RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

Une équipe tournée vers l'avenir... pour des services de qualité

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Table des matières

Déclaration de fiabilité 3

Acronymes 4

Mot de la présidente-directrice générale 5

Conseil d'administration et direction générale 6
- Les communications 8
- Le conseil d'administration 9
- Le comité de vigilance et de la qualité 10

Plan d'organisation 11
- Le comité de direction 12

Communauté et services multidisciplinaires 14

Santé physique 17

Soutien à l'autonomie personnes âgées et déficience physique 19

Services médicaux, pharmaceutiques et diagnostiques 21

Amélioration continue de la qualité et sécurité des services 23
- Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) 24

Ressources humaines 25

Soutien technique et développement immobilier 26

Finances et performance 27

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 30

Conseils de personnel 31
- Conseil multidisciplinaire (CM) 31
- Conseil des infirmières et infirmiers 32

Comité des usagers 33
- Comité des résidents 33

Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog 34

Remerciements 35

Annexes 2
- Sécurité des soins et services 2014-15 2

États financiers résumés et analyse des résultats des opérations 4

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

Ce rapport de gestion a été adopté par la présidente-directrice générale du CIUSSSE-CHUS le 10 juin 2015.

Déclaration de fiabilité

À titre de présidente-directrice générale, je garantis la fiabilité des données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

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

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

Je déclare que les données contenues dans le présent document ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Acronymes

CA
Conseil d'administration

CECM
Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

CHSGS
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD
Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CII
Conseil des infirmières et infirmiers

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

CLPQ
Commissaire local aux plaintes et à la qualité

CLSC
Centre local de services communautaires

CM
Conseil multidisciplinaire

CMDP
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CSSDM
Coopérative de solidarité de services à domicile de Memphrémagog

CSSSM
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

GMF
Groupe de médecine de famille

IPS
Infirmière-praticienne spécialisée

ME
Médecin examinateur

OIIQ
Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

PCI
Prévention et contrôle des infections

RLS
Réseau local de services

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

UCDG
Unité de courte durée gériatrique

URFI
Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

UTRF
Unité transitoire de récupération fonctionnelle

Précisions

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

[1] CLSC, Urgence, service hospitalier, hébergement

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

Mot de la présidente-directrice générale

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

MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

DU 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 qui se sont joints 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 que 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 lequel 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'imprégner 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 2500 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 quinze 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.

Mme Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Conseil d'administration et direction générale

L'année 2014-2015, dernière année de notre planification stratégique 2013-2015, a été consacrée à l'actualisation des projets qui en découlaient, ce qui nous a permis de faire un bilan de nos réalisations, marquant ainsi la fin d'une autre étape importante pour notre établissement. Un constat, à l'effet qu'une proportion non négligeable des objectifs que nous nous étions fixés en 2 013 reste à atteindre, s'est imposé, mais aussi, que des avancées significatives dans plus d'un secteur d'activités ont été réalisées. La gouvernance du CSSSM a poursuivi avec détermination ses travaux visant une meilleure accessibilité à des services de proximité, l'amélioration de ses pratiques cliniques ainsi que l'optimisation de ses ressources, le tout, bien sûr, en gardant l'usager au cœur de ses préoccupations.

Le souhait de toujours mieux desservir la population a été l'élément déclencheur de l'intensification des pourparlers avec nos partenaires de la MRC de Coaticook. Cette démarche, issue d'une volonté conjointe et partagée, s'est intensifiée durant l'été 2014 et devait connaître son apogée à l'automne 2014 avec le dépôt d'un projet de fusion de nos installations, ce qui fut fait. Comme chacun le sait maintenant, le dépôt du projet de loi 10 du ministre de la Santé et des Services sociaux le 25 septembre est venu modifier le contexte dans lequel s'inscrivait notre projet de partage des ressources et nous a entraînés vers de nouveaux horizons.

D'autres changements importants, ceux-là plus structurels, sont venus marqués notre année 2014-2015. En effet, la complétion des travaux d'agrandissement de nos installations a marqué le début des travaux de rénovation des secteurs de soins et services plus désuets. L'unité d'hospitalisation de courte durée, celles à vocation gériatrique, le bloc opératoire de même que nos espaces dédiés aux services dans la communauté ont fait l'objet d'une cure de rajeunissement permettant ainsi, à l'exception de quelques secteurs encore en travaux de réfection, de compléter la mise à niveau de nos installations. Nous sommes maintenant fiers de vous accueillir dans un établissement conforme aux normes de qualité les plus élevées.

- La qualité n'étant pas l'apanage des ressources matérielles, nous avons aussi investi, de façon importante, au niveau de la qualité des pratiques cliniques, ce qui nous a d'ailleurs permis d'obtenir la reconduction de notre certification d'Agrément Canada, avec une amélioration notable de nos résultats, ainsi que d'obtenir une nouvelle certification en tant qu'établissement « Amis des bébés ». La rigueur et l'engagement de nos intervenants, médecins et gestionnaires sont certainement à l'origine de ces belles réussites, sources de grande fierté.

L'année 2014-15 a marqué un virage important dans l'histoire du CSSSM, lequel, comme tous ses partenaires estriens, s'apprête à prendre son envol sous une nouvelle gouverne dans un objectif de toujours mieux répondre aux besoins de la population. Ce fut un plaisir et un honneur pour nous, directeurs et administrateurs, de s'assurer conjointement de la disponibilité et de la qualité des services qui sont offerts, mais aussi, d'exercer une vigie constante quant à la pertinence de l'utilisation de nos ressources collectives en santé.

Jacques Juby
Président du conseil d'administration

Sylvie Moreault
Directrice générale intérimaire

Les réalisations majeures en 2014-15

- La complétion des rénovations de l'unité d'hospitalisation, des services gériatriques, du Bloc opératoire et des services dans le milieu.
- L'ouverture de nouveaux lits d'hébergement en soins de longue durée, passant de 174 lits à 182 lits au 31 mars 2015. Le déploiement des 12 derniers lits débutera en avril 2015.
- La consolidation de notre unité de soins palliatifs par l'ouverture de 2 lits supplémentaires portant le total à 8 lits (à finaliser en avril 2015).
- La mise en œuvre du projet de démarche d'analyse de fusion potentielle entre le CSSS de Memphrémagog et le CSSS de la MRC-de-Coaticook, lequel a pris fin au 25 septembre 2014.
- Le maintien de notre desserte locale en chirurgie.
- La suspension temporaire de notre démarche de développement des services ambulatoires en oncologie dans l'attente des orientations découlant de la réorganisation du réseau.
- L'Agrément de notre établissement et le suivi des recommandations qui en ont découlé.
- La réalisation des travaux d'analyse préalables à l'implantation d'une gestion intégrée des risques dans l'établissement.
- La poursuite de notre migration vers une culture de performance.
- Le recrutement de ressources médicales ouvertes à la prise en charge de notre population en 1re ligne.
- La consolidation par des ententes formalisées de notre desserte en soins spécialisés (médecine interne, gastroentérologie, psychiatrie).

Les communications

Les faits saillants

Les reportages télévisuels

- Participation bimensuelle à l'émission d'actualités de la télé communautaire « On jase avec Pélo » dans le cadre de chroniques d'information ayant porté sur :
- la semaine nationale de promotion de la vaccination;
- la sensibilisation au développement des communautés et la contribution du CSSSM à l'essor socio-économique de la communauté;
- les changements de comportements cognitifs chez nos proches vieillissants;
- la promotion de saines habitudes de vie au quotidien.

Les relations de presse

- Une résolution d'intention de fusion volontaire pour les CSSS de Memphrémagog et de la MRC-de-Coaticook
- Le CSSS de Memphrémagog au cœur d'une transformation majeure du réseau SSS
- L'atteinte de nos objectifs d'embauche 2014
- Le CSSS de Memphrémagog reçoit deux accréditations pour la qualité de ses services
- La Maison La Traversée… une ressource attendue en santé mentale!

Les relations publiques

- Un moment privilégié annuel avec l'équipe de direction et les administrateurs de votre établissement de santé - 28 octobre 2014
- Activité de reconnaissance des membres du conseil d'administration - 10 février 2015

Le net

- Ouverture de compte Twitter et YouTube

Le conseil d'administration

ADMINISTRATEURS :

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

Le code d'éthique et de déontologie

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

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

Mécanismes d'application

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

Mécanisme de révision

- Les modalités de révision du code d'éthique et de déontologie des administrateurs appartiendront à la gouvernance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS à compter de l'année 2015-2016.
- Au 31 mars 2015, nous sommes en mesure d'affirmer que tous les administrateurs du CSSSM se sont volontairement engagés au respect du code d'éthique et de déontologie en vigueur et qu'aucune situation de manquement à ce dernier n'a été signalée ou traitée au cours de l'année 2014-2015.

