CSSS La Pommeraie















RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014 2015

DE LA POMMERAIE

LEXIQUE

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée	FMSS	Faculté de médecine et des sciences de la santé
AÉS	Approche école en santé	GMF	Groupe de médecine de famille
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et	HRE/HRES	Heure/heures
	de services sociaux	IAMEST	Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST
ASI	Assistante au supérieur immédiat	IMBCI	International Mother Baby Childbirth Initiative
AVC-AIT	Accident vasculaire cérébral – accident ischémique transitoire	INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
BAC	Baccalauréat	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
BMP	Brome-Missisquoi-Perkins	KAIZEN	Mode de gestion qui favorise l'adoption d'améliorations
CCDG	Comité consultatif à la direction générale		graduelles qui s'inscrivent dans une recherche quotidienne
CD	Courte durée		d'efficacité et de progrès en faisant appel à la créativité de
CH	Centre hospitalier		tous les acteurs de l'organisation
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée	LEAN	Démarche d'amélioration continue résultant en un type de
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke		gestion qui vise à assurer des services de qualité centrés sur
CII	Conseil des infirmières et infirmiers		les besoins de l'usager
CIIA	Conseil des infirmières et infirmiers-auxiliaires	LEGG	Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	LSSS	Loi sur les services de santé et services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires	MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
CM	Conseil multidisciplinaire	MRC	Municipalité régionale de comté
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	NA	Non applicable
DAM	Direction des affaires médicales	ND	Non disponible
DEC	Diplôme d'études collégiales	NIL	Non déterminé
DG	Direction générale	OC	Organisation communautaire
DGA/DSI	Direction générale adjointe et direction des soins infirmiers	PACI	Plan d'action clinique et immobilier
DI-TED	Déficience intellectuelle – troubles envahissants du développement	PAE	Programme d'aide aux employés
DI-TED-DP	Déficience intellectuelle – troubles envahissants du développement –	PDG	Président-directeur général
	déficience physique	PMU	Plan des mesures d'urgence
DMÉ	Dossier médical électronique	POR	Pratiques organisationnelles requises
DMS	Durée moyenne du séjour	PTARI	Planification triennale des projets et activités en ressources
DR/DRE	Docteur/Docteure		informationnelles
DRF	Direction des ressources financières	RLS	Réseau local de services
DRH	Direction des ressources humaines	RNI	Ressources non institutionnelles
DSG 1re	Direction des services généraux de première ligne	RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
DSI adj.	Direction des soins infirmiers adjointe	RSIPA	Réseau de soins intégrés aux personnes aînées
DSMRI	Direction des services multidisciplinaires et ressources informationnelles	SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
DSPHY	Direction des services de santé physique	SIV	Soutien d'intensité variable
DSQ	Dossier santé Québec	SMA^3D	Soins médicaux aigus aux aînés à domicile
DSSAPADP	Direction des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
	et déficience physique	TED	Troubles envahissants du développement
DST	Direction des services techniques	UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
FEJ-DI-TED	Famille, enfance jeunesse – déficience intellectuelle –		

troubles envahissants du développement

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	4
MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES	5
PRÉSENTATION DU CSSS LA POMMERAIE	7
Mission - Vision - Valeurs - Principes directeurs	7
Structure organisationnelle	8
Ressources humaines	9
Membres du CMDP	10
CSSS en bref - Services offerts	11
Forces - Distinctions - Bénévoles - Fondations et associations du CSSS	12
NOTRE CLIENTÈLE	12
Réseau local de services	
Portrait général de la population desservie	
GOUVERNANCE	18
Les comités et les conseils professionnels relevant du conseil d'administration	
Les activités des comités du conseil d'administration	
Les conseils professionnels	
QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS	26
L'expérience client	
L'examen des plaintes et le droit des usagers	29
Les orientations stratégiques : enjeux, priorités et cibles d'actions	31
NOS RÉSULTATS	38
Quelques statistiques	39
Résultats de l'entente de gestion	42
ÉTATS FINANCIERS 2014-2015	52
Le rapport de la direction	53
Le rapport de l'auditeur indépendant	54
Les états financiers résumés	55
Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	61
LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	62

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 2014-2015.



L'année 2014-2015 a été marquée par un vent de changement et l'amorce d'une vaste réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux qui mènera à terme vers une nouvelle gouvernance des services. Pendant ce temps, le CSSS La Pommeraie a su maintenir le cap vers la prestation de soins et services sécuritaires, intégrés et efficaces.

En effet, l'établissement a évolué significativement dans sa maturité «Lean». À ce titre, plusieurs projets d'amélioration continue se sont déroulés au cours de l'année, dont la révision des rôles du personnel infirmier, l'installation des tableaux de gestion de séjour et l'actualisation des processus au niveau de la gestion des admissions. Ces divers travaux d'optimisation de l'épisode de soins entraînent une amélioration de la performance hospitalière, essentielle pour augmenter l'accessibilité aux soins et services, dans un contexte où la marge de manœuvre budgétaire est serrée.

De plus, le CSSS La Pommeraie a progressé dans l'implantation des principes de CSSS Promoteur de santé, tant dans ses politiques de gestion que dans la promotion de milieux de travail sains ou au niveau de l'information et de l'intervention auprès des usagers.

Au chapitre des bonnes nouvelles, l'Hôpital Brome-Missiquoi-Perkins a été désigné à nouveau comme centre de traumatologie secondaire, suite à une visite d'évaluation des membres du Groupe conseil en traumatologie. À cette occasion, l'évolution favorable du programme depuis sa création a été soulignée par l'équipe de visiteurs. Après une phase d'expérimentation, le programme de soins médicaux aigus aux aînés à domicile (SMA³D) a repris du service de façon permanente, à la grande satisfaction des usagers et de tous les professionnels impliqués. Une autre belle réussite qui permet d'éviter des hospitalisations pour les personnes âgées qui en ont bénéficié.

En cours d'année, le CSSS La Pommeraie a dû faire face à plusieurs défis. La disponibilité limitée des ressources est demeurée une préoccupation quotidienne dans un contexte où nous avons voulu maintenir le même niveau d'activités et de services pour nos usagers. Heureusement, nous avons pu compter cette année encore sur des médecins d'exception et une main-d'œuvre engagée, compétente et motivée à se dépasser pour la clientèle. Nous avons également bénéficié de l'incomparable soutien de nos fondations et associations, de nos bénévoles dévoués et de nos partenaires, sans oublier l'engagement des membres de notre conseil d'administration. Un immense merci à vous tous.

Finalement, le projet de loi 10, déposé à l'automne, a entraîné une démarche de consultation publique. Au terme de réflexions et d'échanges avec plusieurs groupes, partenaires et organismes de la communauté, nous en sommes arrivés à la conclusion qu'une affiliation au CIUSSS de l'Estrie - CHUS serait plus naturelle et bénéfique pour l'offre de service à notre population. À cet égard, les citoyens ont également clairement exprimé leur grand désir de voir se maintenir les services de proximité. Aussi, c'est avec beaucoup d'enthousiasme que nous avons accueilli l'annonce de notre intégration à cette nouvelle grande organisation en Estrie. Malgré les défis qu'entraîne cette transformation du réseau, nous sommes convaincus de pouvoir y contribuer en gardant comme motivation intrinsèque la devise qui fut la nôtre : La personne au cœur des services.

C'est avec grande fierté que nous vous présentons ce dernier rapport annuel du CSSS La Pommeraie.

Bruno Petrucci, MBA
Directeur général

Michel htrance Michel Lafrance,

Président du conseil d'administration

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Ouébec 💀 💀

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS)



À partir du 1er avril 2015, l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales fait en sorte que la région doit créer un nouvel établissement afin d'améliorer l'accessibilité, la fluidité, l'efficience et l'efficacité des services aux usagers et aux usagères. Pour nous, cela représente la fusion de quatorze établissements, dont les centres de santé et de services sociaux (CSSS) La Pommeraie et de la Haute-Yamaska aui se sont ioints à notre CIUSSS, et l'abolition de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Quel défi de taille...!

C'est avec beaucoup de fierté et de détermination que j'ai accepté de prendre la tête de cette nouvelle organisation. La transformation du réseau, telle aue proposée dans la Loi, s'avère une opportunité pour l'Estrie, voire un levier. En unissant nos forces, en partageant nos pratiques d'excellence et notre vision novatrice. nous irons encore plus loin.

« En Estrie, ensemble, innovons pour la VIE! » est la nouvelle vision de l'établissement. Dans l'énoncé, on constate la force de la collaboration, le désir de sortir des sentiers battus pour faire toujours mieux, tout en gardant à l'esprit

notre raison d'être : la VIE. La VIE réfère au secteur de la santé et des services sociaux dans leauel nous œuvrons, mais aussi au fait que le CIUSSS de l'Estrie - CHUS offrira la gamme la plus étendue de services des établissements du Québec, de la prévention aux soins de fin de vie, des soins et services primaires à ceux surspécialisés.

Pour s'impréaner de cette nouvelle vision, une démarche participative a été lancée afin d'établir les nouvelles valeurs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. En tout, c'est près de 2 500 personnes qui ont participé (membres du personnel, médecins, population, etc.). Les valeurs retenues sont l'humanisme, l'engagement et l'adaptabilité.

En terminant, je tiens à remercier les membres des conseils d'administration des auinze précédentes organisations qui, grâce à leur engagement et à leur dévouement, ont su faire du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie un lieu de soins, d'interventions et de travail rempli de sens et ce au service de notre population.

À titre de présidente-directrice générale, 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 aestion de l'exercice 2014-2015 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, indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats:
- présentent des données exactes et fiables.

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

Patricia Gauthier

Présidente-directrice générale CIUSSS de l'Estrie - CHUS



PRÉSENTATION DU CSSS LA POMMERAIE

MISSION

Dans le respect de sa responsabilité populationnelle, le CSSS La Pommeraie a contribué 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 a continué à se démarquer, à innover et à exercer un leadership auprès de sa population et de ses partenaires. Il a ainsi atteint un **nouveau sommet** dans la prestation de services, **sécuritaires**, **intégrés** et **efficaces** de santé et de services sociaux.

