Centre de santé et de services sociaux
du Témiscamingue

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

Édition produite par:

Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue
22, Notre-Dame Nord
Ville-Marie (Québec) J9V 1W8
Téléphone : 819 629-2420
Télécopieur : 819 629-3257
Site Internet : www.cssst.ca

Rédaction :

Mme Carole Lahaie, DSI

Avec la collaboration de :

Équipe de direction stratégique
Sonia Lefebvre, adjointe administrative
Richard Bellehumeur, chef des ressources financières

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES

MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE SORTANTE 1

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES 2

RAPPORT DE LA DIRECTION 3

CLIN D'ŒIL SUR NOS RÉSULTATS 4

LES DÉTAILS 11

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT 12

LA POPULATION DU TÉMISCAMINGUE 24

PLAN STRATÉGIQUE 2013-2015 34

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 46

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES 48

ÉTATS FINANCIERS ET ÉTAT DES OPÉRATIONS 55

LA GOUVERNANCE DE L'ÉTABLISSEMENT 57

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS 58

INSTANCES CONSULTATIVES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION 65

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 75

ANNEXE 1 : BILAN DÉTAILLÉ DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 82

ANNEXE 2 : ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES OPÉRATIONS 110

LISTE DES ACRONYMES

ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
AVC	Accident vasculaire cérébral
BCG	Bacille, Calmette et Guérin
CA	Conseil d'administration
CDCT	Corporation du développement communautaire au Témiscamingue
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CGRC	Comité de gestion des risques cliniques
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS-AT	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
CLPQS	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSRN	Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda
CSSST	Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DC	Développement des communautés
DCI	Dossier clinique informatisé
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DSQ	Dossier de santé du Québec
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
EPI	Équipement de protection individuelle
ETC	Équivalent temps complet
FQIS	Fond québécois d'initiatives sociales
GMF	Groupe de médecine de famille
HLD	Hébergement longue durée
HLM	Habitation à loyer modique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS-SPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

IRI	Intervention rapide et intensive
ITSS	Infection transmise par le sexe et le sang
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport
MOI	Main d'oeuvre indépendante
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NA	Non applicable
NBRHC	North Bay Regional Health Centre
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PALSP	Plan d'action local en santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PARI	Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCP	Pratiques cliniques préventives
PDRH	Plan de développement des ressources humaines
PEM	Plan des effectifs médicaux
PFT	Programme fonctionnel et technique
PPE	Plan prévisionnel des effectifs
PSPS	Unité de promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire
PTI	Plan thérapeutique infirmier
PTPARI	Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RPCU	Regroupement provincial des comités d'usagers
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAE	Secteurs d'activité d'économie
SCD	Soins de courte durée
SDT	Société de développement du Témiscamingue
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et services
SIV	Soutien d'intensité variable
TED	Trouble envahissant du développement
TMS	Troubles musculosquelettiques
$>$	Plus grand
$\geq$	Plus grand ou égal
$<$	Plus petit
$\leq$	Plus petit ou égal

Rapport annuel 2014-2015

MOT DU DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE SORTANTE DU CSSS DU TÉMISCAMINGUE

Avec l'adoption, le 9 février dernier, de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des Agences, l'entité administrative du CSSS du Témiscamingue n'existe plus depuis le 1e avril 2015. Le personnel, les cadres, les médecins, les nombreux bénévoles et les fondations poursuivent dorénavant leurs activités au sein du nouveau Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Dans ce contexte, l'année 2014-2015 a été une année de transition, tout en demeurant riche de nombreux projets réalisés pour l'amélioration de la qualité des services offerts à la population du Témiscamingue. Parmi les faits marquants de l'année, mentionnons l'accueil de cinq nouveaux omnipraticiens, dont un pour la pratique de l'obstétrique. Nous avons aussi accueilli une deuxième infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et en avons recruté une 3e qui a débuté sa formation en cours d'année. Par ailleurs, les équipes ont poursuivi, avec engagement, les différents travaux visant l'atteinte des cibles de notre plan stratégique pluriannuel ainsi que celles de notre entente de gestion et d'imputabilité, tels que présentés dans ce rapport annuel.

Pour cette dernière édition du rapport annuel de gestion, je tiens à féliciter et remercier tous les membres de la grande équipe du CSSS du Témiscamingue pour le travail accompli et pour leur grand souci de la qualité et de la sécurité des soins et des services offerts à la population. Merci aux membres du conseil d'administration pour leur compétente gouvernance. Un grand merci à nos bénévoles, nos trois fondations et à la boutique le Goéland qui s'investissent continuellement à faire la différence pour nos usagers et nos résidents.

Carole Lahaie

***Carole Lahaie**, directrice générale*

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;

- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;

- présentent des données exactes et fiables.

