156	7 351 049
Dettes à long terme	-	55 529 613	55 529 613	53 909 618
Passif au titre des avantages sociaux futurs	8 000 735	-	8 000 735	7 687 366
Autres éléments	38 976	-	38 976	90 146
TOTAL DES PASSIFS	**23 696 028**	**71 204 232**	**94 900 260**	**93 819 188**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**(4 211 624)**	**(64 062 339)**	**(68 273 963)**	**(66 183 698)**
ACTIFS FONDS FINANCIERS	-	-	-	-
Immobilisations	-	64 885 103	64 885 103	63 127 335
Stocks de fournitures	799 038	-	799 038	789 710
Frais payés d'avance	812 346	6 683	819 029	449 540
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**1 611 384**	**64 891 786**	**66 503 170**	**64 366 585**
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS	**(2 600 240)**	**829 447**	**(1 770 793)**	**(1 817 113)**

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE	2013-2014	2012-2013
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
SURPLUS (DÉFICIT)	**-**	**131 187**
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE		
Créances douteuses	8 947	32 744
Stocks et frais payés d'avance	(378 817)	(61 450)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	-	45 620
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations : Autres	(779 882)	(965 538)
Amortissement des immobilisations	4 724 238	4 810 367
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	40 368	29 379
Autres	46 320	-
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	**3 661 174**	**3 891 122**
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	3 916 804	(5 434 461)
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉ POUR LES) ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	**7 577 978**	**(1 412 152)**
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisation – Acquisitions	(6 482 006)	(4 000 860)
Immobilisation – Produits de disposition	-	2 950
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉ POUR LES) ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	**(6 482 006)**	**(3 997 910)**
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation de la subvention à recevoir – Réforme comptable	(1 105 100)	(2 057 342)
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉ POUR LES) ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT	**(1 105 100)**	**(2 057 342)**
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
VARIATION DES DETTES :		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	6 456 425	13 247 405
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(2 853 448)	(2 444 979)
Emprunts remboursés – Refinancement de dettes à long terme	(1 982 982)	(1 004 233)
Variation des emprunts temporaires effectués – fonds d'exploitation	(1 500 000)	(1 000 000)
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	5 978 510	11 447 391
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(245 561)	(195 661)
Emprunts temporaires remboursés – refinancement fonds d'immobilisations	(6 261 659)	(13 242 385)
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉ POUR LES) ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	**(408 715)**	**6 807 538**
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	**(417 843)**	**(659 866)**

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)	2013-2014	2012-2013
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	**2 142 844**	**2 802 710**
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	**1 725 001**	**2 142 844**
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
Encaisse	**1 725 001**	**2 142 844**
TOTAL	**1 725 001**	**2 142 844**
AUTRES RENSEIGNEMENTS		
IMMOBILISATIONS :		
Comptes à payer sur les immobilisations	682 302	750 260
INTÉRETS		
Intérêts créditeurs (revenus)	23 120	-
Intérêts encaissés (revenus)	21 950	-
Intérêts débiteurs (dépenses)	1 790 271	1 921 439
Intérêts déboursés (dépenses)	1 761 938	1 933 616

VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	2013-2014	2012-2013
AVOIRS FINANCIERS :		
Espèces, effets en main et dépôts en circulation	50 070	(68 969)
Débiteurs Agence-MSSS	1 431 733	(1 097 961)
Autres débiteurs	367 195	1 312 358
Frais reportés liés aux dettes	(18 479)	(61 216)
Autres éléments d'actifs	(41 250)	(11 369)
Provision pour créances douteuses	(8 947)	(32 744)
Escompte ou prime :		
Chèques en circulation	(133 187)	22 568
Autres créditeurs et frais à payer	(772 825)	(128 499)
Intérêts courus à payer sur emprunts	43 050	(12 220)
Revenus reportés à court terme	641 989	(228 294)
Avances en provenance des agences – enveloppes décentralisées	2 095 256	(5 563 901)
Autres éléments de passifs	262 199	435 786
EXCÉDANT DES ÉLÉMENTS DU PASSIF SUR LES AVOIRS FINANCIERS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	**3 916 804**	**(5 434 461)**