À titre posthume, nous rendons hommage à monsieur Pierre Racicot

Nous profitons de l'opportunité pour souligner la contribution exceptionnelle de monsieur Pierre Racicot, décédé le 28 mars 2015, lequel a contribué pendant 4 années au développement de notre établissement.

Le comité de vigilance et de la qualité

MEMBRES :

Jean-Noël Ouellet
Jacques Juby
Isabelle Duclos
Lise Gosselin
Normand Bernier
Sylvie Moreault

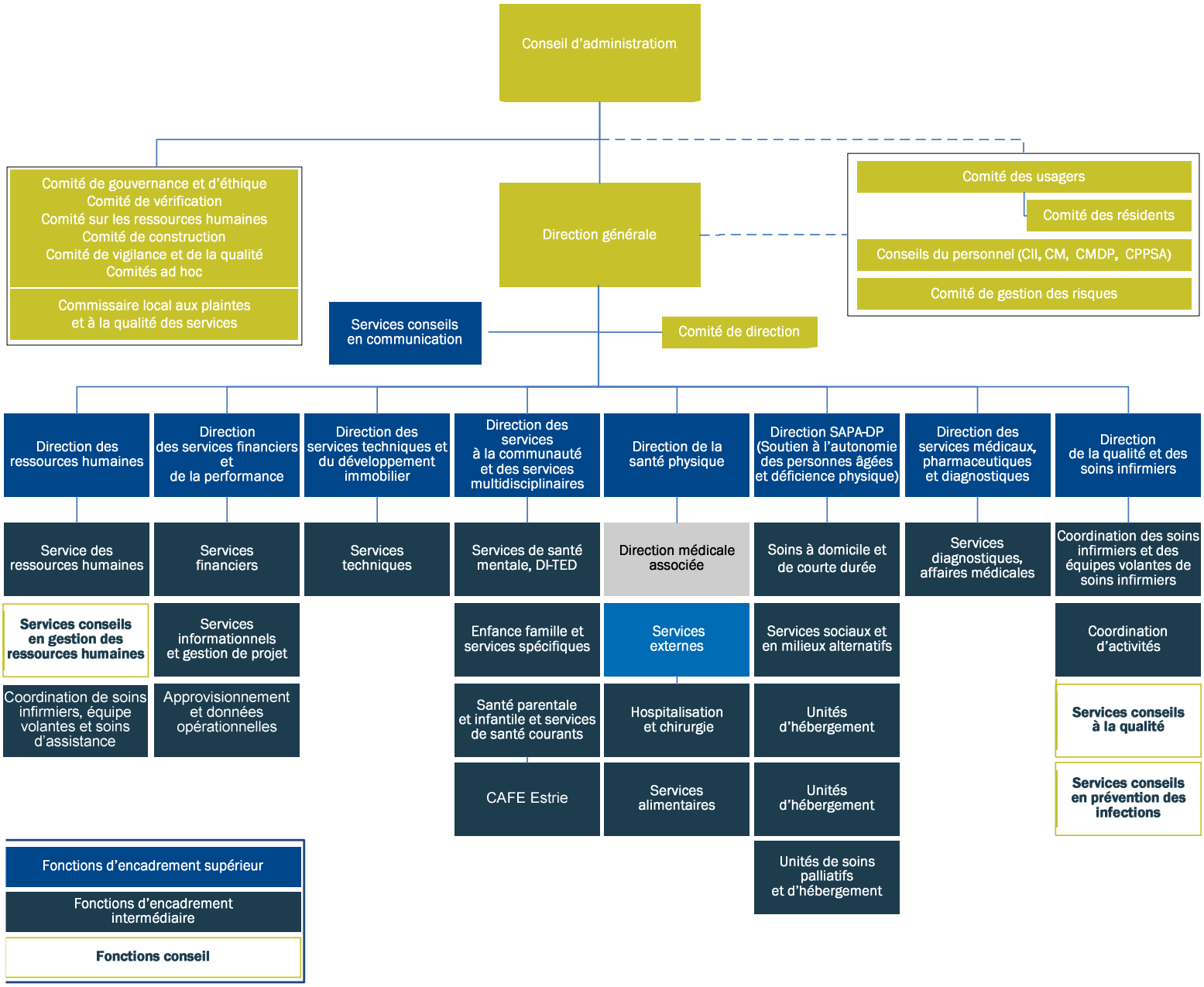
Conformément à son mandat, le comité a reçu et analysé différents rapports portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité, l'accessibilité et l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes lors des 5 rencontres au calendrier 2014-2015.

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

Le comité a reçu le rapport de la visite d'Agrément Canada qui s'est déroulée en juin 2014 et a suivi les travaux relatifs au maintien du statut agréé de l'établissement. Une attention particulière a été portée aux actions découlant des recommandations qui avaient été formulées l'année précédente au conseil d'administration au regard des travaux de construction de la nouvelle partie de l'unité d'hospitalisation du 6e étage, de l'application de la *Loi sur le tabac*, de la gestion des produits dangereux, ainsi que de l'accueil des usagers sans médecin de famille se présentant à l'urgence.

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

Plan d'organisation



Le comité de direction

La dernière année a aussi été le théâtre du départ de plusieurs gestionnaires, lesquels ont quitté l'organisation par choix personnels et professionnels. En raison du contexte dicté par la *Loi modifiant organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, les fonctions associées aux postes vacants ont été assumées de façon intérimaire ou en cumul de tâches par les gestionnaires présents dans l'organisation.

- Sylvie Moreault - directrice générale intérimaire
- Chantal Pellerin - directrice des ressources humaines par intérim
- Julie Tremblay - directrice des services financiers et de la performance
- Pierre Boucher - directeur des services techniques et du développement immobilier
- Alexandre Massicotte - directeur des services à la communauté et des services multidisciplinaires
- Isabel Juby - directrice adjointe de la santé physique par intérim
- Marie-Josée Bertrand - directrice soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique par intérim
- D^re^ Édith Grégoire - directrice des services médicaux, pharmaceutiques et diagnostiques et mandat intérimaire de la direction de la santé physique par intérim
- Lise St-Pierre - directrice de la qualité et des soins infirmiers

Notre mission

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

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

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

Une équipe engagée envers sa population

Les valeurs guidant nos interventions

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

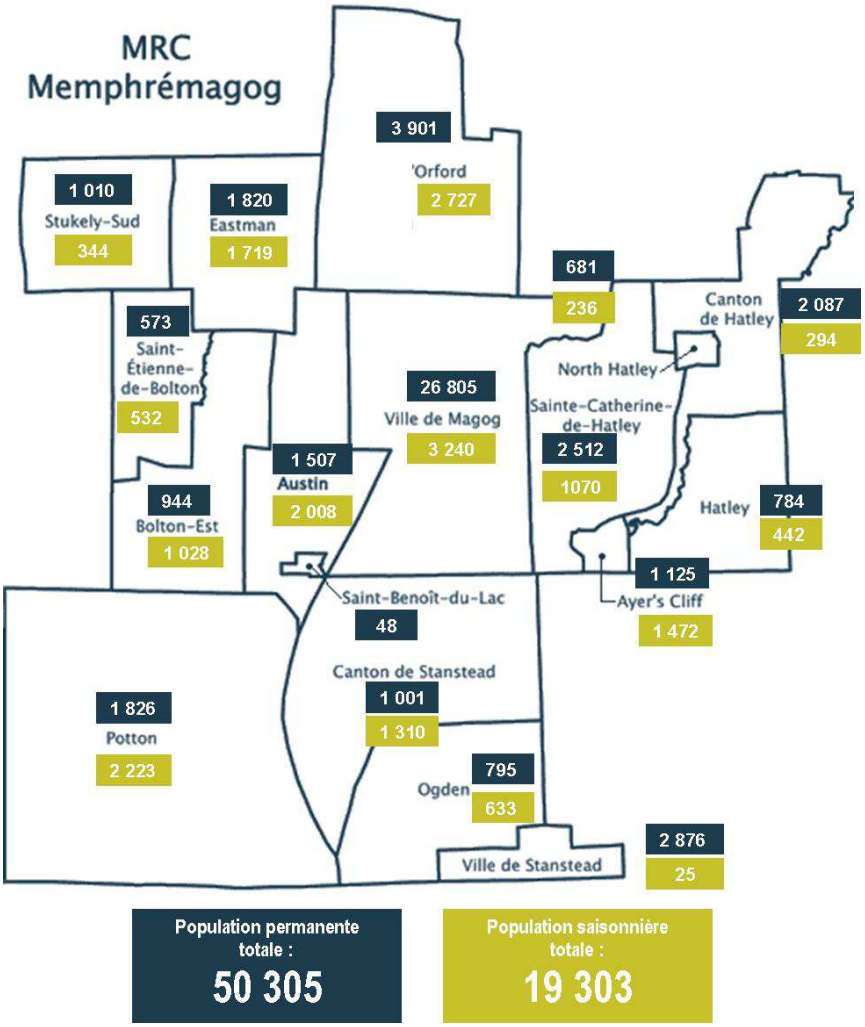
Notre réseau local de services

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

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

Le territoire

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



Communauté et services multidisciplinaires

Pour la population générale et la clientèle vulnérable
[déficience intellectuelle (DI), troubles du spectre de l'autisme (TSA), jeunes en difficulté, dépendances (alcool, drogue, médicaments, jeu pathologique) et santé mentale]