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

Jacques Boissonneault,
Président-directeur général

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Témiscamingue 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 contrôle interne qu'elle considère 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 permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS du Témiscamingue reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration [1] 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 Deloitte 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 Deloitte peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Jacques Boissonneault
Président-directeur général

Marie-Lyne Blier
Directrice des ressources financières
et logistique

[1] 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

CLIN D'ŒIL SUR NOS RÉSULTATS

Cette section présente un clin d'œil sur les efforts continus déployés par tous les paliers de l'organisation dans l'amélioration constante de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité de nos services. Voici un bref aperçu sur nos activités, nos volumes, nos statistiques de la dernière année, autant au niveau des services donnés à la population que des volets administratifs et de soutien.

SERVICES À LA POPULATION

INFO-SANTÉ
33 138
appels traités, représentant une moyenne de 3 appels traités par heure travaillée.

SANTÉ PUBLIQUE
83 %
des cibles du plan d'action local en santé publique sont réalisées.

SANTÉ AU TRAVAIL
718
entreprises rejointes par nos équipes.

POINTS DE SERVICE
949
usagers vus dans un de nos 7 points de service dans les secteurs nord et est du territoire pour un total de 4 608 interventions.

SOUTIEN À DOMICILE
880
usagers ayant reçu des services de soutien à domicile pour un total de 46 561 interventions. C'est une moyenne de 52,91 interventions par usager comparativement à 40,9 l'année précédente.

INFIRMIÈRE PRATIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (IPS-SPL)
2
IPS-SPL sont intégrées dans 2 GMF et une clinique médicale privée du territoire.

MÉDECINS DE FAMILLE
626
usagers ont été référés à un médecin de famille. De la population n'ayant pas de médecin de famille, 1 546 sont inscrits au Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille et sont en attente.

CLINIQUES EXTERNES
6 159
visites aux cliniques externes.

URGENCES
24 694
visites à l'urgence, soit une diminution de 3 % du volume comparativement à l'année précédente. De ce nombre, 1 331 usagers ont été couchés sur civière pour une durée moyenne de séjour globale de 11,9 heures.

HOSPITALISATION
32
lits de courte durée dressés sur 37 lits au permis répartis sur deux sites avec un taux d'occupation de 81 % (soit 9 429 jours-présence).

ACCOUCHEMENTS
104
accouchements à l'unité de courte durée du pavillon Sainte-Famille.

CHIRURGIES
1 274
interventions au bloc opératoire, dont 136 chirurgies d'un jour, 133 chirurgies avec hospitalisation, 613 endoscopies et 392 interventions en ambulatoire. La durée moyenne d'attente pour une chirurgie d'un jour était de 6,7 semaines, celle pour une chirurgie avec hospitalisation était de 1,2 semaine et celle pour les endoscopies étaient de 7 semaines.

HÉMODIALYSE
1 221
traitements d'hémodialyse effectués pour 14 usagers différents.

ONCOLOGIE
230
usagers suivis à la clinique d'oncologie pour un total de 1 399 visites et 735 traitements pour leur cancer. Ceci représente une diminution de 3 % des usagers comparativement à l'année précédente.

INHALOTHÉRAPIE
36 875
unités techniques, diminution de 11 418 unités de l'an passé. Cette diminution s'explique par l'absence à long terme, d'un inhalothérapeute dans l'équipe.

PHYSIOTHÉRAPIE
5 434
heures de prestation de service, une diminution de 7,6 % de l'année précédente.

LABORATOIRE
495 574
procédures pondérées, une diminution de 27 % de l'année précédente. Cette diminution s'explique par les travaux d'optimisation effectués au laboratoire qui ont amenés le transfert d'un bon nombre d'analyses en biochimie et microbiologie à un autre laboratoire dans la région.

IMAGERIE MÉDICALE
283 152
unités techniques, augmentation de 2,6 % de l'année précédente.

ÉLECTROPHYSIOLOGIE
79 992
unités techniques, situation comparable à l'année précédente.

CENTRE DE JOUR
3 290
présences au centre de jour pour personnes âgées et personnes handicapées.

HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE

83

lits au permis avec un taux global d'occupation de 99,1 % (soit 30 023 jours-présence).

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

21

places réparties dans trois ressources intermédiaires avec un taux d'occupation de 91,2 % (soit 6 990 jours-présence).

DÉPLACEMENT DES USAGERS

6 011

transports des usagers admis ou inscrits pour des services inter-hospitaliers ou des cas électifs.

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

AGRÉMENT

48

preuves fournies à Agrément Canada, soit 30 en juillet 2014 et 18 en janvier 2015 en vue du maintien de notre agrément. La prochaine visite d'Agrément Canada est prévue en 2017.