Nous nous sommes centrés sur les besoins des personnes et des communautés en associant leur capacité d'agir sur leur propre santé et bienêtre, tout en intervenant le plus près possible de leur milieu. Nous avons travaillé 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'est appuyé 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

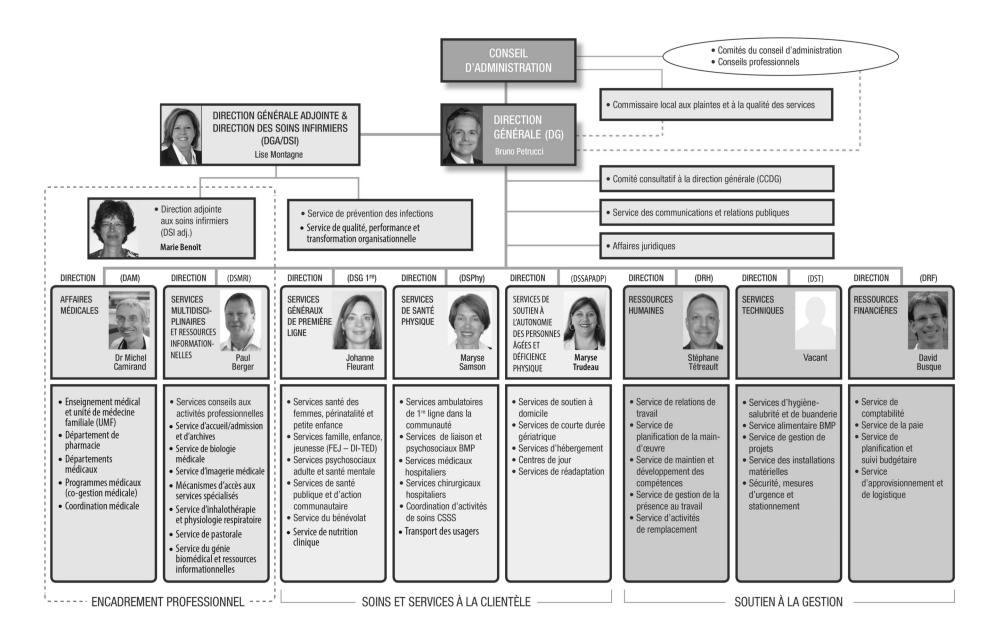
Réfère à l'action de prévoir et reflète l'importance accordée à la planification.

PRINCIPES DIRECTEURS

Le CSSS La Pommeraie s'est appuyé 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).

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE AU 31 MARS 2015



RESSOURCES HUMAINES

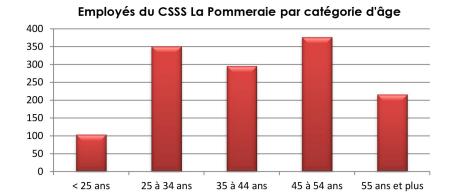
Le CSSS est reconnu pour la qualité de ses services, la compétence et le dévouement du personnel. Chacun joue un rôle essentiel dans l'organisation. La mobilisation et l'engagement de tous ceux et celles qui œuvrent à La Pommeraie font une véritable différence.

Bilan des stages 2014-2015

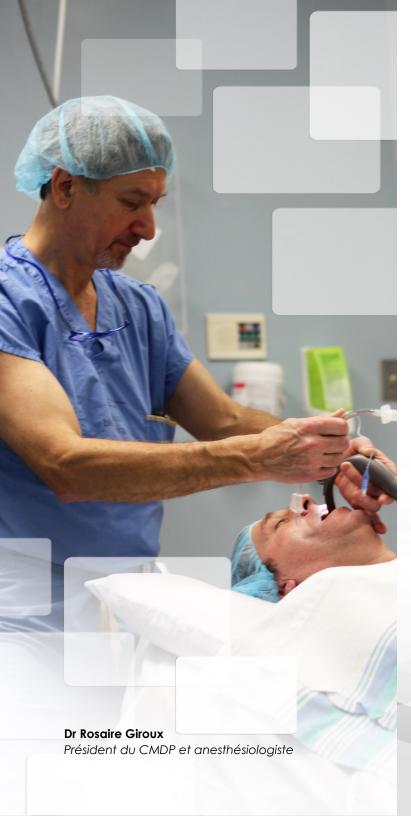
Titre emploi	Nombre
Agente administrative	4
Assistante technicienne en pharmacie	2
Diététiste	1
Ergothérapeute	3
Hygiéniste dentaire	2
Inhalothérapeute	9
Pharmacien	7
Physiothérapeute	7
Technicien en éducation spécialisée	5
Technologiste médical	10
Technologue en radiodiagnostic	3
Thérapeute en réadaptation physique	3
Travailleur social	2
Technicien en administration	1
Psychoéducateur	1
Maîtrise service social	1
Soins infirmiers	
Infirmière BAC	24
Infirmière DEC 1 ^{re} année	0
Infirmière DEC 2º année	97
Infirmière DEC 3º année	37
Infirmière auxiliaire 1 ^{re} année	23
Infirmière auxiliaire 2° année	142
Préposée aux bénéficiaires	39
Assistante à la personne à domicile	9
TOTAL	429

Effectifs de l'établissement *	2014-2015	2013-2014
Les employés permanents (incluant le personnel d'encadrement)		
Temps complet	642	607
Temps partiel	479	489
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Nombre d'employés permanents	1 121	1 096
Les employés occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	346 511	419 014
Nombre d'employés occasionnels	223	286
Nombre total d'employés	1 344	1 382

Employés par catégories d'emploi 2014-2015	Total	%
Soins infirmiers et cardiorespiratoires	489	36
Para technique, services auxiliaires et de métiers	417	31
Bureau, techniciens et professionnels de l'administration	186	14
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	189	14
Pharmaciens	11	1
Personnel d'encadrement	52	4
TOTAL	1 344	100







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 :

	épartements médicaux	Chefs	Nombre de membres
	OORDONNATRICE À L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL	Dre Maryse Nadeau	N/D
DI	PARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE	D ^{re} Debora Andriuk	
	Service pour personnes en perte d'autonomie	D ^{re} Debora Andriuk	
	Service d'obstétrique et petite enfance	D ^{re} Isabelle Jolin	
	Service de l'urgence	D ^r François Lemay-Gervais	89
	Service de 1 ^{re} ligne dans la communauté	D ^r Bruno Fafard	
	Services hospitaliers	Dre Catherine Bouthillier	
	Service soins palliatifs / oncologie	Dre Julie Gill	
DI	PARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE	D ^{re} Markus Göttke	9
DI	PARTEMENT DE CHIRURGIE	D ^r Pierre Duval	
	Service de chirurgie générale	D ^{re} Nathalie LaRue	20
	Service d'orthopédie	D ^r Étienne Leclerc	
DI	PARTEMENT DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE	D ^{re} Christine Cadrin	6
DI	PARTEMENT D'ANESTHÉSIOLOGIE-RÉANIMATION	D ^r Sylvain Jourdain	6
DI	PARTEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE	D ^r Simon Robichaud	6
DI	PARTEMENT DE PHARMACIE	M ^{me} France St-Pierre	11
DI	PARTEMENT DE PSYCHIATRIE	Vacant	4
DI	PARTEMENT DE BIOLOGIE MÉDICALE	D ^{re} Sophie Michaud	3
A	JTRES ACTIVITÉS MÉDICALES SOUS LA DAM	D ^r Michel Camirand	
	Service d'endoscopie	D ^r Philippe Demers	N/D
	Service des soins intensifs	Vacant	
	2011 2015	TOTAL	154

En 2014-2015	
PRIVILÈGES TEMPORAIRES ACCORDÉS	18
RÉSIDENTS	66
ÉTUDIANTS À L'EXTERNAT	27
DENTISTE	1

Coordonnateurs médicaux	
D ^r William Barakett	2
D ^r Pierre Dauth	2

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 Ami des pères, en plus d'être 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:

- 1 344 employés, 142 médecins, 11 pharmaciens et 1 dentiste;
- 1 hôpital de 84 lits de courte durée au permis;
- 5 centres de services et points de chute en CLSC, répartis dans nos 5 pôles géographiques;
- 5 centres d'hébergement de soins et de longue durée (CHSLD), totalisant 279 lits, dont 12 situés à l'Hôpital BMP;
- 1 service de soutien à domicile desservant l'ensemble de notre territoire;
- 72 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 480 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 ellesmêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services adaptés 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 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.

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, malgré des ressources financières limitées;
- Le soutien indéfectible des fondations et des associations du CSSS:
- L'engagement constant du conseil d'administration.

DISTINCTIONS

Au fil du temps, le CSSS La Pommeraie a reçu de nombreux prix et distinctions qui contribuent à son rayonnement. L'année 2014-2015 n'y fait pas exception. Voici les bons coups dignes de mention :

- L'Hôpital BMP a été réaccrédité comme centre de traumatologie secondaire, après une visite des membres du Groupe conseil en traumatologie qui ont souligné l'évolution favorable du programme depuis sa création.
- Un certificat de reconnaissance a été remis au CSSS La Pommeraie lors du colloque LEGG (Laboratoire d'expérimentation en gestion et gouvernance) pour le projet de Collaboration intersectorielle avec le milieu afin de rejoindre une clientèle en très grande vulnérabilité. L'objectif principal de ce projet est d'établir une collaboration étroite avec les partenaires du milieu, afin d'offrir des services de proximité, adaptés aux enfants et aux familles en très grande vulnérabilité.
- Les bons coups de l'AQESSS (Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux) a publicisé le changement de culture des naissances au CSSS La Pommeraie.
- Des certificats honorifiques ont été remis à quatre membres de l'équipe santé mentale et services psychosociaux pour les services rendus dans le cadre de la tragédie de Lac-Mégantic.

BÉNÉVOLES

Au cours de l'année écoulée, nos 480 merveilleux bénévoles ont partagé plus de 11 500 heures de leur temps avec nos usagers.

Merci à tous ceux et celles qui œuvrent bénévolement au CSSS La Pommeraie. Vous faites une grande différence dans notre organisation!

LES FONDATIONS ET ASSOCIATIONS DE NOTRE CSSS

Le soutien constant de nos bénévoles et de nos fondations a permis 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



Notre Clientèle

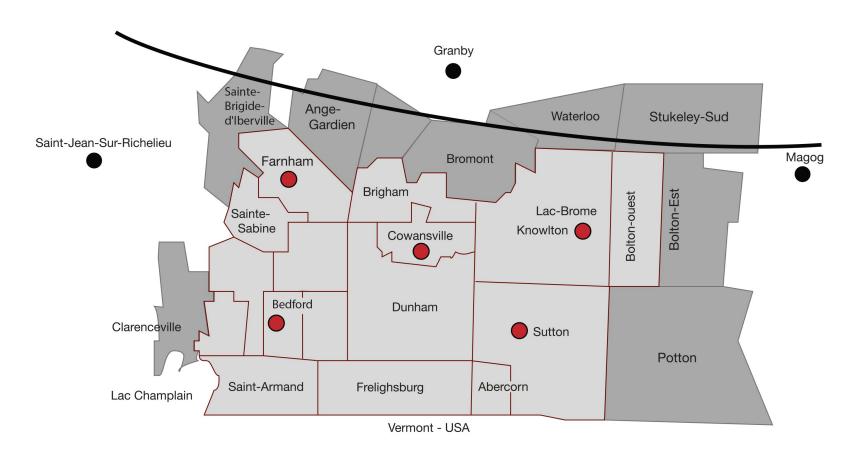


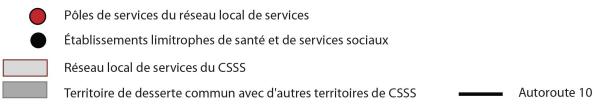
Pauline Mercier

Présidente du comité des usagers

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

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, dont près de 30 000 en milieu rural;
- 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 s'est accrue de 3,6 % entre 2004 et 2014, soit une augmentation inférieure à celle de la population montérégienne.