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

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

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

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

Dépistage, examens et contrôle des facteurs de risque

Traitement et réadaptation visant le contrôle de la maladie chronique

Guichet d'accès à un médecin de famille

Évaluation des besoins psychosociaux ou de santé, orientation et référence

Intervention en situation de crise

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

Services en organisation communautaire (Étude du milieu, sensibilisation et conscientisation du milieu, support aux ressources existantes et aux regroupements de citoyens, création de nouvelles ressources, concertation et mobilisation des ressources du milieu, soutien à la représentation socio-politique)

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

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

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

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

Clinique des jeunes

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

Support à domicile par des auxiliaires familiales

Services de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale

Vaccination

Quelques statistiques annuelles

- 771 usagers ont été vus au programme de santé mentale de 1re ligne.
- 601 adultes ont reçu des services psychosociaux généraux.
- 838 jeunes en difficulté et leurs familles ont bénéficié en moyenne de 6,1 interventions de l'équipe du CLSC.
- 5 394 personnes ont reçu des services ponctuels de santé courants en CLSC ou à domicile (ex. : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie), soit l'équivalent de 24 335 interventions.
- Dans le cadre du programme des maladies chroniques et saines habitudes de vie :
  - 134 usagers ont été suivis par le programme de diabète;
  - 168 usagers ont été inscrits en réadaptation cardiaque et 55 usagers en insuffisance cardiaque;
  - 195 interventions individuelles en promotion de saines habitudes de vie de type « counselling » (tabac-alimentation-activité physique) ont été effectuées et 28 activités de groupe;
  - 210 usagers inscrits au tronc commun en maladies chroniques.

Les réalisations

L'accès à un médecin de famille… la situation

En 2014-2015, 1 350 personnes inscrites au guichet d'accès du CSSSM ont obtenu un rendez-vous avec un médecin de famille, selon les critères de priorisation, de priorité 1 (plus urgent) à priorité 5 (moins urgent).

- P1 : 101 en moins de 30 jours et 109 en plus de 30 jours
- P2 : 50 en moins de 90 jours et 283 en plus de 90 jours
- P3 : 21 en moins de 180 jours et 222 en plus de 180 jours
- P4 : 33 en moins de 365 jours et 244 en plus de 365 jours
- P5 : 287 en moins de 3ans

Au 31 mars 2015, 5 296 personnes étaient en attente d'un médecin de famille et 141 autres étaient en attente d'une évaluation du niveau de priorité de leur demande, et ce, en dépit des actions posées visant à améliorer l'accès aux médecins de famille.

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

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

Autres réalisations majeures

- Augmentation de l'utilisation des plans de services individualisés (PSI) auprès de la clientèle en santé mentale
- Implantation d'un nouveau modèle d'organisation de services relativement aux maladies chroniques.
- Développement d'un projet paritaire d'organisation du travail de l'équipe offrant un suivi d'intensité variable en santé mentale (ex. : analyse des conditions de la pratique professionnelle auprès de la clientèle)
- Travaux réalisés en vue de déployer les services du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) au niveau local, avec mise en place prévue en avril 2015.
- Soutien à l'ouverture de la Maison Soleil dans le Canton de Potton, modèle novateur pour la clientèle adulte vivant avec une déficience intellectuelle
- Collaboration avec la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog dans la mise en place d'un fonds pour supporter des projets des partenaires du réseau local de services en lien avec la mission du CSSSM.
- Mise en place d'activités de jour pour la clientèle en TSA-DI, 21 ans et plus, à raison de 5 jours semaines de juin à août.
- Développement d'un nouveau partenariat avec l'éducation des adultes pour des activités de jour en santé mentale.
- Obtention d'un certificat honorifique « Opération Bons coups » de l'AQESSS pour tout le travail du CSSS de Memphrémagog dans la mobilisation contre les pertes d'emplois des dernières années

- Finaliste aux Gala de la Chambre de commerce Magog-Orford pour le Prix Omer dans la catégorie Engagement socio-économique en lien avec le soutien aux chômeurs et à la situation socio-économique

- Consolidation de l'approche pour les familles qui vivent en contexte de négligence « Parent'Aise », entre autre par la bonification de l'offre de service de groupe.
- Renouvellement des protocoles d'entente avec les CPE du territoire.
- Mise en place de multiples projets dans la communauté en prévention du jeu pathologique.
- Réalisation à 100 % des plans de services individualisés (PSI) dans l'équipe d'intervention jeunesse (EIJ).

Actions favorisant l'accessibilité aux services en langue anglaise

- Tout le personnel de la direction doit avoir une compétence minimale de 3,5/5 en anglais
- Mise en place d'un projet d'adaptation des services de santé et des services sociaux pour les personnes d'expression anglaise en collaboration avec le Community Health and Social services network (CHSSN)
- Plusieurs intervenants sont complètement bilingues
- Travaux amorcés avec la commission scolaire Eastern Townships afin de consolider le partenariat et l'offre de service aux élèves des écoles anglophones

Santé physique

Urgence 24/7

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

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

Dépistage, examens et contrôle des facteurs de risque

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

Bloc opératoire

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

Unité de soins aigus en centre hospitalier (31 lits incluant 3 lits de soins intensifs)

Services des archives, Accueil, Admission et Téléphonie

Service alimentaire

Quelques statistiques annuelles

- Le personnel de l'urgence a reçu 28 075 visiteurs. La durée moyenne de séjour sur civière est de 11,75 heures et de 15,87 heures pour les personnes de 75 ans et plus. Le délai moyen d'attente à l'urgence est de 2,97 heures
- 14 768 usagers ont reçu des services en Cliniques externes
- 236 personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ont reçu des services du CLSC.
- 1 002 chirurgies d'un jour ont été pratiquées en cours d'année, 30 chirurgies de la prothèse du genou et 240 chirurgies de la cataracte, 62 chirurgies en dentisterie. De plus, l'établissement a pratiqué 304 chirurgies dans un contexte d'entente de partenariat avec le CHUS.
- L'Endoscopie a accueilli 1 427 visiteurs.
- La durée moyenne de séjour à l'unité d'hospitalisation est de 7 jours et le taux d'occupation des lits est de 92,3 %
- 327 815 repas ont été préparés pour les résidents et à la clientèle hospitalisée par le personnel du Service alimentaire.

Les réalisations

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en courte durée (AAPA) et à l'urgence
- Réalisation d'un projet d'optimisation à l'admission, réduisant de façon marquée les délais d'attente

Autres réalisations majeures

- Appropriation des espaces réaménagés à l'unité d'hospitalisation.
- Travaux de collaboration avec la Direction de la qualité et des soins infirmiers pour réduire ou éliminer le temps supplémentaire obligatoire à l'urgence
- Travaux de collaboration pour réduire les délais de complétion des ECG urgents à l'urgence et à l'unité de soins de courte durée
- Rédaction d'une procédure pour améliorer l'application de la politique régionale de transport
- Mise en place d'un programme d'assurance qualité à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (stérilisation).
- Mise en place d'un plan d'action pour la surveillance de l'oxygénothérapie, la réduction des chutes et des fugues à l'urgence et à l'unité de soins de courte durée
- Consolidation des activités de la centrale de rendez-vous
- Développement d'une entente de partenariat avec Pro-Cœur, organisme de la communauté, dans le cadre de l'implantation d'un nouveau programme en réadaptation pulmonaire Pro-AIR
- Finalisation de l'implantation de la politique alimentaire
- Consolidation de la culture de collaboration interprofessionnelle.
- Amélioration de la fluidité de la trajectoire du service de chirurgie : réception de la clientèle en clinique préparatoire à la chirurgie immédiatement après sa visite en cliniques externes.