NOTE AUX ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS (SUITE)

L'établissement a reçu les dons suivants provenant de fondations pour des dépenses en immobilisations et autres charges du fonds d'exploitation :

Fondations et associations	2013-2014	2012-2013
Fondation BMP	634 192 $	238 536 $
Fondation Perkins	45 000 $	30 000 $
Fondation CA Cowansville	1 187 $	-
Fondation des Foyers Farnham	13 475 $	-
Fondation Lévesque-Craighead	1 036 $	-
Comité des bénévoles du Foyer Sutton	5 194 $	1 499 $
Auxiliaires de l'Hôpital BMP	44 000 $	65 000 $
TOTAL	**744 084 $**	**335 035 $**

TABLEAU DE L'ÉTAT DES SUIVIS DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

R : Réserve O : Observation C : Commentaire
R : Réglé PR : Partiellement réglé NR : Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2013		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT PORTANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS						
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation	**2011-2012**	**R**	**Aucune, car directive du MSSS**			**NR**
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT PORTANT SUR LES UNITÉS DE MESURE ET LES HEURES TRAVAILLÉES ET RÉMUNÉRÉES						
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT PORTANT SUR LE RESPECT DES CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION EN VIGUEUR LORS DE L'OCTROI DE CONTRATS SOUMIS À LA DIRECTIVE MINISTÉRIELLE 2012-026 OU À L'ARTICLE 2 DU RÈGLEMENT SUR CERTAINES CONDITIONS DE TRAVAIL APPLICABLES AUX CADRES						
QUESTIONNAIRE À REMPLIR PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT (VÉRIFICATEUR EXTERNE)						
L'établissement n'a pas reçu les analyses financières des exercices 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012	**2011-2012**	**C**	**Aucune, car directive du MSSS**			**NR**
L'établissement ne s'est pas conformé à l'article 263 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En effet, l'établissement a loué des immeubles sans avoir obtenu l'autorisation préalable de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	**2011-2012**	**C**				**NR**
RAPPORT À LA GOUVERNANCE						

LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

PRÉAMBULE

Le conseil d'administration du Centre de santé et services sociaux La Pommeraie, par la nature même de ses responsabilités, entretient des relations complexes tant avec l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et des services sociaux de la Montérégie (ADRLSSS-M), le ministère de la Santé et des Services sociaux, les établissements partenaires, le réseau communautaire et la communauté de façon globale qu'avec les médecins et le personnel de l'établissement. La qualité des interventions du conseil d'administration repose donc en bonne partie sur la crédibilité de ses membres.

L'honnêteté et l'intégrité sont des qualités essentielles, que ce soit dans nos vies professionnelles ou dans nos vies privées. Cependant, en raison de la complexité de nos actions, de nos décisions et de nos relations, il est utile de disposer de principes éthiques clairs pour guider nos actions.

Le présent code de déontologie a pour but de définir les principales assises sur lesquelles doit reposer le comportement professionnel des membres du conseil d'administration du CSSS La Pommeraie dans l'exercice de leur mandat. Ce code de déontologie découle de la Loi sur le ministère du conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie, adoptée le 20 mars 1997.

Les règles de déontologie, présentées dans les paragraphes qui suivent, prennent également leur appui sur les PRINCIPES ÉTHIQUES du CSSS La Pommeraie, lesquels ont été adoptés par le conseil d'administration le 15 novembre 2004.

«L'absence de repères empêche souvent les dirigeants d'avoir du sens, une direction.»

- GIHEREF -

SECTION I – OBJET ET CHAMPS D'APPLICATION

1. **Lien de confiance** Le code de déontologie a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population et du personnel dans l'intégrité et l'engagement de l'administration du CSSS La Pommeraie, de favoriser la transparence au sein du conseil d'administration et de responsabiliser chacun de ses membres.

2. **Cadre de référence** Le code permet d'établir des normes d'éthique et des règles de conduite qui serviront de cadre de référence aux administrateurs dans l'exercice de leurs fonctions.