Le RLS La Pommeraie se caractérise par une population plus âgée que celle de la Montérégie. En 2014, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus du RLS est plus élevé que celui de la région (21 c. 17 %) et celui des jeunes de moins de 18 ans est inférieur à celui de la Montérégie (18 c. 20 %).

Entre 2014 et 2036 :

- La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus passera de 21 à 32 %;
- Le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 53 % dans le RLS contre 58 % en Montérégie.

CONDITIONS SOCIOÉCONO-MIQUES 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).

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.

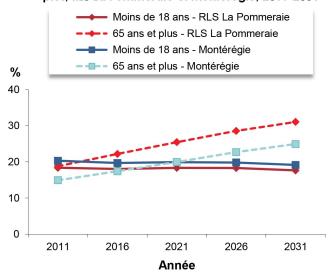
Immigrants

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

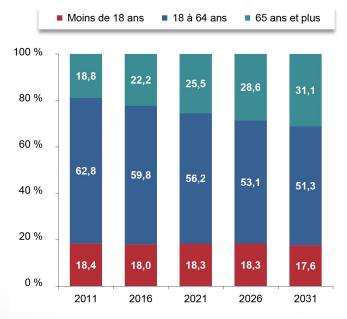
JEUNESSE (2013-2014)

- 585 signalements au Centre jeunesse de la Montérégie (stable en comparaison avec l'année 2012-2013);
- Augmentation du nombre de signalements retenus (227 c. 208 en 2012-2013);
- Les deux principaux motifs de signalements retenus sont l'abus physique et la négligence;
- En Montérégie, en 2011-2012, taux de grossesse chez les adolescentes à 9,2 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans. À La Pommeraie, représente une moyenne de 11 grossesses par année.

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



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



ESPÉRANCE DE VIE

En 2007-2011, l'espérance de vie des personnes qui résident sur le territoire de La Pommeraie s'élève à 80,4 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance plus élevée que celles des hommes (83,1 c. 77,7 ans) quoique l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec le temps.

NOUVEAU-NÉS

En 2011, les femmes du RLS ont donné naissance à 505 enfants et le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,82.

SANTÉ MENTALE PSYCHOSOCIALE

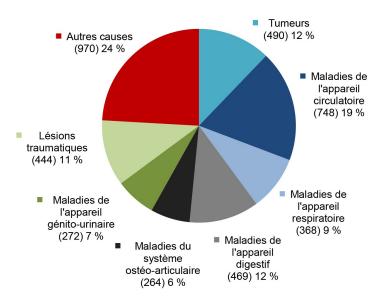
En 2013-2014:

 255 hospitalisations pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

En 2007-2011:

 Le nombre moyen annuel de suicides s'élève à 7 sur le territoire de La Pommergie.

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



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 : 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 2013-2014, on compte 484 hospitalisations pour cause de tumeurs, ce qui représente près de **10 % 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 le début des années 2000, le RLS affiche un taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire significativement supérieur à celui du Québec.

- Depuis les années 2000, le RLS affiche un taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire significativement supérieur à celui du Québec;
- En 2013-2014, 16 % des hospitalisations de la population du RLS en soins physiques de courte durée soit 758 hospitalisations sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire.

En 2010-2011:

Hypertension artérielle: 10 624 personnes.

En 2011-2012:

• Maladies cardiaques: 2320 personnes.

LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

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

En 2011-2012:

- Asthme: 3 960 personnes;
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC): 1 220 personnes.

LE DIABÈTE

Le nombre de personnes de 20 ans et plus atteintes de diabète a presque doublé depuis 2000-2001, pour atteindre 3 592 personnes en 2010-2011. C'est 8,9 % de la population du RLS, un taux significativement plus faible qu'ailleurs au Québec.



GOUVERNANCE

Les membres de notre conseil d'administration au 31 mars 2015. *

Membres de l'exécutif



Michel Lafrance **Président**



Suzanne Riendeau-Clément **Vice-présidente**



Lise Proteau

Administratrice



Diane Laporte **Administratrice**



Bruno Petrucci Secrétaire et directeur général



Dr Alain Auger



Michèle Bazin



Liza Frulla



Elsa Carlier



Kevin Craft



Marie-Josée Clusiau



Pamela Dillon



Robert Desautels



Roseline Laflamme



David Lambert



Francine Robinson



Herb Stevens

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

- = Conseils professionnels
- = Comités obligatoires
- = Comités facultatifs

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 infirmiersauxiliaires

Stéphanie Gagné

Présidente du CII

Nombre de réunions : 3 Taux de participation : 73%

Danielle Chouinard

Présidente du CIIA

Nombre de réunions : 1 Taux de participation : 100%

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Michel Lafrance

Président du conseil d'administration

Comité de gouvernance

Michel Lafrance

et d'éthique

Président du comité

Nombre de réunions : 2 Taux de participation : 90%

Comité de vérification

Kevin Craft

Président du comité

Nombre de réunions : 8 Taux de participation: 79%

Comité de vigilance et qualité

Suzanne Riendeau Clément

Présidente du comité

Nombre de réunions : 7 Taux de participation: 83%

Comité exécutif

Michel Lafrance

Président du comité

Nombre de réunions : 9 Taux de participation : 87%

Comité de communications

Michèle Bazin

Présidente du comité

Nombre de réunions : 2 Taux de participation : 100%

Comité de gestion des risques

Véronique Leblanc

Présidente du comité

Nombre de réunions : 6 Taux de participation: 60%

Comité des usagers

Pauline Mercier

Présidente du comité

Nombre de réunions : 7 Taux de participation: 80%

Comité de révision des plaintes

Diane Laporte

Présidente du comité

Nombre de réunions : 0 Taux de participation : -

Comité d'éthique clinique

Véronique Leblanc

Présidente du comité

Nombre de réunions : 5 Taux de participation : 50%

Conseil multidisciplinaire

Lucy Davis

Présidente du conseil

Nombre de réunions : 8 Taux de participation : 90%

Comité d'évaluation du directeur général

Michel Lafrance

Président du comité

Nombre de réunions : 2 Taux de participation: 100%

Comité de soutien à la gestion des personnes

Elsa Carlier

Présidente du comité

Nombre de réunions : 2 Taux de participation: 80%

LES ACTIVITÉS DES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

- Démarches effectuées pour combler les postes vacants (coopté et Agence);
- Revue du plan d'amélioration du rendement du comité;
- Analyse des résultats de l'auto-évaluation des comités du CA et des conseils professionnels;
- Recommandation pour l'adoption d'une politique de gouvernance sur l'évaluation du rendement de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Le comité de vérification a pour mandat de veiller à l'utilisation optimale et au suivi de l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières du CSSS La Pommeraie et à la mise en place d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires.

Principaux travaux réalisés :

- Analyse des données budgétaires périodiques 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 2014-2015;
- Présentation du plan d'audit et en cours d'année des résultats du processus d'audit par les auditeurs externes;
- Évaluation du fonctionnement du comité;
- Élaboration d'un plan d'amélioration du rendement.

Recommandations:

- Maintenir la contribution actuelle pour l'UTRF (unité transitoire de récupération fonctionnelle), mais débuter la facturation dès la première journée d'occupation, et ce à compter du 1^{er} avril 2015;
- Poursuivre les travaux quant au plan des mesures d'urgence et au plan de sécurité des actifs informationnels;
- Mettre en place un plan d'action sur la gestion des accès au système paie/ressources humaines;
- Instaurer un mécanisme de vigie plus rigoureux afin de s'assurer que des solutions soient plus rapidement trouvées pour résorber le déficit.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité a pour mandat d'assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS) ou de la Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

Principaux travaux réalisés :

- Actualisation de la procédure de reddition de comptes au comité de vigilance et de la qualité;
- Consolidation du tableau de suivi des objectifs des instances qualité (conseils professionnels, comité de gestion intégrée des risques et comité d'éthique);
- Participation à l'élaboration d'un outil d'évaluation de l'expérience client;
- Evaluation du fonctionnement du comité;
- Élaboration d'un plan d'amélioration du rendement.

Suivis:

- Tableau de bord en gestion intégrée des risques;
- Statistiques sur les infections nosocomiales, les plaintes et l'appréciation des soins et services:
- Plan de sécurité pour les pratiques organisationnelles requises (POR);
- Visites qualité ministérielles et visites d'inspection professionnelle, éclosions et dossier « Ebola », recommandations du coroner et de la commissaire locale aux plaintes.

COMITÉ DES USAGERS

Le mandat du comité des usagers qui est institué en vertu de l'article 212 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) est d'être le gardien des droits des usagers. Le comité doit veiller à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Il est l'un des porte-paroles importants des usagers auprès des instances de l'établissement.

Principaux travaux réalisés

- Évaluation du fonctionnement du comité des usagers;
- Élaboration d'un plan d'amélioration pour un fonctionnement optimal du comité des usagers;
- Publication d'un article dans les journaux locaux dans le cadre de la Semaine nationale des droits des usagers;
- Remise d'une pochette d'accueil et d'un guide par les comités de résidents lors d'arrivée de nouveaux résidents dans les CHSLD;
- Consultations au cours de l'année pour différents dossiers de l'organisation dont, le remplacement des sièges de la salle d'attente à l'urgence, la tarification des aires de stationnement et la modification de la contribution des usagers occupant un lit d'hébergement temporaire à l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF);
- Travail sur la mise en place de l'accès Wi-Fi aux résidents dans les CHSLD.
- Recommandation formulée pour supporter l'achat d'écrans afficheurs.

Recommandations

- Mieux faire connaître l'existence et le rôle de ses comités de résidents et du comité des usagers;
- Poursuivre le travail de collaboration avec la direction pour assurer un suivi organisationnel lié aux préoccupations du comité des usagers et de ses comités de résidents;
- Mieux encadrer les partenariats avec les diverses fondations du territoire pouvant contribuer aux usagers.

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Afin de répondre aux problématiques liées à l'éthique auxquelles sont confrontés les intervenants, les usagers et leurs proches, le CSSS La Pommeraie s'est doté d'une structure comprenant les activités du comité d'éthique clinique, ainsi qu'un service de consultation assuré par une conseillère en éthique.