Soutien à l'autonomie personnes âgées et déficience physique

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

Centre de jour (Magog, Mansonville et Stanstead)

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

Répit aux proches aidants et convalescence

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

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

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

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

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

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

Quelques statistiques annuelles

- Le personnel des soins palliatifs est intervenu auprès de 181 usagers à domicile qui ont reçu en moyenne 34,8 interventions chacun.
- 134 usagers ont séjourné à l'unité de soins palliatifs, pour une moyenne de séjour de 14 jours. Le taux d'occupation à l'unité fut de 83 %.
- 1 605 usagers ont reçu une moyenne de 42,3 interventions en soutien à domicile après un délai d'attente moyen de 21,2 jours.
- 63 proches aidants ont bénéficié de services de soutien totalisant 6 291 heures de répit.

Les réalisations

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Complétion du projet Lean en lien avec la gestion des documents électroniques en ergothérapie et poursuite de la hiérarchisation des services.
- Regroupement de l'ensemble des intervenants de l'équipe du soutien à domicile suite à la rénovation des locaux de l'ancienne partie au 4e étage.

Autres réalisations majeures

- Amélioration du taux de pénétration[3] des services de soutien à domicile auprès de la population.
- Élaboration des prérequis pour consolider notre partenariat avec l'équipe médicale des GMF.
- Utilisation complète de l'enveloppe budgétaire dédiée aux mesures de soutien financier pour les aînés en résidence, lesquelles ont rejoint 49 usagers.
- Consolidation des services dédiés aux aînés dans la communauté dans le cadre des budgets de développement alloués en 2014-2015.
- Consolidation de notre nouvelle offre de service concernant l'évaluation de la sécurité aux transferts et déplacements pour les usagers en résidences privées. Plus de 170 usagers ont pu en bénéficier.
- Actualisation d'une partie du plan d'amélioration de la qualité du milieu de vie en CHSLD (échéance décembre 2015), 53 % des objectifs étaient réalisés lors de la visite de suivi en décembre 2014.
- Développement de 8 nouveaux lits en CHSLD pour un total de 182 lits.
- Les cadres de référence en gériatrie active pour l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (l'UTRF) ont été adoptés.
- Poursuite du développement et la consolidation des pratiques collaboratives internes et externes (interdisciplinarité, patient partenaire, implication des partenaires de la communauté) avec entre autres une nouvelle entente de partenariat avec l'équipe Ressources-Relais pour le dépistage et l'accompagnement des personnes aînées vulnérables.

En voie de finalisation

- Ajouts des 12 derniers lits d'hébergement pour un total de 194 lits
- Ajouts de 2 lits à l'unité de soins palliatifs pour un total de 8 lits.

[3] Pourcentage de personnes âgées rejointes sur le territoire

Services médicaux, pharmaceutiques et diagnostiques

- En 2014-15, le CSSSM comptait 42 omnipraticiens, 82 spécialistes, 3 dentistes et 8 pharmaciens.
- En cours d'année, 3 omnipraticiens et 1 spécialiste et 2 pharmaciens ont quitté, mais 6 omnipraticiens, 2 spécialistes et 2 pharmaciens ont été recrutés.

Services médicaux

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

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

Services pharmaceutiques

Services pharmacologiques (clientèle de tous les secteurs du CSSSM)

Clinique d'anticoagulothérapie (coumadin)

Services diagnostiques

Centre de prélèvement (sans rendez-vous)

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

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

Quelques statistiques annuelles

- Le personnel du centre de prélèvement a accueilli 52 505 visiteurs et a effectué 592 747 procédures de laboratoire
- 35 343 examens en imagerie médicale ont été réalisés, dont 4 253 CT-Scan
- 12 208 usagers ont bénéficié de services en électrophysiologie (électrocardiogrammes, épreuves d'effort, monitorage de tension artérielle)
- 92 nouveaux clients inscrits à la clinique d'anticoagulothérapie pour un suivi annuel, portant le total à 650 clients

Les réalisations

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Accueil de quatre nouveaux omnipraticiens, d'un psychiatre et d'un chirurgien général
- Recrutement de trois omnipraticiens pour l'automne 2015
- Négociation avec le CHUS d'ententes de services en médecine interne, en psychiatrie et en gastro-entérologie
- Rédaction de procédures et politiques en lien avec l'agrément
- Poursuite des travaux du comité de responsabilité populationnelle visant l'amélioration de l'accès aux services médicaux de 1re ligne

Autres réalisations majeures

- Participation aux travaux provinciaux Optilab (régionalisation des laboratoires).
- Réduction des délais d'attente en échographie cardiaque
- Ajout d'une garde en disponibilité au CT-Scan
- Augmentation du nombre total d'examens réalisés en imagerie diagnostique, incluant le CT-Scan
- Implantation du logiciel LBX WEB au laboratoire.
- Signature d'une entente avec le CHUS pour permettre l'accès à distance du dossier clinique informatisé pour certaines clientèles sur autorisation de l'usager
- Atteinte des cibles de recrutement en ressources professionnelles pour la pharmacie.
- Signature d'une entente de services avec le CSSS de la MRC-de-Coaticook et déploiement de services pharmaceutiques avec distribution unitaire dans cette MRC sous la gouverne du CSSSM.
- Visite de l'Ordre des pharmaciens du Québec et du Vérificateur général du Québec en pharmacie (visite des sites de préparation des produits stériles)
- Implantation des cabinets à médicaments automatisés à l'urgence et à l'unité d'hospitalisation

Amélioration continue de la qualité et sécurité des services

1 900 rapports d'incidents/accidents ont été dénombrés, dont 45 ayant nécessité une analyse détaillée

Les réalisations

Pratiques professionnelles

- Soutien des équipes dans les projets d'évaluation des pratiques visant l'optimisation des compétences des intervenants et l'amélioration de la qualité des soins et services.
- Poursuite de l'actualisation de la démarche d'évaluation et de soutien au développement des compétences.
- Poursuite de l'intégration de la Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé et des relations humaines en lien avec les rôles des différents professionnels.
- Consolidation des actions du plan d'amélioration suite à l'inspection professionnelle des infirmières.
- Mise en place d'une démarche visant le renforcement du leadership infirmier des assistantes infirmières-chefs et des infirmières par le biais de formations et de « coaching ».

AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE (ACQ)

Cycle quadriennal 2014-2018 d'Agrément Canada – CQA

- Poursuite de l'implantation de la culture d'amélioration continue de la qualité, notamment par la conception et l'adoption d'une politique et l'accueil des visiteurs d'Agrément Canada, en juin 2014, donnant suite au statut agréé de l'établissement.
- Maintien du statut d'établissement agréé par la réalisation des actions prévues au plan d'amélioration continue de la qualité quadriennal de l'établissement suite à la visite et par la transmission des preuves de conformité au moment requis.
- Évaluation de la satisfaction de la clientèle du CSSSM à l'égard des soins et services reçus. Des sondages ont notamment été réalisés au sein de la direction SAPA-DP.

Gestions des risques

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

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

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

Les faits saillants

Au cours de l'année 2014-2015, le Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a traité 86 dossiers. Il s'agit d'une augmentation significative par rapport aux années antérieures. Les relations interpersonnelles sont le motif de plainte le plus souvent invoqué cette année. Il représente 38 % des plaintes reçues comparativement à 2013-14, où les plaintes en lien avec l'accessibilité étaient prépondérantes à 36 %. Nous pouvons constater une belle amélioration à ce niveau. Toutefois, la catégorie des soins et services dispensés est en augmentation, en ayant reçu 28 % des insatisfactions des plaignants.

Par ailleurs, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que la CLPQS doit faire des activités de promotion et d'information en lien avec les droits des usagers et le régime d'examen des plaintes. La participation à différents comités, rencontres diverses et conférences fait partie intégrante du mandat de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Voici donc quelques exemples des activités de la dernière année :

- 1 présence au Conseil d'administration;
- 4 rencontres au comité de vigilance et de la qualité;
- 7 rencontres à la Table régionale des commissaires;
- Participation à diverses rencontres avec des gestionnaires sur certaines problématiques;
- Diverses formations :
  Colloque sur les droits des usagers;
  Gestion de l'agressivité;
  Mourir dans la dignité;
  Séminaire à Québec (3 jours) pour les commissaires : être et agir de façon indépendante.

Nombre de plaintes par motif	CLPQ	ME
Accessibilité des services	8	1
Aspect financier	6	0
Autres (Droits particuliers)	4	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	8	0
Relations interpersonnelles	27	6
Soins et services dispensés	21	3
Total*	**74**	**10**

*Veuillez noter qu'une plainte peut comprendre plus d'un motif

Traitement des dossiers de plainte	CLQP	ME
Centre hospitalier	37	11
CLSC	8	1
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	2	0
Total	**47**	**12**

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

Ressources humaines

En 2014-15, le CSSSM comptait sur l'implication de plus de 1 000 employés, 135 omnipraticiens, spécialistes, consultants et dentistes et plus de 200 bénévoles actifs.