3. **Champs d'application** Le code de déontologie s'applique aux personnes élues, nommées ou désignées à titre de membres du conseil d'administration du CSSS La Pommeraie.

SECTION 2 – DEVOIRS ET OBLIGATIONS

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

DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS, L'ADMINISTRATEUR DOIT PRIVILÉGIER DES VALEURS ET DES ATTITUDES CONFORMES AUX ORIENTATIONS DU CSSS LA POMMERAIE ET PLUS PARTICULIÈREMENT, IL DOIT :

5. **Droit aux soins** Témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux soins et services de santé et services sociaux.

6. **Participation active** Participer activement et dans un esprit de collégialité à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations du CSSS La Pommeraie.

7. **Assister aux réunions** Assister aux réunions du conseil d'administration et voter, lorsque requis.

8. **Rigueur** Faire preuve de rigueur, de prudence, d'intégrité et d'indépendance.

9. **Objectivité et modération** Avoir une conduite empreinte d'objectivité et de modération.

10. **Principes de gestion** Privilégier et mettre en application les principes reconnus en matière de gestion tant au niveau financier qu'au plan de la mobilisation du personnel.

11. **Philosophie, valeurs et objectifs** Collaborer à la définition, à la mise à jour et à l'évaluation régulière de la philosophie des valeurs et des objectifs / résultats de l'établissement.

SECTION III – CONFLITS D'INTÉRÊT

12. **Conflit d'intérêt** L'administrateur doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

13. **Règlement no 26** Le règlement portant sur les mesures à prendre pour prévenir ou faire cesser les conflits d'intérêt pouvant mettre en cause un membre du conseil d'administration, un membre du CCDG ou une personne qui exercice sa profession dans l'établissement (règlement no. 26) s'applique à tous les membres du conseil d'administration du CSSS La Pommeraie.

SECTION IV – CONFIDENTIALITÉ ET DISCRÉTION

14. **Confidentialité** L'administrateur s'engage à préserver en toutes circonstances, la confidentialité des renseignements obtenus lors des débats, échanges et discussions du conseil d'administration ou de ses comités et qui ne sont pas d'ordre public.

15. **Commentaires personnels** L'administrateur s'assure que les commentaires à caractère personnel, nominatif et confidentiel se fassent uniquement entre les personnes concernées.

16. **Traitement de l'information obtenue** L'administrateur ne peut utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, l'information obtenue dans l'exercice de ses fonctions comme membre du conseil d'administration.

17. **Discrétion** L'administrateur doit faire preuve de discrétion au sujet des informations privilégiées qui lui sont transmises.

18. **Devoirs après mandat** L'administrateur doit après expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, de quelque nature que ce soit, dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

19. **Respect des décisions et orientations** L'administrateur doit éviter toute déclaration ou prise de soutien incompatible avec les orientations de l'établissement ou avec les décisions du conseil d'administration.

SECTION V – RÈGLES DE CONDUITE

DE FAÇON À FAVORISER LES DISCUSSIONS, LES ÉCHANGES ET LES DÉCISIONS LES PLUS ÉCLAIRÉES POSSIBLE DANS UN CLIMAT DE TRAVAIL AGRÉABLE, LES ADMINISTRATEURS S'ENGAGENT, ENTRE AUTRES :

20. **Climat de respect** À maintenir un climat de respect des opinions et des expertises de chacun des membres du conseil d'administration.

21. **Climat de travail** À développer un climat de travail qui favorise la mobilisation, l'entraide, la collaboration et la cohérence.

22. **Relations interpersonnelles** À maintenir des relations interpersonnelles saines, constructives, authentiques et à être solidaires des décisions adoptées.

23. **Loyauté et intégrité** À agir de façon loyale et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et en aucun temps, surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.

SECTION VI : MÉCANISMES D'APPLICATION

24. **Responsabilités du président** Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par chacun des membres du conseil d'administration.

25. **Manquement au code** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue au présent code de déontologie, constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

26. **Plainte** Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code de déontologie peut en aviser le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

27. **Enquête** Un comité formé d'au moins trois membres, dont le président ou le vice-président, peut faire enquête relativement à la situation ou aux obligations de comportements susceptibles d'être dérogatoires aux dispositions du présent code de déontologie. Ce comité peut s'adjoindre une personne ou des personnes de l'extérieur du conseil d'administration lorsque cela est nécessaire pour un fonctionnement optimal.