Principaux travaux réalisés:

- Révision d'outils promotionnels pour la consultation en éthique et le comité d'éthique clinique;
- Tournée des différents départements de l'Hôpital BMP et distribution de signets lors de la semaine nationale de l'éthique;
- Publication de deux articles dans le journal interne du CSSS;
- Recommandations transmises suite à des demandes d'avis soumises par des équipes cliniques;
- Sensibilisation à l'éthique par le biais d'articles tirés de l'actualité et transmis aux membres de façon ponctuelle.

COMITÉ DE SOUTIEN À LA GESTION DES PERSONNES

Le comité du soutien à la gestion des personnes exerce un rôle de vigie relativement aux stratégies de gestion des ressources humaines du CSSS La Pommeraie. De plus, il assure un suivi des indicateurs en ressources humaines, contenus à l'entente de gestion.

Principaux travaux réalisés:

- Appropriation du programme d'accès à l'égalité d'emploi;
- Suivi des indicateurs en ressources humaines de l'entente de gestion;
- Suivi du tableau de bord annuel de la direction des ressources humaines;
- Information sur le programme de formation du personnel d'encadrement;
- Analyse et recommandations pour l'adoption de politiques de gestion des conditions de travail du personnel d'encadrement;
- Évaluation du fonctionnement du comité;
- Vigie sur la mobilisation des ressources humaines en regard du plan de redressement:
- Élaboration d'un plan d'amélioration du rendement.

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 de services sociaux (LSSS) et s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement. Il a pour mandat 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. Le comité de gestion des risques assure par ailleurs un lien avec le comité de vigilance et aualité.

Principaux travaux réalisés :

- Poursuite de la révision du programme de gestion intégrée des risques;
- Élaboration d'un tableau de bord tactique en gestion intégrée des risques;
- Réalisation d'une cartographie des risques;
- Suivi du plan de sécurité 2013-2015;
- Consolidation des mécanismes de communication entre les différentes instances ayant un mandat de gestion des risques.

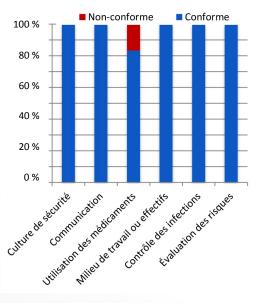
Suivi du plan de sécurité 2013-2015

Au cours de l'année, le déploiement des évaluations de la qualité (audits) s'est poursuivi pour différentes pratiques organisationnelles requises (POR). En mars 2015, un suivi des travaux d'amélioration continue a été réalisé auprès d'Agrément Canada qui a évalué que 97% des POR étaient conformes.

Suivi des recommandations du coroner

Au cours de l'année, le CSSS La Pommeraie a reçu deux recommandations du coroner. Le contenu des cours prénataux a été revu de façon à s'assurer que le personnel œuvrant en périnatalité sensibilise systématiquement les parents et futurs parents au danger du partage du lit avec un nourrisson. D'autre part, en suivi d'un évènement survenu à l'urgence, le comité d'évaluation de l'acte doit procéder sous peu à l'étude d'un dossier afin d'identifier les pistes d'amélioration possibles.

Taux de conformité des pratiques organisationnelles requises

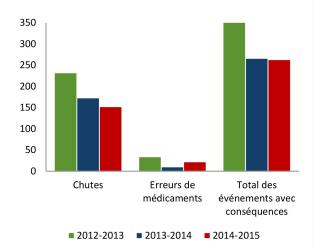


Recommandations

Le comité de gestion des risques a émis trois recommandations, soit :

- Réviser la procédure d'entretien préventif des équipements biomédicaux et élaborer un plan d'action quant à l'implantation d'un programme d'entretien préventif incluant tant les appareils biomédicaux que les petits équipements.
- Élaborer une procédure de gestion des dispositifs médicaux empruntés, partagés ou loués et en assurer la mise en œuvre au niveau du bloc opératoire et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux.
- Revoir la procédure portant sur l'hygiène des mains (DSP-80-20) de manière à prendre en considération la réalité des centres de prélèvements ainsi que les actions à prendre lors de situations particulières.

Nombre d'événements avec conséquences



LES CONSEILS PROFESSIONNELS



Dr Rosaire GirouxPrésident du CMDP



Travaux réalisés :

- Amélioration de l'efficacité de l'exécutif:
- Développement et encadrement des activités de l'acte médical et pharmaceutique;
- Élaboration d'un cadre pour la formation continue;
- Suivi des recommandations de la visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins de 2013;
- Mise à jour des règlements du CMDP et de la nomination des chefs de services médicaux;
- Publications régulières dans le journal interne du CSSS La Pommeraie;
- Évaluation du fonctionnement de l'exécutif du CMDP;
- Élaboration d'un plan d'amélioration du rendement.



Stéphanie Gagné Présidente CII



Danielle ChouinardPrésidente CIIA

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

Travaux réalisés :

Collaboration à:

- la description des fonctions du préposé aux bénéficiaires, de l'infirmière auxiliaire, de l'infirmière, de l'infirmière clinicienne et de l'assistante au supérieur immédiat (ASI);
- la révision de la règle de soins RSI-11 : notes d'évolution au dossier (critères de rédaction, niveaux de responsabilité);
- la révision de la règle de soins RSI-02: soins et entretien des cathéters veineux, fréquence de changement du matériel.



Lucy Davis Présidente du CM

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Travaux réalisés :

- Participation à une rencontre avec l'équipe de soutien à domicile concernant des préoccupations sur le plan de déménagement des effectifs;
- Rencontre des équipes afin de promouvoir le rôle du conseil multidisciplinaire;
- Poursuite du concours prix reconnaissance de ses membres;
- Publication d'articles dans le journal interne du CSSS concernant les activités du CM;
- Suivi pour 6 demandes d'avis adressées au CM par des membres;
- Sondage effectué auprès des employés membres du CM portant sur le besoin d'encadrement des pratiques professionnelles.





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

- 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 »

75

Soins et

services

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 les installations, en plus d'être accessible sur le site Web.

Nombre de formulaires reçus		
	Au 31 mars 2015	Au 31 mars 2014
Français	359	180
Anglais	31	40
Total	390	220

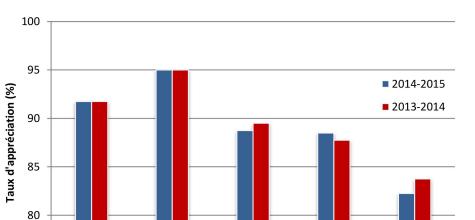
Les thèmes abordés dans le formulaire :

- 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.

Comparativement à l'année précédente, on constate une hausse de 77 % des formulaires complétés par les usagers et leurs proches.

Le taux moyen de satisfaction se situe à 89,25 %, soit une légère baisse par rapport à l'année précédente.



Environnement

Services

auxiliaires

Services

alimentaires

Taux d'appréciation de la clientèle

LES FORCES ET LES OPPORTUNITÉS D'AMÉLIORATION

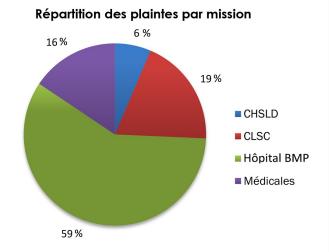
Approche

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	La continuité dans les soins et services
Environnement	Le degré de sécurité	Le niveau de quiétude
Services auxiliaires	La buanderie	La pastorale
Services alimentaires	Les portions	La variété dans le choix de menu

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LE DROIT DES USAGERS

Au cours de l'exercice financier 2014-2015, le CSSS La Pommeraie a reçu 109 plaintes, soit 49 de moins que l'an dernier et 42 de moins qu'en 2012-2013.

- 99 plaintes ont été conclues au cours de l'année;
- 1 plainte administrative a été portée à l'attention du Protecteur du citoyen, elle est en attente de conclusion;
- 1 dossier d'intervention a été ouvert par le Protecteur du citoyen suite au transfert des activités des centres de jour;
- 2 conclusions reçues du Protecteur du citoyen pour des dossiers débutés en 2013-2014 et pour lesquelles le CSSS La Pommeraie a donné suite aux recommandations;
- 17 plaintes ont été référées au médecin examinateur de l'hôpital.



PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTE ÉVOQUÉS

- Accessibilité: difficulté à joindre la centrale de rendez-vous et le service des archives;
- **Aspect financier**: frais de stationnement à l'hôpital et frais chargés pour des formulaires et attestations médicales;
- **Droits particuliers:** consentement et droit à l'information;
- Organisation des ressources matérielles: confort de la salle d'attente de l'urgence, système de paiement pour le stationnement de l'hôpital et gestion des biens des usagers;
- **Relations interpersonnelles :** manque au niveau de la politesse et de l'empathie de la part d'employés;
- Soins et services dispensés: habiletés techniques de certains professionnels, continuité des services, décisions ou jugements cliniques et organisation des soins.

DÉLAI DE TRAITEMENT

Le délai moyen pour conclure les dossiers de plaintes administratives a été de 36 jours cette année, comparativement à 42 jours l'an dernier, soit une amélioration de 14 %.

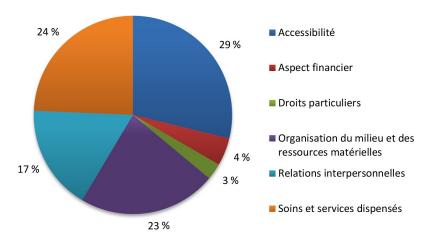
DEMANDES D'ASSISTANCE

Les demandes d'aide ou 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, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a répondu à 36 demandes d'assistance, ce qui représente une augmentation de 54 % comparativement à l'an dernier, alors que 24 demandes d'assistance avaient été répondues.

INTERVENTIONS

Les dossiers d'intervention de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services 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, elle a ouvert 5 dossiers d'intervention, tous suite à un signalement. De ces dossiers, un seul s'est conclu sans mesure corrective. Dans un autre cas, le dossier a été confié aux ressources humaines pour une étude approfondie à des fins disciplinaires.

Répartition des plaintes administratives par catégorie d'objets



ACCÈS

Le dépliant explicatif ainsi que le formulaire de plaintes sont disponibles sur notre site Web au

www.santemonteregie.qc.ca/lapommeraie.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- Revoir le nouveau système téléphonique automatisé du service des archives afin de rendre le service plus accessible aux usagers;
- Mettre à jour la procédure sur les effets personnels des usagers et objets de valeur et diffuser l'information au personnel, afin de s'assurer que tous l'appliquent adéquatement;
- Revoir et standardiser la procédure pour l'envoi d'une requête de consultation avec un spécialiste en évaluant la mise en place d'un système électronique;
- Ajouter des machines distributrices contenant de la nourriture et des boissons à l'urgence, afin que les usagers y aient accès facilement sans devoir quitter la salle d'attente;
- Offrir une formation sur le consentement aux soins aux médecins œuvrant au CSSS La Pommeraie, afin de s'assurer que les règles relatives à cette notion soient bien comprises et appliquées par les membres de l'équipe de soins;
- Revoir les procédures de transmission de certains tests au médecin traitant afin de s'assurer que les résultats soient bien transmis à ce dernier.