EFFECTIFS DE L'ETABLISSEMENT EN EQUIVALENT TEMPS COMPLET (ETC)

	CADRES		EMPLOYÉS		TOTAL	
	2013-14	2014-15	2013-14	2014-15	2013-14	2014-15
Temps complet	29	26	432	438	461	464
Temps partiel (en ETC)	3,10	2,36	197,55	212,51	200,65	214,87
Stabilité/sécurité d'emploi	0	0	0	0	0	0
Occasionnel (en ETC) (heures rémunérées)	2,64 4 796,75	2,24 4 069,84	85,29 159 434,00	82,77 154 003,53	87,93	85,01

Les réalisations

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Révision du processus d'appréciation du rendement.
- Optimisation complète du processus de la gestion des horaires (planification/quotidien).
- Actualisation complète du projet PRASE (Paie, rémunération, avantages sociaux Estrie).
- Élaboration d'un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ).
- Actualisation d'un groupe de développement en communication et leadership en accompagnements de nos gestionnaires.

Autres réalisations majeures

- Informatisation de l'expression de la disponibilité de notre personnel – Mode Web.
- Réalisation de 293 entrevues afin de sélectionner 120 nouveaux employés.
- Affichage de 250 postes permanents.

Soutien technique et développement immobilier

Quelques Statistiques

- 2 247 interventions ont été réalisées par l'équipe de l'hygiène et salubrité à la suite de départs et transferts de clientèle et lors de désinfections
- Plus de 5 000 requêtes d'interventions préventives et correctives complétées par l'équipe des installations matérielles

Les réalisations

En lien avec la planification stratégique 2013-2015

- Rénovation complétée des niveaux 4, 5 et 6 représentant un projet de 3 M$
- Rénovation complète du niveau 6 (unités d'hospitalisation et de chirurgie) incluant les systèmes architecturaux, mécaniques, électriques, gicleurs, gaz médicaux, appel de garde, ventilation, fenestration
- Rénovation complète du secteur de retraitement des dispositifs médicaux, locaux stériles, salle d'attente du bloc opératoire et autres locaux de service du secteur adjacent au bloc opératoire
- Finalisation de la réfection et des réparations de l'enveloppe extérieure de l'hébergement 1 incluant la réfection complète de la toiture
- Réaménagement des locaux de service et du poste de garde de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG)
- Continuité de la rénovation et de remplacement des systèmes mécaniques, électriques et architecturaux pour une valeur de plus de 600 000 $
- Préparation des plans et devis nécessaires à la rénovation des niveaux 4 et 5, un projet de plus de 1 M$, afin de compléter les installations de gicleurs, ventilation, systèmes électriques
- Complétion des installations nécessaires à l'ouverture de 10 lits d'hébergement supplémentaires en CHSLD

Autres réalisations majeures

- Rénovation du niveau 8 afin d'accueillir le personnel de la Direction des ressources humaines à l'intérieur du bâtiment principal.
- Poursuite de la rénovation et du remplacement des systèmes mécaniques, électriques et architecturaux.
- Préparation des plans et devis pour l'installation des équipements permettant la redondance mécanique et électrique des équipements de production de froid
- Révision et mise à jour du plan de sécurité civile en conformité du nouveau plan ministériel et poursuite de la formation du personnel.
- Mise en place d'un projet pilote de gestion des matières résiduelles produites par le CSSSM en collaboration avec la MRC.
- Mise en place des solutions de réduction de consommation de gaz naturel permettant des économies d'énergie et de réduction des gaz à effets de serre
- Révision du plan de mesures d'urgence de l'établissement et formation du personnel
- Révision du *Guide d'intervention en mesure d'urgence* (codes d'interventions spécifiques)
- Révision exhaustive de la procédure du code orange en préparation d'une potentielle arrivée massive de blessés

Finances et performance

Les réalisations

EN LIEN AVEC LA PLANIFICATION STRATEGIQUE 2013-2015

Services informationnels

- Participation active aux différents chantiers régionaux tels que le déploiement du dossier patient électronique en CSSS, optimisation des technologies de l'information (client léger, regroupement en centre de traitement, téléphonie, courrier électronique) et le plan d'organisation de la Direction régionale des ressources informationnelles et des technologies.
- Réalisation des travaux d'infrastructure de réseau et de télécommunication en soutien au projet de rénovation et de relocalisation temporaire ou permanente du personnel

Bureau de performance

- Poursuite de l'implantation d'une culture de performance dans l'établissement
- Poursuite des projets d'amélioration des processus de travail (accueil/admission, centrale de rendez-vous/secrétariat, clientèle sans médecins de famille, liste de rappel, SAD)

AUTRES REALISATIONS MAJEURES

Services informationnels

- Participation à différents projets de déploiement cliniques ou administratifs tels que le remplacement du système de gestion documentaire, l'intranet, les cabinets décentralisés de médicaments, numérisation des ordonnances, etc.
- Migration complétée du parc informatique au système d'exploitation Windows 7 et à la suite bureautique Office 2010.

Services de génie biomédical

- Remplacement des équipements médicaux stratégiques à risque (fin de durée de vie active)
- Déploiement des équipements médicaux requis pour le projet de rénovation

Services financiers

- Maintien de l'équilibre budgétaire malgré un contexte économique plus contraignant
- Suivi rigoureux du budget de l'établissement et soutien aux gestionnaires (budget décentralisé)
- Poursuite du déploiement d'une culture d'amélioration continue (formation, support aux gestionnaires) et consolidation des projets d'amélioration en cours.

CONTRATS ET SERVICES

CONTRATS DE SERVICE, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 $ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1ER JANVIER 2015 ET LE 31 MARS 2015

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique[4]	0	N/A
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique[5]	0	N/A
Total des contrats de service	**0**	**N/A**

ÉTAT DES RESULTATS

	Exercice terminé le 31 mars 2014		Exercice terminé le 31 mars 2015	
	Exploitation ($)	Immobilisations ($)	Exploitation ($)	Immobilisations ($)
Revenus				
Agence et MSSS	61 645 158	1 596 711	62 462 545	2 422 028
Contributions des usagers	3 737 385		3 767 198	
Ventes de services et recouvrements	560 808		622 338	
Autres	997 725	687 729	937 787	354 962
Total des revenus	**66 941 076**	**2 284 440**	**67 789 868**	**2 776 990**
Charges				
Salariales, avantages sociaux et charges sociales	(48 349 226)		(50 653 330)	
Fournitures et autres charges	(17 530 721)	(2 433 797)	(16 869 826)	(3 032 237)
Total des charges	(65 879 947)	(2 433 797)	(67 523 156)	(3 032 237)
Surplus (déficit) de l'exercice	**1 061 129**	**(149 357)**	**266 712**	**(255 247)**

[4] Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non
[5] Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

GESTION ET CONTROLE DES EFFECTIFS

Le CSSS de Memphrémagog s'inscrit dans l'application et le respect de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs qui a comme cible de maintenir en 2015 les heures rémunérées de 2014, et ce par catégorie d'emploi.

Le nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2015 est plus élevé que le nombre d'heures rémunérées pour les mêmes mois de 2014.

Cet écart à la cible s'explique par l'ouverture progressive des derniers lits de soins de longue durée suite à l'agrandissement de l'établissement concrétisé en 2010, et qui a permis depuis l'ajout de 72 lits (personnel infirmier, personnel d'entretien, PAB). De plus, les budgets de développement obtenus au cours des dernières années pour le soutien aux personnes en perte d'autonomie ont été complètement actualisés au cours de l'exercice 2014-2015 (personnel professionnel, personnel infirmier, personnel technique et assimilé).

Enfin, les secteurs de l'urgence et des soins aigus ont connu une occupation plus élevée que par les années passées (clientèle plus âgée nécessitant une intensité de soins plus importante), en plus d'une augmentation des constances, ce qui a demandé plus de ressources humaines (personnel infirmier, PAB).

Les mesures suivantes seront mises en place pour respecter la cible:

- la réorganisation des services administratifs et de soutien permettant de réduire le nombre d'heure dédié ces fonctions ;
- une répartition des ressources humaines en salle d'urgence mieux adaptée à la courbe des volumes d'activités ;
- une stabilisation des ressources humaines dans les secteurs où il y a eu un développement significatif dans les dernières années ;
- un réajustement des ratios heures/présence dans les secteurs où la performance de l'établissement est défavorable en regard de nos comparables.