28. **Non communication avec le comité d'enquête** L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec les membres du comité à ce sujet pour la durée de la démarche.

29. **Notification de manquements** Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du code de déontologie. La notification doit informer l'administrateur qu'il peut dans les trente jours, fournir par écrit, ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

30. **Recommandation au conseil d'administration** Suite à la conclusion que l'administrateur a contrevenu au code de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'envoyer ou non une sanction à l'administrateur concerné.

31. **Types de sanction** La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation.

32. **Communication écrite** Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

SECTION VII : DISPOSITIONS FINALES

33. **Engagement** Chacun des administrateurs s'engage à reconnaître et s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter les principes du présent code de déontologie.

34. **Signature de l'engagement** Chaque membre du conseil d'administration signe l'engagement (*Annexe A*) dont l'original sera conservé dans les registres de l'établissement.

35. **Adoption** Les membres du conseil d'administration du CSSS La Pommeraie ont adopté le présent code de déontologie lors de la séance régulière du 15 novembre 2004 (résolution CA-04-11-71).

Annexe A

Centre de santé et de services sociaux
La Pommeraie

Code de déontologie du conseil d'administration

ENGAGEMENT PERSONNEL

J'ai _____ pris connaissance du code de déontologie des membres du conseil d'administration du CSSS La Pommeraie et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____

Signature **Date**

Le rapport annuel de gestion 2013-2014 est disponible en version électronique à l'adresse :
www.santemonteregie.qc.ca/lapommeraie à la section Documentation, dans la rubrique Rapports annuels.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable du Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie.

Les installations du CSSS La Pommeraie

CLSC

CLSC de Bedford
34, rue Saint-Joseph
Bedford (Québec) J0J 1A0
Tél. : 450 248-4321
Téléc. : 450 248-7435

CLSC de Cowansville
397, rue de la Rivière
Cowansville (Québec) J2K 1N4
Tél. : 450 266-4342, option 4
Téléc. : 450 266-7540

CLSC de Farnham
660, rue Saint-Paul
Farnham (Québec) J2N 3B9
Tél. : 450 293-3622
Téléc. : 450 293-4429

CLSC de Sutton (point de chute)
33, rue Principale
Sutton (Québec) J0E 2K0
Tél. : 450 266-4342, option 4
(pour rendez-vous et information)

CLSC de Lac-Brome (point de chute)
270, rue Victoria
Ville de Lac-Brome (Québec) J0E 1V0
Tél. : 450 242-2001
Téléc. : 450 242-2022

CHSLD

Centre d'accueil de Cowansville
200, rue Principale
Cowansville (Québec) J2K 1J2
Tél. : 450 266-4342, option 3
Téléc. : 450 263-5114

CHSLD de Bedford
34, rue Saint-Joseph
Bedford (Québec) J0J 1A0
Tél. : 450 248-4304
Téléc. : 450 248-0564

Foyer Sutton
50, rue Western
Sutton (Québec) J0E 2K0
Tél. : 450 538-3332
Téléc. : 450 538-0514

Les Foyers Farnham
800, rue Saint-Paul
Farnham (Québec) J2N 2K6
Tél. : 450 293-3167
Téléc. : 450 293-7878

Centre d'hébergement Gérard Harbec
780, rue Saint-Paul
Farnham (Québec) J2N 2K6
Tél. : 450 293-3167
Téléc. : 450 293-7878

SOUTIEN À DOMICILE

Service de soutien à domicile
Maison Saint-Louis
133, rue Larouche
Cowansville (Québec) J2K 1T2
Tél. : 450 266-4342, option 2
Téléc. : 450 263-6614

HÔPITAL BMP

Hôpital (centre administratif)
950, rue Principale
Cowansville (Québec) J2K 1K3
Tél. : 450 266-4342, option 5
Téléc. : 450 263-8669

www.santemonteregie.qc.ca/lapommeraie