MOTIFS DES PLAINTES ADRESSÉES AUX MÉDECINS EXAMINATEURS

Des 17 plaintes reçues en 2014-2015, 10 concernaient les soins et services reçus, 5 les relations interpersonnelles, 2 l'accessibilité aux soins, 1 l'organisation du milieu et 3 les droits particuliers dont le consentement, l'information sur l'état de santé et les services en langue française.

Parmi les motifs de plaintes reçues, 5 concernaient la chirurgie, 1 la cardiologie, 1 l'ophtalmologie, 1 la gastro-entérologie, 5 la médecine générale, 3 la psychiatrie et 5 l'urgence.

Tout comme l'année dernière, la majorité des plaintes traitées ont été réglées par des clarifications et de l'information générale aux usagers. Cependant, une plainte concernant les soins et services en santé mentale a nécessité une collaboration de la direction des affaires médicales.

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

<u>©</u>	Cible atteinte
<u></u>	Travaux en cours

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-1	5
Optimiser le soutien à domicile	Taux (%) d'heures de services directs à la clientèle	Augmentation de 10%	Augmentation de 41%	©
Optimiser l'épisode de soins à l'hôpital (5 sous-projets réalisés sur 20)	Durée moyenne de séjour en courte durée (DMS)	5 jours	5 jours	©
	Séjour moyen sur civière à l'urgence	12 heures	16,94	(2)
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	49 cas	©
	Nombre de cas électifs en attente	Diminution	18 cas	©
	Nombre de cas de dépistage en attente	Diminution	172 cas	0
Implanter l'accueil clinique		Mars 2015	100%	©
Améliorer l'offre de service en santé mentale adulte	Nombre d'usagers référés au guichet d'accès en santé mentale adulte	Augmentation	318 usagers	©
	Nombre d'usagers différents vus en psychiatrie 2 ^e ligne en santé mentale adulte	525 usagers	342 usagers	(2)
	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale adulte est > à 60 jours	0 usager	1 usager	(2)
Développer et implanter les services de soins médicaux aigus à domicile (SMA ³ D)	Taux de visite des personnes de 75 ans et + à l'urgence	Diminution	12%	©
	Taux d'hospitalisation des personnes de 75 ans et +	Diminution	35.8%	©
Implanter l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	Préalables en place à l'urgence	4 préalables à l'urgence	75%	(2)
PROJET LEAN	INDICATEUR	CIBLE	RÉSULTATS 2014-1	5
Implantation d'un tableau de gestion de séjour sur les unités	Tableaux de gestion de séjour accessibles sur les unités de soins et endroits stratégiques	100% des unités de soins	100%	0

- Déploiement de l'accueil clinique sur l'ensemble du réseau local de services;
- Consolidation de l'équipe de santé physique;
- Mise en place d'un comité de gestion de l'urgence;
- Diminution de la durée moyenne de séjour sur les unité de médecine et chirurgie à l'Hôpital BMP;
- Poursuite du projet visant l'amélioration de l'accès à l'endoscopie avec des résultats éloquents;
- Reprise sur une base permanente du service novateur « Soins médicaux aigus aux aînés à domicile: une alternative à l'hospitalisation (SMA³D) » par lequel des soins médicaux aigus à domicile et dans les résidences privées sont dispensés aux personnes âgées de 75 ans et plus, nécessitant des services ponctuels et qui ne peuvent avoir un accès rapide à leur médecin de famille;

- Amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité du guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille qui a permis à 1 760 usagers (c. 1 201 en 2013-2014) d'être pris en charge par des médecins;
- Amélioration de l'offre de service de l'unité de médecine familiale (UMF): 2 459 usagers inscrits (c. 1 751 en 2013-2014);
- Poursuite de l'implantation de l'International Mother Baby Childbirth Initiative (IMBCI) qui favorise l'accouchement physiologique. Le projet a été reconnu et publicisé dans les Bons coups de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS);
- Mise en place des groupes Équilibre au CLSC de Cowansville-du Sud, des ateliers de prévention en santé mentale;
- Révision du guichet d'accès en soutien à domicile qui s'est traduit par une amélioration du délai de réponse à la clientèle;

- Réalisation d'un projet d'amélioration du service alimentaire en hébergement qui a permis l'élaboration d'un menu varié et équilibré en rotation sur 5 semaines pour l'ensemble des centres d'hébergement;
- Révision et amélioration de l'offre de service en animation qui a permis de multiplier l'offre et de diversifier les activités récréatives offertes aux résidents dans les centres d'hébergement;
- Ouverture de deux nouvelles ressources intermédiaires à Farnham (5 places) et à Sutton (4 places);
- Poursuite d'une grande opération d'évaluation de la clientèle en perte d'autonomie (près de mille usagers évalués en une année, soit 696 personnes recevant des services de soutien à domicile et 266 résidents en CHSLD).

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

OBJECTIF:

• Développer une gestion intégrée des risques

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-15	
Mettre en place un programme d'audits internes	Taux (%) de réalisation du programme	100%	75%	(1)
	Taux (%) de conformité aux pratiques organisationnelles requises – POR	100%	97%	(2)
	Nombre d'évènements déclarés de gravité E1 et plus	Diminution	263	©
Réviser la pratique clinique en soins infirmiers	Taux de réalisation de la révision des pratiques cliniques en lien avec la Loi 90	50%	68%	©
Mettre à jour le plan des mesures d'urgence — PMU	Taux de réalisation du plan de mesures d'urgence	50%	35%	(2)

- Réaccréditation de l'Hôpital BMP comme centre de traumatologie secondaire par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) qui considère le CSSS comme un des centres les plus performants au Québec en traumatologie;
- Adoption par l'INESSS du recueil de procédures en réadaptation;
- Élaboration d'une ordonnance collective afin de permettre à l'assistante au supérieure immédiat (ASI) de faire une référence aux professionnels de l'équipe de réadaptation;
- Révision du recueil de procédures du bloc opératoire;
- Suivi des données de traumatologie à l'aide d'un tableau de bord. Ce sont 342 usagers qui ont été hospitalisés suite à un événement traumatique en 2013-2014;
- Implantation du dossier médical électronique (DME) et du dossier santé Québec (DSQ) dans les groupes de médecine familiale (GMF) de Bedford et Farnham;
- Mise en place du comité opérationnel d'amélioration continue portant sur la réorganisation du travail sur l'unité de chirurgie à l'Hôpital BMP;

- Kaizens stratégiques sur l'épisode de soins, la chirurgie et l'élaboration de sous-projets;
- Travaux sur les pratiques organisationnelles requises (POR) en ce qui a trait aux antibiotiques;
- Implantation de cabinets automatisés décentralisés à l'urgence, aux soins intensifs, en chirurgie et en médecine à l'Hôpital BMP. Ces équipements permettent d'augmenter la sécurité lors de la sélection et l'administration des médicaments:
- Réalisation d'un projet Lean en oncologie afin de diminuer le temps d'attente des patients traités dans notre clinique externe;
- Augmentation de 47% (comparé à 2013) de patients ciblés recevant une thromboprophylaxie adéquate lors d'une hospitalisation. Cette amélioration fait suite à une réévaluation et des réajustements au niveau du programme de prophylaxie de la thromboembolie veineuse:
- Amorce d'un projet de numérisation des ordonnances de médicaments qui comporte plusieurs avantages pour l'usager, le personnel infirmier et le personnel de la pharmacie;

- Baisse de 7,4 % du volume d'événements déclarés par rapport à 2013-2014;
- Diminution du nombre de SARM, soit 7 de moins qu'en 2013-2014;
- Formations sur les mesures d'urgence d'un grand nombre d'employés dans nos centres d'hébergement.

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 humaines

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-15	
Réviser les stratégies de recrutement	Taux d'occupation des postes	85%	85.71%	0
Réviser le programme d'accueil, d'intégration et d'orientation	Taux de roulement de la main-d'œuvre	12%	12.69%	(2)

- Consolidation de l'offre de service en ressources humaines par la mise à jour de plusieurs processus de travail;
- Implantation d'activités de codéveloppement par les gestionnaires;
- Participation au LEAN régional en gestion de l'assurance-salaire;
- Mise à jour des exigences de postes pour les fonctions secteur bureau;
- Centralisation de la gestion des remplacements pour certaines fonctions de cliniciens et professionnels de la santé;
- Élaboration du cadre de référence sur la reconnaissance du personnel;
- Mise à jour de l'ensemble des politiques sur les conditions de travail du personnel d'encadrement:
- Implantation d'un nouveau fournisseur pour le programme d'aide aux employés (PAE);
- Réalisation d'activités de reconnaissance pour le personnel ayant 25 ans de service et les retraités;

- Poursuite des activités du Club de course du CSSS La Pommeraie;
- Formation d'une vingtaine de médecins, infirmières et techniciennes administratives des GMF sur l'accès adapté;
- Activités de recrutement et de consolidation d'effectifs médicaux avec l'arrivée de 4 nouveaux médecins de famille, d'un spécialiste interniste et de deux pharmaciens;
- Accueil et intégration de 429 stagiaires dans plusieurs secteurs d'activités;
- Démarche de consultation et dépôt du plan d'effectifs médicaux en spécialité pour 2016.

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

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-15	
Implanter CSSS Promoteur de santé	Taux (%) de réalisation du plan d'implantation	25%	20%	(2)
Élaborer et déployer un programme de bénévolat	Nombre de bénévoles	Augmentation de 10% du nombre de bénévoles	Augmentation de 30%	©
	Nombre total d'heures de bénévolat	12 000 heures	11 500 heures	(2)

- Poursuite des activités du comité de coordination de la grippe et réseautage avec les groupes de médecine familiale et les cliniques médicales;
- Signature d'une entente avec le centre de pédiatrie sociale Main dans la Main pour le prêt de service d'une travailleuse sociale une journée par semaine;
- Révision et amélioration de l'entente Soutien d'intensité variable avec les organismes communautaires Entrée Chez Soi Brome-Missisquoi et L'Éveil Brome-Missisquoi;
- Signature d'une entente entre le centre de réadaptation en dépendance Le Virage et le CSSS La Pommeraie afin d'actualiser un continuum de services entre la 1^{re} et la 2^e ligne. Cette entente permet un repérage systématique des problèmes de consommation de la clientèle à risque de développer des problèmes de dépendance;
- Appui et collaboration au groupe de travail montérégien en orthophonie et développement du langage L'amélioration de l'accès aux services en développement du langage et en orthophonie dans l'ensemble des territoires de la Montérégie;
- Maintien et suivi des projets au plan d'action de Jeunes en mouvement:

- Tournée des écoles pour la planification Écoles en santé. Les organisatrices communautaires font office d'intervenantes pivots afin d'assurer un arrimage entre les projets d'école et ceux de la communauté:
- Création d'une table avec les principaux partenaires communautaires pour bien répondre aux besoins de la clientèle aînée vulnérable du territoire;
- Création de groupes d'activités de stimulation en CHSLD en collaboration avec les partenaires locaux (Société Alzheimer et partenaires offrant un service de bénévolat). Cette offre de service améliorée remplace les activités offertes par les centres de jour.