Catégorie d'emploi	Janvier à mars 2014 (heures)	Janvier à mars 2015 (heures)	Écart (heures)
1 - Personnel d'encadrement	18 108	15 954	- 2 154 (- 11,9%)
2 - Personnel professionnel	55 138	58 696	+ 3 558 (+ 6,5%)
3 - Personnel infirmier	113 815	118 147	+ 4 332 (+ 3,8%)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	168 363	171 986	+ 3 623 (+ 2,2%)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	34 838	35 711	+ 873 (+ 2,5%)
6 - Étudiants et stagiaires	66	14	- 52 (- 78,6%)
Total	**390 328**	**400 507**	**+ 10 179 (+ 2,6%)**

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

MEMBRES

Dr Yves Arcand, président
Dr Mario Wilhelmy, vice-président
Dr Louis Dufort, secrétaire-trésorier
Dre Édith Grégoire, DSP
Dr Benoît Carignan, conseiller - hébergement
Dre Marilyne Dang, conseillère – hospitalier
Dre Karine Émond, conseillère – CLSC
Dr John Robb, conseiller - spécialités
Madame Armelle Apter, conseillère - pharmacie
Madame Sylvie Moreault, directrice générale intérimaire

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

- 10 demandes de nominations et 6 démissions de médecins et pharmaciens ont été traitées
- Ajout d'un département de radiologie au plan d'organisation

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

- Révision de plusieurs guides d'utilisation de médicaments (Fer par voie parentérale, Naloxone)
- Adoption de nouveaux guides de médicaments (Kétamine pour sédation et analgésie procédurales, succinylcholine, rocuronium, médicaments utilisés en réanimation pédiatrique, antibioprophylaxie de l'endocardite bactérienne)
- Adoption d'ordonnances collectives [contraception hormonale ou stérilet, Naloxone, Inhibiteur de la pompe à proton (IPP), benzodiazépine, diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle, suivi des résultats de mammographie de dépistage du cancer du sein (PQDCS)].
- Ajout de médicaments au formulaire de l'établissement (dexilant, onbrez, intralipid,)
- Diffusion des avis de pharmacovigilance sur quelques médicaments

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

Les principales études effectuées :

- tenue de dossiers en chirurgie d'un jour;
- utilisation des biphosphonates
- complétion des fiches de référence à l'urgence

Les recommandations requises ont été formulées.

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

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

Les recommandations ont été transmises à tous les médecins.

Comité de prévention des infections

Les principaux points discutés :

- éclosion : quatre éclosions en même temps sur trois étages d'unité d'hébergement en février 2015 : mesures mises en place;
- pertinence de poursuivre l'ajustement de masque N-95 pour le personnel soignant de l'établissement et priorisation;
- campagne de vaccination : influenza 2014-2015;
- épidémie Ébola : déploiement des mesures de prévention
- légionellose : état de situation et suivi des risques potentiels

Conseils de personnel
Conseil multidisciplinaire (CM)

MEMBRES :

Marie-Andrée Périgny, présidente
Jean Ouellet, vice-président
Josée Fortin, secrétaire
Sylvain Laprise, agent de communication
Diane Chagnon, François Lebeau, Sylvie Moreault, Alexandre Massicotte

Bilan des activités

- Organisation d'un lac-à-l'épaule.
- Exercice de vigie sur les politiques touchant les pratiques professionnelles dans l'établissement selon les priorités et orientations ministérielles.
- Stimulation de la participation des membres en lien avec la qualité des services.
- Poursuite et consolidation des contacts avec les autres conseils professionnels (CPPSA et CII).
- Promotion des midis cliniques interdisciplinaires.
- Promotion des activités visant l'élaboration, l'implantation et la mise à jour des cadres de référence des pratiques professionnelles dans l'établissement.
- Formation du comité de PAIRS (regroupement de membres de mêmes disciplines).
- Avis sur l'organisation scientifique et technique.
- Poursuite du travail sur les lignes directrices du CM.

Conseil des infirmières et infirmiers

MEMBRES :

Lise St-Pierre, direction de la DQSI
Sylvie Moreault, directrice générale (intérim)
Nancy Lapointe, adjointe à la DQSI
Nadia Leboeuf, conseillère à l'ACQSS)
Émilie Kahr, chef d'unité de soins infirmiers DSPhys
Andréanne Turgeon, présidente et représentante DSC
Ann St-James, représentante SAPA-DP
Francine Thériault, représentante DSC
Josiane St-Cyr, représentante DSPhys

Les faits saillants des travaux du conseil

- Émission de différents avis entourant la pratique professionnelle
- Suivi de l'intégration des candidates à l'exercice à la profession infirmière (CEPI) à l'urgence. Avis émis sur la prise de position de l'OIIQ concernant la pratique infirmière en CHSLD.
- En partenariat avec le CM, accessibilité au personnel infirmier des midis-cliniques destinés aux médecins via le mondopad.
- Poursuite de la publication de l'Info-CII. Un lien a été ajouté pour diriger les infirmières sur le site de l'OIIQ vers la revue « Perspective Infirmière », produit par et pour les infirmières.
- Promotion du préceptorat auprès des jeunes infirmiers-infirmières et infirmiers-infirmières auxiliaires. Suivi fait auprès de la préceptrice au regard du soutien et de l'accompagnement dans le développement des compétences.
- Dîner-causerie avec les différents conseils professionnels à chaque début d'année (automne).
- Soutien assuré au CECIIA.

Comité des usagers

MEMBRES :

Normand Bernier, président
Chantale Roy, trésorière
Michelle Lepitre, administratrice

Comité des résidents

MEMBRE :

Ronald Maheu, administrateur

Les faits saillants 2014-2015

- Schématisation et diffusion du cheminement pour le soutien et le traitement d'une insatisfaction chez l'usager.
- Participation active à la semaine « Des droits des usagers » notamment par la distribution de blocs-notes et du nouveau dépliant promotionnel du comité des usagers et des résidents aux résidents et à leur famille, au personnel de l'établissement et aux visiteurs.
- Participation active à la campagne « Visitons nos ainés » notamment par l'organisation de 2 journées de stationnement gratuit aux proches visiteurs des résidents ainsi que par l'affichage de *posters* de sensibilisation à travers la région.
- Participation à plusieurs rencontres ayant pour but l'amélioration de la satisfaction des usagers notamment dans le service de l'urgence.
- Poursuite du rehaussement de la visibilité du comité des usagers (ex. : développement d'outils promotionnels).
- Réflexion sur la bonification de la gestion et le fonctionnement du comité des usagers dans le contexte de la Loi modifiant organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales par la participation active à la concertation régionale des comités des usagers et des résidents.
- Rédaction d'un article destiné aux usagers sur la maltraitance faite aux ainés.
- Tenue de l'assemblée générale annuelle le 4 juin dernier, à laquelle ont assisté près de 90 personnes.

Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog

ADMINISTRATEURS :

Jacques Théorêt, président
Manon Rancourt, 1re vice-présidente
Pierre-Racicot, 2e vice-président
Jeannot Gagnon, trésorier
Patrick Crépeau, secrétaire
Mylène Brassard, administratrice
Mario Doyon, administrateur
Yvon Laramée, administrateur
Alexandre Massicotte, administrateur
Pierre Riverin, administrateur
Allan M. Smith, administrateur
Sylvie Moreault, directrice générale intérimaire du CSSSM (membre d'office)
Pascale Gingras, directrice générale (membre d'office)

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

7 757 000 $

Grâce à la générosité de ses donateurs, des commanditaires et des bénévoles, elle a, en 2014-2015, contribué à différents projets et achats d'équipements :

- équipements pour le bloc opératoire;
- équipements pour les maladies respiratoires;
- appareil d'électrophysiologie;
- microscope pour les chirurgies de l'oreille;
- équipements pour les soins à domicile;
- charriot à médicaments.

482 326 $

LES ORIENTATIONS DE 2015-2016

Toujours aussi dynamiques et motivés, les administrateurs et le personnel de la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog vont continuer de promouvoir la mission de la Fondation qui est de supporter financièrement son établissement de santé, et ce, malgré l'arrivée du nouveau CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Les fonds amassés par la Fondation serviront à maintenir et développer les services pour la population de la MRC de Memphrémagog.

Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog
Memphremagog Hospital Foundation

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

Remerciements

En cette fin d'année qui marque la transformation de notre mode de gouvernance, nous tenons à dire un sincère merci à tous nos membres bénévoles du conseil d'administration lesquels ont manifesté un engagement indéfectible jusqu'au 31 mars 2015, date de dissolution légale de cette entité administrative.

Nous souhaitons également remercier notre personnel, nos gestionnaires et les médecins, bénévoles et partenaires pour leur apport indispensable à la réalisation de nos activités et projets. La qualité, la sécurité et l'accessibilité de nos services reposent au quotidien sur leur engagement envers notre communauté.

À tous et toutes, nous voulons exprimer notre plus sincère reconnaissance.