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

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-15	
Élaborer la carte de déploiement Lean	Taux de réalisation du plan de déploiement	Augmentation	15%	0
Développer un programme d'amélioration de la qualité de l'acte médical	Taux d'avancement de développement du programme	Augmentation	85%	©
Revoir la gouvernance médicale aux soins intensifs	Mettre en place une gestion quotidienne. Avoir des règlements adoptés.	100%	100%	0
Développer et déployer un tableau de bord stratégique	Tableau de bord déployé	100%	100%	0
Développer et déployer des tableaux de bord tactiques et opérationnels	Tableaux de bord déployés	100%	60%	(2)
Implanter l'International Mother Baby Childbirth Initiative — IMBCI	Taux (%) d'implantation des 10 conditions du programme	Augmentation	75%	©

- Soutien au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour standardisation des procédures d'amélioration continue de la qualité dont:
 - * Démarche d'amélioration qualité auprès des services et départements en lien avec la fréquence des réunions, la standardisation des outils et le développement d'un indicateur clinique par département et/ou service;
 - * Analyses de cas sentinelles pour dégager des pistes d'amélioration;

- Poursuite de l'implantation de la nouvelle gouvernance clinique et administrative aux soins intensifs:
- Poursuite des activités du comité IAMEST (infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST) dont le mandat est d'utiliser des indicateurs, d'améliorer la performance des services préhospitaliers d'urgence et d'adopter des auides de pratique;
- Création du comité sur la gestion des examens de laboratoire et diffusion aux médecins du territoire des analyses ciblées moins pertinentes par l'INESSS afin d'en réduire le nombre;

- Déploiement de la téléthrombolyse à l'Hôpital BMP (clientèle AVC-AIT);
- Réalisation du projet pilote «Quand la mémoire fuit: accompagner dans la tendresse et le plaisin» qui a permis aux intervenants d'améliorer les relations entre aidants et aidés.

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

PROJETS	INDICATEURS	CIBLE 2015	RÉSULTATS 2014-15	;
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%	62%	(2)

FAITS SAILLANTS:

Hôpital BMP

- Travaux de restauration des toitures:
- Mise à niveau du système de ventilation;
- Aménagement des cabinets de distribution automatisée de médicaments;
- Réaménagement de la salle de fluoroscopie.

Centre d'hébergement de Farnham

- Remplacement des portes automatiques;
- Remplacement des chaudières;
- Mise aux normes cléage;
- Mise aux normes du dispositif anti-refoulement (DAR);
- Plans et devis, rénovation cuisine et salle à manger.

Centre d'hébergement de Cowansville

- Mise aux normes des chambres froides;
- Réfection des plafonds et de l'éclairage;
- Plans et devis, rénovation du milieu de vie adapté.

Centre d'hébergement de Sutton

- Remplacement du système d'eau chaude domestique;
- Installation du groupe électrogène;
- Réfection des plafonds et de l'éclairage;
- Réfection des portes et des cadres intérieurs.



QUELQUES STATISTIQUES

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

	Usagers			Interventions		
Soutien à domicile et centre de jour	2014-2015	2013-2014	Variation	2014-2015	2013-2014	Variation
Soins infirmiers à domicile	1 323	1 265	5%	14 884	14 171	5%
Nutrition à domicile	178	199	-11%	513	514	0%
Services psychosociaux à domicile	828	801	3%	6 390	6 827	-6%
DI-TED	280	216	30%	2 063	1 456	42%
Aide à domicile	333	378	-12%	20 273	20 875	-3%
Centre de jour	N/D	101	N/D	N/D	N/D	N/D

Services gériatriques et de réadaptation	2014-2015	2013-2014	Variation	2014-2015	2013-2014	Variation
Ergothérapie/Physiothérapie	1 176	1 142	3%	9 240	9 025	2%
Services ambulatoires de gériatrie	N/D	174	N/D	N/D	672	N/D

Unité de courte durée gériatrique	2014-2015	2013-2014	Variation
Admissions (départs)	173	184	-6%
Séjour moyen	15,95	14,05	14%
Âge moyen	81,63	80,24	2%
Taux d'occupation moyen	99,30%	99,73%	0%

CHSLD	2014-2015	2013-2014	Variation
Admissions en hébergement permanent	153	127	20%
Admissions en hébergement temporaire	26	28	-7%
Durée moyenne de séjour en hébergement permanent	1092	1223	-11%

Légende

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

SANTÉ PHYSIQUE

	Usagers			Interventions		
Services santé courants	2014-2015	2013-2014	Variation	2014-2015	2013-2014	Variation
Clinique de soins infirmiers	4 240	4 260	-0,5%	17 148	16 887	2%
Clinique du diabète (groupes)	4	4	0%	29	30	-3%
Nutrition clinique	566	593	-5%	1 535	1 486	3%
Planning	325	295	10%	700	558	25%

Services diagnostiques	2014-2015	2013-2014	Variation	2014-2015	2013-2014	Variation
Analyses de laboratoire	N/A	N/A	N/A	1 068 689	1 001 826	7%
Centres de prélèvements	49 301	50 236	-2%	N/A	N/A	N/A
Imagerie médicale	N/A	N/A	N/A	66 651	69 622	-4%
Inhalothérapie à domicile	331	361	-8%	3 046	3 081	-1%
Inhalothérapie à BMP	5 498	5 333	3%	18 752	17 371	8%

Services de réadaptation	2014-2015	2013-2014	Variation
Ergothérapie	474	470	1%
Physiothérapie	1 922	1 896	1%

Unités de courte durée	2014-2015	2013-2014	Variation
Admissions (départs)	4 873	4 565	7%
Séjour moyen	4,12	4,4	-6%
Âge moyen	56,84	55,67	2%
Taux d'occupation moyen	87,15%	85,60%	2%

Urgence, cliniques externes spécialisées et médecine de jour	2014-2015	2013-2014	Variation
Visites à l'urgence	29 835	29 900	0%
Visites aux cliniques externes spécialisées	18 086	18 215	-1%
Usagers en médecine de jour	2 868	2 901	-1%
Nombre d'accouchements	927	889	4%

SERVICES À LA COMMUNAUTÉ

	Usagers			Interventions		
Services enfance-jeunesse-famille	2014-2015	2013-2014	Variation	2014-2015	2013-2014	Variation
Santé parentale et infantile	1 033	612	69%	1 974	1 274	55%
Services dentaires préventifs	408	414	-1%	792	673	18%
Santé scolaire	279	159	75%	563	420	34%
Services sociaux scolaires	571	563	1%	2 530	2 246	13%
Audiologie/orthophonie	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille (services sociaux scolaires exclus)	285	178	60%	1075	822	31%
Intervention groupe	6	10	-40%	31	29	7%
Nutrition - SIPPE	40	41	-2%	55	71	-23%

Santé publique	2014-2015	2013-2014	Variation	2014-2015	2013-2014	Variation
Vaccination influenza	N/D	8 679	NIL	N/D	8 853	NIL
Vaccination voyageur	941	946	-1%	1 201	1 274	-6%
Vaccination scolaire	1 155	1 491	-23%	1 168	1 518	-23%
Vaccination petite enfance	1 591	1 557	2%	2 840	2 695	5%
Prévention ITSS	134	136	-1%	323	364	-11%
Intervention communautaire	63	69	-9%	1 920	1 700	13%
Intervention groupe	23	57	-60%	75	288	-74%

Services adultes	2014-2015	2013-2014	Variation	2014-2015	2013-2014	Variation
Accueil psychosocial	876	935	-6%	796	844	-6%
Services psychosociaux	185	194	-5%	693	752	-8%

Services santé mentale	2014-2015	2013-2014	Variation	2014-2015	2013-2014	Variation
Services ambulatoires en 1 ^{re} ligne	700	378	85%	3 029	2 827	7%
Suivi intensité variable dans la communauté	57,5	48,9	18%	N/D	N/D	N/D
Guichet santé mentale	472	571	-17%	506	614	34%

RÉSULTATS DE L'ENTENTE DE GESTION

Cible atteinte Cible non atteinte

		2014-2015		2013-2014	Cibie non attente
Titre de l'indicateur	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 12 ^e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (prénatal), au cours de l'année de référence	0,27%	0,0%	8	0,26%	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^e semaine de vie de l'enfant (postnatal 1), au cours de l'année de référence	0,73%	0,70%	8	0,72%	Augmentation par rapport à l'an dernier
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^e semaine au 12 ^e mois de vie de l'enfant (postnatal 2), au cours de l'année de référence	0,21%	0,19%	8	0,20%	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13 ^e au 60 ^e mois de vie de l'enfant (postnatal 3), au cours de l'année de référence	0,22%	0,20%	8	0,22%	
Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	60%	72,0%	\odot	83,33%	
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre Dcat-Polio-Hib dans les délais	90%	86,7%	8	82,26%	Augmentation par rapport à l'an dernier
Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	90%	86,5%	8	65,68%	uermer
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	Oui	N/D	N/D	Oui	
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	Oui	N/D	N/D	Oui	
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	

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

		2014-2	015	2013-2014	
Titre de l'indicateur	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)	59 096	65 887	©	65 235	
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)	Hausse	1 516	©	1 486	
Degré moyen d'implantation des RSIPA (réseaux de services intégrés aux personnes aînées) dans les réseaux locaux de services	75%	N/D	N/D	75,18%	Formations de sensibilisation et coa-
Niveau d'atteinte de la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	100%	37,1%	8	30,08%	ching donnés à l'ensemble du person- nel. Révision des processus à l'urgence en vue d'implanter les 4 préalables et assurer la pérennité de l'approche.
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%	96,9%	©	100%	
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%	N/A	N/A	100%	
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%	93,8%	©	100%	
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%	

		2014-2	015	2013-2014	
Titre de l'indicateur	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
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%	95,6%	©	89,47%	
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%	N/A	N/A	N/A	
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%	85,7%	8	100%	Seulement 2 usagers pour lesquels les délais définis au plan d'accès ont été dépassés.
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%	97,6%	©	88,24%	
PSI - Objectifs spécifiques de la planification stratégi	que régio	onale			
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)	27	27	©	27	
Nombre d'usagers âgés de moins de 18 ans ayant bénéficié d'un PSI en CSSS (mission CLSC) et nombre d'interventions (JED)	30	44	©	30	
Jeunes en difficulté					
Mise en place d'un programme d'intervention en négligence reconnu efficace	Oui	Oui	©	Oui	
Dépendances					
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1^{re} ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	23	17	8	23	Les services aux jeunes sont offerts par des intervenants en prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Les intervenants au secondaire se réfèrent à ceux-ci.

	2014-2015		2013-2014							
Titre de l'indicateur	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 (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	57,5	\odot	48,9						
Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu (adultes de 18 ans et plus) mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	N/A	N/A	N/A	N/A						
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de $1^{\rm re}$ ligne en CSSS (mission CLSC)	496	664	©	362						
Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de $1^{\rm re}$ ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	183	184	©	111						
Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	313	480	©	251						
Santé physique										
Séjour moyen sur civière (durée)	12	16,94	8	17,45	La moyenne de séjour sur civière a dimi- nué de 0,5 hre. Les efforts se poursui- vent grâce aux projets d'amélioration continue et à une gestion de séjour ri- goureuse.					
Pourcentage de séjour de 48 hres et plus sur civière	0%	7%	8	8,7%	Diminution de 2% de nos séjours de 48 hres et plus. Ce dernier est directement lié avec le séjour moyen sur civière.					
Pourcentage de séjour de 24 hres et plus sur civière	15%	24,9%	8	26,04%	La nécessité de fournir une chambre privée à des usagers en isolement ex-					
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90%	63,5%	8	75,9%	plique une bonne partie des délais.					
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100%	94,8%	8	98,3%	Les délais sont principalement liés à une équipe incomplète de médecins spécia- listes dans ce secteur depuis 1 an.					

		2014-2	015	2013-2014	
Titre de l'indicateur	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 arthroplastie totale de la hanche	90%	98,4%	©	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%	94,4%		89,5%	
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	90%	99,7%		99,8%	
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	90,0%	92,1%	©	93,7%	
Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	90,0%	92,4%		93,9%	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	©	0	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou $$	0	0		0	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	0	0	©	0	
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour $$	0	2	8	1	Sauf de rares exceptions, les chirurgies sont réalisées dans les délais attendus
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation $$	0	1	8	0	(Paul B.)
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	100%	100%	©	N/D	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	100%	17,6%	8	71,88%	Le bris d'un équipement et les délais de remplacement expliquent le recul constaté.
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100%	100%	©	100%	

	2014-2015		2013-2014		
Titre de l'indicateur	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 échographies obstétricales	100%	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	100,0%	53,3%	8	5,1%	Malgré une amélioration, les travaux se poursuivent afin d'atteindre la cible.
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	100%	52%	8	100%	L'acquisition d'un appareil supplémen- taire et la création d'une clinique du sein devraient permettre l'atteinte de la cible
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	100%	79,8%	8	59,8%	dans la prochaine année. On constate une amélioration par rapport à la dernière année et les travaux se poursuivent pour l'atteinte de la cible. Une augmentation du volume explique le recul.
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	100%	73,1%	8	94%	
Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	100%	N/A	N/A	N/A	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	100%	N/D	N/A	N/D	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	100%	N/D	N/A	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/A	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/A	N/D	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100%	N/D	N/A	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/A	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/A	N/D	

	2014-2015		2013-2014		
Titre de l'indicateur	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
Santé physique (suite)					
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	100%	N/D	N/A	N/D	
Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	100%	N/D	N/A	N/A	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	100%	N/D	N/A	N/D	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	100%	N/D	N/A	N/D	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100%	N/D	N/A	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	100%	N/D	N/A	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	100%	N/D	N/A	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/A	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	100%	N/D	N/A	N/D	
Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	100%	N/D	N/A	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	100%	N/A	N/A	N/D	

		2014-2	015	2013-2014	
Titre de l'indicateur	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 graphies	100%	N/D	N/A	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/A	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/A	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/A	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/A	N/D	
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/A	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/A	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/A	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/A	N/A	N/D	
Nombre d'interventions en soins palliatifs à domicile	4460	3901	8	3950	Une diminution du nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile explique la diminution des interventions.

		2014-2	015	2013-2014	
Titre de l'indicateur	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%	8	0%	Dans Gestred, ce % de réalisation n'est pas demandé. Si on fait une
- Responsable de la gestion des zones grises	100%	100%	\odot	100%	moyenne des 4 éléments, on pourrait
- Relevé des équipements du matériel et des surfaces	100%	100%	\odot	100%	inscrire 75%. 4 unités de soins cri- tiques sur 4 sont complétées. Note :
- Service responsable de l'intégrité sanitaire	100%	50%	\otimes	50%	Gestred sera modifié. Implantation progressive des registres dès 2015-
- Registre de suivi	100%	0%	8	0%	2016.
Ressources humaines					
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,51%	5,55%	8	5,82%	Diminution des heures d'absence comparativement à 2013-14.
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infimières	4,33%	4,45%	8	4,29%	Légère hausse attribuable à des pé-
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,51%	2,26%		2,11%	riodes d'éclosion et d'ouverture des lits de désengorgement.
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	1,29%	1,38%	\otimes	0,9%	Légère hausse attribuable à des périodes d'éclosion et d'ouverture des
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,54%	0,10%		0,17%	lits de désengorgement.
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0%	0,00%	©	0,57%	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalotérapeutes	0%	0,00%	©	0,06%	
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	©	Oui	
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	

		2014-2015			
Titre de l'indicateur	Cible	Résultat	Respect de l'engagement	Résultat	Explication des écarts
Urgence désencombrement					
Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/ orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD) par CH	3 et moins	2,8	©	4,1	
Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	3 et moins	1		0,8	
Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	3 et moins	1,8		1,7	
Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	3 et moins	1,6		0,4	
Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3 et moins	0,5	©	0,9	
Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3 et moins	0,2	©	0,2	
Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	3 et moins	0	©	0	
Ressources informationnelles					
L'établissement aura mis à jour le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) dans les délais	95%	N/D	N/D	N/A	



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 financière édictées en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction 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.

Pour l'exercice 2014-2015, conformément à la circulaire 2015-10, c'est Mme Patricia Gauthier, PDG du CIUSSS Estrie-CHUS avec lequel l'établissement est fusionné qui approuvera les rapports, et ce, jusqu'à ce que la formation du nouveau conseil d'administration soit complétée, selon l'évolution de la mise en place de la restructuration, ceci dans le respect de l'article 195 de la Loi.

Pour l'exercice 2014-2015, la PDG signera les documents signés auparavant par le directeur général ou par le président du conseil d'administration.

La PDG surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et elle a approuvé les états financiers. Elle 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 la PDG du CIUSSS Estrie-CHUS pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Patricia Gauthier

Présidente-directrice générale CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Pierre-Albert Coubat

Directeur des ressources financières et de la logistique CIUSSS de l'Estrie - CHUS

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT



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

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

Téléphone : 450 263-2010 Télécopieur : 450 263-9611 www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015 (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 de 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 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée

03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

2

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. 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 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Cholot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.

Cowansville Le 12 juin 2015

Membre de Grant Thornton International Ltd

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique nº A114916

LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

			2014-				
ÉTATS DES RÉSULTATS	Total		nds d'exploitation	1			2013-2014
	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total	Immobilisations	Total	
REVENUS							
Subventions Agence et MSSS	95 096 169	89 927 921	19 677	89 947 598	6 229 737	96 177 335	95 346 748
Subventions Gouvernement du Canada	27 919	-	-	-	-	-	27 919
Contributions des usagers	6 823 330	7 198 103	-	7 198 103	-	7 198 103	6 709 726
Ventes de services et recouvrements	1 057 409	1 303 380	-	1 303 380		1 303 380	1 145 596
Dons	710 741	43 203	-	43 203	725 462	768 665	863 168
Revenus de placements	22 000	32 517	-	32 517		32 517	23 120
Revenus de type commercial	550 833	_	555 450	555 450	_	555 450	507 217
Gain sur disposition	-	-	-	-	_	-	-
Autres revenus	184 432	208 686	-	208 686		208 688	290 923
TOTAL	104 472 833	98 713 810	575 127	99 288 937	6 955 201	106 244 138	104 914 417
CHARGES							
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	70 687 718	71 278 672	30 430	71 309 102		71 309 102	70 279 246
Médicaments	3 299 445	3 325 063	-	3 325 063	-	3 325 063	3 459 333
Produits sanguins	1 212 026	1 438 658	-	1 438 658		1 438 658	1 212 026
Fournitures médicales et chirurgicales	3 883 921	4 029 166	-	4 029 166	_	4 029 166	4 026 131
Denrées alimentaires	1 173 473	1 164 120	-	1 164 120	-	1 164 120	1 233 687
Rétributions versées aux RNI	3 528 731	3 614 331	-	3 614 331	_	3 614 331	3 227 948
Frais financiers	1 980 877	63 448	-	63 448	1 741 584	1 805 032	1 947 239
Entretien et réparations	1 700 826	1 385 289	-	1 385 289	44 285	1 429 574	1 918 082
Créances douteuses	-	20 352	-	20 352	-	20 352	8 947
Loyers	1 141 091	1 127 604	-	1 127 604		1 127 604	1 175 638
Amortissement des immobilisations	4 650 608		-	-	4 988 455	4 988 455	4 724 238
Perte sur disposition d'immobilisations			-	-	130 000	130 000	-
Autres charges	11 214 117	11 397 962	275 794	11 673 756	31 452	11 705 208	11 701 902
TOTAL	104 472 833	98 844 665	306 224	99 150 889	6 935 776	106 086 665	104 914 417
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	-	(130 855)	268 903	138 048	19 425	157 473	-

ÉTATE DES SUDDI US (DÉFICITS) CUMUI ÉS		2014-2015		2042 2044
ÉTATS DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	Exploitation	Immobilisations	Total	2013-2014
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(2 600 240)	829 447	(1 770 793)	(1 770 793)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		-	-	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	(2 600 240)	829 447	(1 770 793)	(1 770 793)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	138 048	19 425	157 473	-
Autres variations : Transferts interfonds	(138 048)	138 048	-	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	(2 600 240)	986 920	(1 613 320)	(1 770 793)

ÉTATS DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS		2	014-2015		
(DETTE NETTE)	Budget	Exploitation	Immobilisations	Total	2013-2014
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(68 273 963)	(4 211 624)	(64 062 339)	(68 273 963)	(66 137 378)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		-	-	-	-
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(68 273 963)	(4 211 624)	(64 062 339)	(68 273 963)	(66 137 378)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	-	138 048	19 425	157 473	
VARIATIONS DÛES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	-	-	(3 354 235)	(3 354 235)	(6 482 006)
Amortissement de l'exercice	_	-	4 988 455	4 988 455	4 724 238
(Gain) / Perte sur dispositions	-	н	130 000	130 000	-
Produits sur dispositions	-	-	-	-	-
TOTAL DES VARIATIONS DÛES AUX IMMOBILISATIONS	-	-	1 764 220	1 764 220	(1 757 768)
VARIATIONS DÛES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	(109 329)	19 873	-	19 873	(9 329)
Acquisitions de frais payés d'avance	370 000	13 149	-	13 149	(369 488)
Utilisation de stocks de fournitures	-	-	-	-	-
Utilisation de frais payés d'avance	-	н	4 809	4809	-
TOTAL DES VARIATIONS DÛES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	260 671	33 022	4 809	37 831	(378 817)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	-	(138 048)	138 048	-	-
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	260 671	33 022	1 926 502	1 959 524	(2 136 585)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(68 013 292)	(4 178 602)	(62 135 837)	(66 314 439)	(68 273 963)