Un milieu de travail STIMULANT

Un milieu de vie exceptionnel
Une communauté chaleureuse et généreuse

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

Memphrémagog
C'est pour MOI!

UNE RÉGION EXCEPTIONNELLE

UNE QUALITÉ DE VIE RECHERCHÉE

DES GENS PASSIONNÉS

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Siège social

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

Point de service de Stanstead

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

Point de service de Mansonville

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

www.csssm.santeestrie.qc.ca

RAPPORT ANNUEL DE GESTION Annexes 2014-2015

Une équipe tournée vers l'avenir... pour des services de qualité

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Annexes
Sécurité des soins et services 2014-15

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

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

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

Comité de gestion des risques

- Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité : le 10 décembre 2013
- Date de la mise en place du comité : 09-11-2004
- Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours : 4
- Les problèmes que le comité a priorisés :
  - → les travaux d'agrandissement au 6e étage médecine-chirurgie;
  - → les évènements sentinelles;
  - → l'hygiène et la salubrité au quotidien;
  - → l'application de la Loi sur le tabac
- Nombre de membres : 11
  - → 1 personne désignée du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
  - → 1 personne désignée du comité des usagers
  - → 1 Personne désignée de la Direction générale (directrice de la qualité et des soins infirmiers-membre d'office)
  - → 1 personne désignée de la Direction de services médicaux, pharmaceutiques et diagnostiques
  - → conseillère à l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des services (secrétaire)
  - → directrice générale
  - → 1 personne désignée du comité des infirmières et infirmiers
  - → 1 personne désignée du Bloc opératoire
  - → 2 personnes désignées du conseil multidisciplinaire
  - → 1 personne désignée du comité exécutif du conseil des paraprofessionnels en soins d'assistance

Divulgation de tout accident

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

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

- Nombre d'incidents/accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 1 900

- Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse détaillée : 45
- Mise en place d'un registre local des incidents/accidents : oui, mise en place en juin 2004
- Principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance :
  - → Chutes
  - → Erreurs de médication
- Contribution au registre national des incidents/accidents pour la production de rapports semestriels : depuis septembre 2011

Agrément des services dispensés

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

Programme de réduction de l'application des mesures de contrôle

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

Promouvoir la mise en place de mesures alternatives auprès des usagers

Poursuivre la formation et le soutien auprès des équipes de soins afin de diminuer les taux d'utilisation des mesures de contrôle

Prévalence moyenne de la contention physique au sein du CSSSM												
	avril	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.	janv.	fév.	mars
2012-13	37	40	33	45	41	23	41	50	45	36	36	39
2013-14	41	38	39	38	37	39	38	43	44	47	46	49
2014-15	**44**	**48**	**48**	**49**	**52**	**53**	**53**	**42**	**43**	**53**	**34**	**54**

Vaccination contre la grippe saisonnière – Influenza

	Population	Employé(e)s
2012-13	5 838	278
2013-14	7 185	345
2014-15	**7 021**	**349**

Prévention des infections – Infections nosocomiales

	2012-13		2013-14		2014-15	
	Cas	Éclosion	Cas	Éclosion	Cas	Éclosion
Influenza	10	3	2	0	**26**	**6**
Gastroentérite	2	0	2	1	**26**	**3**
SARM	5	0	9	1	**13**	**3**
ERV	0	0	0	0	**0**	**0**
Clostridium difficile	8	0	4	0	**1**	**0**

États financiers résumés et analyse des résultats des opérations

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

La direction du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration[6] surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme MALLETTE, SENCRL dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme MALLETTE, SENCRL peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

Pierre-Albert Coubat
Directeur des ressources financières et logistique

[6] En vertu de l'article 195 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 (chapitre O-7.2), le président-directeur général exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première de deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres soit nommé.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

MALLETTE

Mallette S.E.N.C.R.L.

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

Téléphone 819 378-0133
Télécopie 819 379-4207
Courriel info.trois-rivieres@mallette.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du CIUSSS
de l'Estrie - CHUS

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015, et les états des résultats et de la variation des actifs financiers nets (dette nette) pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

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

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de CPA Canada, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP3410 « Paiements de transferts » et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide contenant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. 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 au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog au 31 mars 2015, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (dette nette), gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date.

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

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

Trois-Rivières, Canada
Le 2 juillet 2015

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

MALLETTE

ÉTAT DES RÉSULTATS RESUME (TOUS LES FONDS)

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	64 447 442	62 462 545	2 422 028	64 884 573	63 241 869
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	3 702 526	3 767 198	XXXX	3 767 198	3 737 385
Ventes de services et recouvrements	4	325 000	622 338	XXXX	622 338	560 808
Donations (FI:P294)	5	514 681		354 962	354 962	463 689
Revenus de placement (FI:P302)	6	85 000	86 568		86 568	95 946
Revenus de type commercial	7	450 000	488 352	XXXX	488 352	450 599
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	150 140	362 867		362 867	675 220
TOTAL (L.01 à L.11)	12	69 674 789	67 789 868	2 776 990	70 566 858	69 225 516
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	49 770 457	50 653 330	XXXX	50 653 330	48 349 226
Médicaments	14	739 021	844 279	XXXX	844 279	721 513
Produits sanguins	15	574 394	642 386	XXXX	642 386	477 375
Fournitures médicales et chirurgicales	16	1 770 229	2 131 348	XXXX	2 131 348	1 822 461
Denrées alimentaires	17	504 469	559 750	XXXX	559 750	544 096
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	1 025 734	876 365	XXXX	876 365	804 561
Frais financiers (FI:P325)	19	546 835		593 042	593 042	517 613
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	1 095 074	973 254	279 486	1 252 740	1 678 702
Créances douteuses	21		37 571	XXXX	37 571	36 773
Loyers	22	2 353 023	2 307 417	XXXX	2 307 417	2 568 821
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	2 367 311	XXXX	2 157 017	2 157 017	1 774 023
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	50 000	XXXX	2 692	2 692	110 400
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	9 057 581	8 497 456		8 497 456	8 908 180
TOTAL (L.13 à L.27)	28	69 854 128	67 523 156	3 032 237	70 555 393	68 313 744
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(179 339)	266 712	(255 247)	11 465	911 772

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

ÉTAT DES RÉSULTATS RESUME (FONDS D'EXPLOITATION)

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	62 097 316	62 228 997	233 548	62 462 545	61 645 158
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	3 702 526	3 767 198	XXXX	3 767 198	3 737 385
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	325 000	622 338	XXXX	622 338	560 808
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	85 000	86 568		86 568	95 946
Revenus de type commercial (P351)	7	450 000	XXXX	488 352	488 352	450 599
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	150 140	342 727	20 140	362 867	451 180
TOTAL (L.01 à L.11)	12	66 809 982	67 047 828	742 040	67 789 868	66 941 076
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	49 770 457	50 376 449	276 881	50 653 330	48 349 226
Médicaments (P750)	14	739 021	844 279	XXXX	844 279	721 513
Produits sanguins	15	574 394	642 386	XXXX	642 386	477 375
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	1 770 229	2 131 348	XXXX	2 131 348	1 822 461
Denrées alimentaires	17	504 469	559 750	XXXX	559 750	544 096
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	1 025 734	876 365	XXXX	876 365	804 561
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	1 015 074	973 254		973 254	1 646 941
Créances douteuses (C2:P301)	21		37 571		37 571	36 773
Loyers	22	2 353 023	2 307 417		2 307 417	2 568 821
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	9 057 581	8 084 152	413 304	8 497 456	8 908 180
TOTAL (L.13 à L.24)	25	66 809 982	66 832 971	690 185	67 523 156	65 879 947
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	214 857	51 855	266 712	1 061 129

ÉTAT DES SURPLUS (DEFICITS) CUMULES RESUME

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	2 544 810	4 878 850	7 423 660	6 694 824	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2				(182 936)	2
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	2 544 810	4 878 850	7 423 660	6 511 888	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	266 712	(255 247)	11 465	911 772	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(903 868)	903 868	0		3
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(903 868)	903 868			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	1 907 654	5 527 471	7 435 125	7 423 660	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	7 435 125	7 423 660	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	7 435 125	7 423 660	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIERE RESUME

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	10 440 306		10 440 306	8 201 349
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	845 993	148 635	994 628	6 723 352
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	1 115 875	281 443	1 397 318	1 362 605
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(2 416 558)	2 416 558	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	3 815 894	7 837 568	11 653 462	8 383 112
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX			
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	323 032		323 032	335 567
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	14 124 542	10 684 204	24 808 746	25 005 985
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		592 704	592 704	117 870
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	6 213 756	517 212	6 730 968	6 184 308
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	1 681 648	1 681 648	2 697 138
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		148 635	148 635	119 080
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	495 817	2 908 921	3 404 738	3 472 603
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	17 674 158	17 674 158	15 668 627
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX	16 875	16 875	16 875
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	5 704 184	XXXX	5 704 184	5 343 614
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	274 087		274 087	249 391
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	12 687 844	23 540 153	36 227 997	33 869 506
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	1 436 698	(12 855 949)	(11 419 251)	(8 863 521)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	18 383 420	18 383 420	15 967 125
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	189 652	XXXX	189 652	178 005
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	281 304		281 304	142 051
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	470 956	18 383 420	18 854 376	16 287 181
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	1 907 654	5 527 471	7 435 125	7 423 660