ÉTATO DE LA OITHATION EINANOIÈDE		2014-2015		
ÉTATS DE LA SITUATION FINANCIÈRE	Exploitation	Immobilisation	Total	2013-2014
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	2 098 255	679 457	2 777 712	1 736 007
Débiteurs – Agence et MSSS	7 411 703	443 464	7 855 167	11 230 484
Autres débiteurs	1 001 575	224 530	1 226 105	1 105 817
Créances interfonds (dettes interfonds)	(102 814)	102 814	-	-
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	6 457 876	7 225 871	13 683 747	12 154 363
Placements de portefeuilles	-	-	-	-
Frais reportés liés aux dettes	-	199 235	199 235	163 329
Autres éléments	144 662	85 243	229 905	236 297
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	17 011 257	8 960 614	25 971 871	26 626 297
PASSIFS				
Emprunts temporaires	3 000 000	1 479 220	4 479 220	10 927 098
Autres créditeurs et autres charges à payer	9 806 035	430 740	10 236 775	8 639 571
Avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées	-	1 740 282	1 740 282	4 026 777
Intérêts courus à payer	<u> </u>	443 464	443 464	524 334
Revenus reportés	150 200	6 768 188	6 918 388	7 213 156
Dettes à long terme		60 234 557	60 234 557	55 529 613
Passif au titre des avantages sociaux futurs	8 222 775	-	8 222 775	8 000 735
Autres éléments	10 849	-	10 849	38 976
TOTAL DES PASSIFS	21 189 859	71 096 451	92 286 310	94 900 260
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(4 178 602)	(62 135 837)	(66 314 439)	(68 273 963)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	-	63 120 883	63 120 883	64 885 103
Stocks de fournitures	779 165	-	779 165	799 038
Frais payés d'avance	799 197	1 874	801 071	819 029
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	1 578 362	63 122 757	64 701 119	66 503 170
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS	(2 600 240)	986 920	(1 613 320)	(1 770 793)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE	2014-2015	2013-2014
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	157 473	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	37 831	(378 817
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	130 000	
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations : Autres	(725 462)	(779 882
Amortissement des immobilisations	4 988 455	4 724 23
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	-	40 36
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	45 653	
Subvention à recevoir – réforme comptable - immobilisations	(1 539 335)	(1 058 780
Autres	-	8 94
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	2 937 142	2 556 07
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	3 044 259	3 999 92
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	6 138 874	6 555 99
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions d'immobilisations	(3 354 235)	(6 482 006
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	(3 354 235)	(6 482 000
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Dettes à long terme :		
Emprunts effectués – dettes à long terme	13 106 159	6 456 42
Emprunts remboursés – dettes à long terme	(2 918 797)	(2 853 448
Emprunts remboursés - refinancement de dettes à long terme	(5 482 418)	(1 982 982
Variation des emprunts temporaires – fonds d'exploitation	(4 500 000)	(1 500 000
Emprunts temporaires – fonds d'immobilisation :		
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	11 215 750	5 978 51
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(122 362)	(245 56
Emprunts temporaires remboursés – refinancement fonds d'immobilisations	(13 041 266)	(6 261 659
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	(1 742 934)	(408 715
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	1 041 705	(334 720

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)	2014-2015	2013-2014
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	1 736 007	2 070 733
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	2 777 712	1 736 007
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
Encaisse	2 777 712	1 736 007
TOTAL	2 777 712	1 736 007

VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	2014-2015	2013-2014
Débiteurs – Agence et MSSS	3 375 317	1 431 733
Autres débiteurs	(120 288)	358 248
Subvention à recevoir – réforme comptable – avantages sociaux futurs	9 951	-
Frais reportés liés aux dettes	(81 559)	(18 479)
Autres éléments d'actifs	6 392	(41 250)
Autres créditeurs et autres charges à payer	1 597 204	(772 825)
Avances en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées	(2 286 495)	2 095 256
Intérêts courus à payer	(80 870)	43 050
Revenus reportés	430 694	641 989
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	222 040	-
Autres éléments de passifs	(28 127)	262 199
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	3 044 259	3 999 921
AUTRES RENSEIGNEMENTS		
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	430 740	682 302
Intérêts :		
Intérêts créditeurs (revenus)	32 517	23 120
Intérêts encaissés (revenus)	30 576	21 951
Intérêts débiteurs (dépenses)	1 759 379	1 790 271
Intérêts déboursés (dépenses)	1 840 249	1 761 938

NOTE AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 – RÉORGANISATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1^{er} avril 2015, entraı̂nera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région sociosanitaire visée, d'un (ou de) centre(s) intégré(s) de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un (ou de) centre(s) intégré(s) universitaire(s) de santé et de services sociaux (CIUSSS), issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, le CSSS La Pommeraie a fusionné avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 – OPÉRATIONS AVEC LES FONDATIONS

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	2014-2015	2013-2014
Fondation BMP	374 368 \$	634 192 \$
Fondation Perkins	-	45 000 \$
Fondation CA Cowansville	-	1 187 \$
Fondation des Foyers Farnham	61 476 \$	13 475 \$
Fondation Lévesque-Craighead	3 426 \$	1 036 \$
Comité des bénévoles du Foyer Sutton	868 \$	5 194 \$
Auxiliaires de l'Hôpital BMP	23 000 \$	44 000 \$
TOTAL	463 138 \$	744 084 \$

NOTE 3 – GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Pour l'exercice 2014-2015, l'établissement a respecté la cible d'effectifs fixée par le ministère. Le nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2015 ne dépassait pas le nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2014.

	2014-2015	2013-2014
Heures rémunérées de janvier à mars	625 807	626 900

NOTE 4 – CONTRATS DE SERVICES

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique (1)	1	1 945 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique (2)	26	3 923 400 \$
Total des contrats de services	27	3 925 345 \$

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

Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée			
2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
T SUR LES	ÉTATS FINANC	IERS			
2011- 2012	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
T SUR LES	UNITÉS DE MES	SURE ET LES HEURES TRAVAILLÉES E	T RÉMUNÉ	RÉES	
_			CONDITION	IS DE TRAVE	AIL .
2011 -2012	С	Aucune, car directive du MSSS			NR
2011- 2012	С				NR
					NK
	2 T SUR LES 2011- 2012 T SUR LES T SUR LE R E 2012-026 ÉPENDANT 2011 -2012 2011-	(R, O ou C) 2 3 T SUR LES ÉTATS FINANC 2011- 2012 R T SUR LES UNITÉS DE MES T SUR LE RESPECT DES C LE 2012-026 OU À L'ARTICL ÉPENDANT (VÉRIFICATEU 2011 -2012 C	(R, O ou C) améliorer la problématique identifiée 2 3 4 T SUR LES ÉTATS FINANCIERS 2011- 2012 R Aucune, car directive du MSSS T SUR LES UNITÉS DE MESURE ET LES HEURES TRAVAILLÉES E T SUR LE RESPECT DES CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION EN VIO LE 2012-026 OU À L'ARTICLE 2 DU RÈGLEMENT SUR CERTAINES ÉPENDANT (VÉRIFICATEUR EXTERNE) 2011- 2011 C Aucune, car directive du MSSS	(R, O ou C) améliorer la problématique identifiée 2 3 4 T SUR LES ÉTATS FINANCIERS 2011- 2012 R Aucune, car directive du MSSS T SUR LES UNITÉS DE MESURE ET LES HEURES TRAVAILLÉES ET RÉMUNÉ T SUR LE RESPECT DES CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION EN VIGUEUR LOI LE 2012-026 OU À L'ARTICLE 2 DU RÈGLEMENT SUR CERTAINES CONDITION ÉPENDANT (VÉRIFICATEUR EXTERNE) 2011 C Aucune, car directive du MSSS	au 31 mars 2 R PR 5 6 T SUR LES ÉTATS FINANCIERS 2011- 2012 R Aucune, car directive du MSSS T SUR LES UNITÉS DE MESURE ET LES HEURES TRAVAILLÉES ET RÉMUNÉRÉES T SUR LE RESPECT DES CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION EN VIGUEUR LORS DE L'OCT LE 2012-026 OU À L'ARTICLE 2 DU RÈGLEMENT SUR CERTAINES CONDITIONS DE TRAVAILLÉEPENDANT (VÉRIFICATEUR EXTERNE) 2011 - 2012 C Aucune, car directive du MSSS

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

- 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 :

- 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.
- 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.
- 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

- 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.

 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 :

- 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.
- 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).

Centre de santé et de serv La Pommeraie	ces sociaux Code de deontologie au	u conseil d'administration
	ENGAGEMENT PERSONNE	EL .
J'ai	pris connai	issance du code de déontologie des membres du
annail d'administration	du CSSS La Pommeraie et je m'engage à m'y	y conformer.
consen a daministration (2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	
conseil a daministration (
conseil a daministration (



CLSC CHSLD

CLSC de Bedford

34, rue Saint-Joseph Bedford (Québec) J0J 1A0

Tél.: 450 248-4321 Téléc.: 450 248-7435



Centre d'hébergement de Cowansville

200, rue Principale

Cowansville (Québec) J2K 1J2

Tél.: 450 266-4342, option 3

Téléc.: 450 263-5114



CLSC de Cowansville-du sud

397, rue de la Rivière

Cowansville (Québec) J2K 1N4

Tél.: 450 266-4342, option 4

Téléc.: 450 266-7540



Centre d'hébergement de Bedford

34, rue Saint-Joseph Bedford (Québec) J0J 1A0

Tél.: 450 248-4304 Téléc.: 450 248-0564



CLSC de Farnham

660, rue Saint-Paul

Farnham (Québec) J2N 3B9

Tél.: 450 293-3622 Téléc.: 450 293-4429



Centre d'hébergement de Sutton

50, rue Western

Sutton (Québec) J0E 2K0 **Tél.:** 450 538-3332

Téléc. : 450 538-0514



CLSC de Sutton (point de chute)

33, rue Principale

Sutton (Québec) J0E 2K0

Tél.: 450 266-4342, option 4

(pour rendez-vous et information)



Centre d'hébergement de Farnham

800, rue Saint-Paul

Farnham (Québec) J2N 2K6

Tél.: 450 293-3167 Téléc.: 450 293-7878



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



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