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(11 254 849)	2 224 754	(11 088 275)	(8 863 521)	(6 311 589)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					(182 936)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(11 254 849)	2 224 754	(11 088 275)	(8 863 521)	(6 494 525)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(179 339)	266 712	(255 247)	11 465	911 772
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(3 234 000)	XXXX	(4 576 004)	(4 576 004)	(5 203 635)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	2 367 311	XXXX	2 157 017	2 157 017	1 774 023
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8	50 000	XXXX	2 692	2 692	110 400
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			8 000
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(816 689)	XXXX	(2 416 295)	(2 416 295)	(3 311 212)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(189 652)	XXXX	(189 652)	(178 005)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(281 304)		(281 304)	(142 051)
Utilisation de stocks de fournitures	17		178 005	XXXX	178 005	185 331
Utilisation de frais payés d'avance	18		142 051		142 051	165 169
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(150 900)		(150 900)	30 444
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(903 868)	903 868	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(996 028)	(788 056)	(1 767 674)	(2 555 730)	(2 368 996)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(12 250 877)	1 436 698	(12 855 949)	(11 419 251)	(8 863 521)

ÉTAT DES FLUX DE TRESORERIE RESUME

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	11 465	911 772
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(150 900)	30 444
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	2 692	110 400
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		
Amortissement des immobilisations	8	2 157 017	1 774 023
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(1 051 407)	
Autres	13	37 571	(316 006)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	994 973	1 598 861
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	3 406 117	(184 367)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	4 412 555	2 326 266
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(4 576 004)	(5 203 635)
Produits de disposition d'immobilisations	18		8 000
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(4 576 004)	(5 195 635)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

ÉTAT DE SUIVI DES RESERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULES PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT RESUME

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

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2014**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Non comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société Québecoise des Infrastructures (SQI) à titre de contrats de location-exploitation au lieu de contrats de location-acquisition, tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011-2012	R	Aucune, car directive du MSSS			X
Non redressement des états financiers des exercices antérieurs lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410-Paiement de transfert, qui a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote de crédits annuels par l'Assemblée nationale.	2013-2014	R	Travaux en cours pour clarifier l'interprétation de cette norme entre le MSSS et l'ordre des CPA			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

CSSS DE MEMPHRÉMAGOG

REDDITION DE COMPTES

2014-2015

Juin 2015

Chapitre IV

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

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

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog :

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

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2014-2015.

Signé à Sherbrooke le 9-6-2015 2015

Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

Indicateurs	*Résultats* 2013-2014*	*Engagements 2014-2015*	*Résultats** 2014-2015*
3.07 Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	2	Suivi	2

Commentaires	
Nom : Mme Lise St-Pierre DQSI	**Date** : 2015-06-02

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

Indicateurs	*Résultats* 2013-2014*	*Engagements 2014-2015*	*Résultats** 2014-2015*
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	823	660	771
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	49,5	69,0	46,1
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	109	69	99

Commentaires	
1.08.05 : Nous n'avons pas d'attente au niveau de la clientèle SIV. Notre équipe fait beaucoup de soutien en logement et d'accompagnement communautaire car nous n'avons pas d'organismes communautaires pour supporter. Nous offrons donc une intensité élevée chez cette clientèle.	
Nom : M. Martin Robert DSC	**Date** : 2015-06-02

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

Indicateurs	*Résultats* 2013-2014*	*Engagements 2014-2015*	*Résultats** 2014-2015*
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	83,8 %	83,1 %	84,4 %

Commentaires	
Nom : Mme Marie-Josée Bertrand SAPA-DP	**Date** : 2015-06-02

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

Indicateurs	***Résultats* 2013-2014***	***Engagements 2014-2015***	***Résultats** 2014-2015***
1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	85 153	Augmentation	88 422

Commentaires	
Nom : Mme Marie-Josée Bertrand SAPA-DP	**Date** : 2015-06-02

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

Indicateurs	*Résultats* 2013-2014*	*Engagements 2014-2015*	*Résultats** 2014-2015*
1.45.04.01 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	100 %	90,0 %	96,3 %
1.45.04.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	n.a.	90,0 %	n.a.
1.45.04.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	100 %	90,0 %	90 %
1.45.04.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	100 %	90,0 %	100 %
1.45.05.01 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE ITELLECTUELE ET TED - TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	72,7 %	90,0 %	100 %
1.45.05.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	n.a.	90,0 %	n.a.
1.45.05.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	100 %	90,0 %	100 %
1.45.05.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	62,5 %	90,0 %	100 %

Commentaires	
Nom : M. Martin Robert DSC	**Date** : 2015-06-02

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

Indicateurs	*Résultats* 2013-2014*	*Engagements 2014-2015*	*Résultats** 2014-2015*
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	100 %	90 %	100 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	99 %	90 %	99 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	100 %	90 %	100 %
1.09.33.01 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	68,8 %	90,0 %	79,5 %

Commentaires

1.09.33.01 Les hors délais d'oncologie sont au nombre de 9 cas (4 chirurgies de sein et 5 de la peau)
Le dépassement est dû au manque de disponibilité des chirurgiens ainsi qu'à la combinaison des périodes de fermeture, soit la période des fêtes et estivale.

Nom : Mme Isabel Juby DSPhy.	**Date** : 2015-06-02

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

Indicateurs	***Résultats* 2013-2014***	***Engagements 2014-2015***	***Résultats** 2014-2015***
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	10,9 %	< 13,0 %	14,5 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	1,1 %	0,0 %	2,4 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	10,1	< 7,6	11,7

Commentaires

1.09.31 : Augmentation des visites des personnes de 75 ans et plus avec un accroissement de la lourdeur des cas.

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

1.09.01 : Travaux en cours sur différentes causes tel que grands utilisateurs, soutien aux résidences privées. Note une augmentation dans la gravité des cas.

Nom : Mme Isabel Juby DSPhy.	**Date** : 2015-06-02

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

Indicateurs	*Résultats* 2013-2014*	*Engagements 2014-2015*	*Résultats** 2014-2015*
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	2,80	4,40	0,70
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	0,00	0,56	0,00

Commentaires	
Nom : Mme Lise St-Pierre DQSI	**Date** : 2015-06-02

* Résultats en date du 31 mars 2014
** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

Indicateurs	*Résultats* 2013-2014*	*Engagements 2014-2015*	*Résultats** 2014-2015*
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	3,10 % (P12)	< 3,60 %	2,76 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,59 % (P12)	< 2,31 %	2,30 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,21 % (P12)	< 0,20 %	0,52 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,35 % (P12)	< 0,15 %	0,43 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,13 % (P12)	< 0,08 %	0,20 %
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	n.a.	0,00 %	n.a.

Commentaires	
3.06.01, 3.06.02, 3.06.03 : Considérant la variation importante de la clientèle, nous procédons avec la MOI, pour éviter les bris de service.	
Nom : Mme Chantal Pellerin DRH	**Date** : 2015-06-02

* Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement
** Résultats en date du 31 mars 2015, sauf si indiqué autrement

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

Indicateurs	*Résultats* 2013-2014*	*Engagements 2014-2015*	*Résultats** 2014-2015*
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Non réalisé	Réalisé	Non réalisé
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,36 % (P12)	< 5,70 %	6,51 % (P12)
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Réalisé	Réalisé	Réalisé

Commentaires	
3.01 : Un suivi rigoureux est effectué pour chacune des absences et des rencontres statutaires de Gestion Intégré de la Présence au Travail (GIPT) sont effectuées en mode préventif. 3.13 : Évaluation pour la mise en place de ce volet en 2015-2016.	
Nom :	**Date :**

* Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement
** Résultats en date du 31 mars 2015, sauf si indiqué autrement

Un milieu de travail STIMULANT

Un milieu de vie exceptionnel
Une communauté chaleureuse et généreuse

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

Memphrémagog
C'est pour MOI!

UNE RÉGION EXCEPTIONNELLE

UNE QUALITÉ DE VIE RECHERCHÉE

DES GENS PASSIONNÉS

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Siège social

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

Point de service de Stanstead

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

Point de service de Mansonville

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

www.csssm.santeestrie.qc.ca