PLAINTES

15

nouvelles plaintes reçues en cours d'année avec 60 demandes d'assistance et 4 interventions de la part de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

GESTION DES RISQUES CLINIQUES

979

incidents ou accidents rapportés et analysés avec des mesures correctives mises en place le cas échéant.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Taux d'infections

tous inférieurs aux seuils établis.

100 %

des étapes complétées pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité.

RESSOURCES HUMAINES

PERSONNEL SYNDIQUÉ

459

employés syndiqués ayant travaillé 559 406 heures (équivalent de 306 postes à temps complet).

PERSONNEL D'ENCADREMENT

25

cadres et hors-cadres ayant travaillé 38 496 heures (équivalent de 21 postes à temps complet).

EMBAUCHES

59

nouvelles embauches au cours de l'année.

DÉPARTS

77

départs au cours de l'année, incluant le départ des étudiants à la fin de la période estivale et de la période des fêtes. Parmi les départs, 24 ont quitté pour la retraite.

MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE (MOI)

10 401

heures effectuées par la MOI, soit une augmentation de 29,2 % comparativement à l'année précédente.

PLAN DES EFFECTIFS MÉDICAUX

18

médecins omnipraticiens en poste sur un plan d'effectifs permis de 29, représentant 62 % du plan. Un chirurgien et un psychiatre occupent chacun un poste de spécialiste.

MÉDECINS DÉPANNEURS

87

médecins dépanneurs ayant fait des quarts à l'urgence, à l'hospitalisation ou en obstétrique.

15

Anesthésistes et chirurgiens dépanneurs ont assumés les semaines de garde à tour de rôle dans le cadre des lettres d'entente 135 et 138.

PHARMACIENS DÉPANNEURS

9

pharmaciens dépanneurs ont assuré la couverture au service de la pharmacie.

ASSURANCE SALAIRE

940 026 $

dépensés en assurance salaire, soit l'équivalent de 37 420 heures, représentant au taux global en assurance salaire de 6,5 %.

89

cas traités pour l'assurance salaire comparativement à 110 l'année précédente.

TEMPS SUPPLÉMENTAIRE

17 980 heures

en temps supplémentaires effectuées par le personnel syndiqué, représentant un taux global de 3,11 %, taux légèrement plus élevé que l'année précédente.

PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS

33

employés et 7 membres de leur famille ayant eu recours au programme d'aide aux employés de l'établissement.

MÉDICAMENTS ET FOURNITURES

MÉDICAMENTS

1 113 660 $

en médicaments pour la clientèle inscrite ou admise, dont 672 82 $ pour l'oncologie. C'est une augmentation de 21,86 % comparativement à l'année précédente.

FOURNITURES

1 197 148 $

en fournitures, dont 45 % pour des fournitures médicales et chirurgicales, 40 % pour des fournitures diverses et 15 % pour des fournitures de bureau.

SERVICES DE SOUTIEN

SERVICE D'ALIMENTATION

169 542

repas servis à la clientèle admise et au personnel dans les trois pavillons de l'établissement.

BUANDERIE

189 385 kg

de linge souillé lavé dans nos deux buanderies.

ENTRETIEN SANITAIRE

26 157

heures travaillées en entretien sanitaire des installations de l'établissement pour un total de 17 485 m^2.

APPROVISIONNEMENTS

1 815

bons d'achat par le service d'approvisionnements, excluant les achats locaux et bons de commandes manuels.

RESSOURCES INFORMATIQUES

334

postes de travail gérés avec

78

applications

5

serveurs physiques

30

serveurs virtuels

BÂTIMENT

1 978 087 $

pour les travaux de rénovations et de réaménagement.

ÉQUIPEMENTS

703 426 $

en remplacement et installation des équipements.

FINANCES

BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT

41 228 948 $

dépensés au cours de l'année, terminant l'exercice financier avec un déficit de (393 727) $. Ce déficit a été résorbé par les surplus accumulés des années précédentes.

OPTIMISATION ET TRANSFORMATIONS

14

chantiers d'optimisation réalisés ou en processus d'être complétés visant la révision des processus et la réduction des dépenses.

LOI METTANT EN ŒUVRE DES MESURES VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DU GOUVERNEMENT

495 091 $

de réductions appliquées en cours d'année pour rencontrer nos obligations face à cette Loi. Les réductions appliquées depuis l'exercice 2010-2011 s'élève à 2 369 675 $.

LES DÉTAILS

Cette section présente l'organisation et ses résultats dans les détails.

On y retrouve la présentation de l'établissement, le portrait de santé de la population du territoire, le bilan du plan stratégique pluriannuel ainsi que celui de l'entente de gestion et d'imputabilité, les actions déployées dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services, et enfin, le portrait de la santé financière de l'établissement.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le CSSS du Témiscamingue se distingue par son équipe dynamique de près de 600 employés, médecins, dentistes, pharmaciens et bénévoles qui offrent des services de type CLSC et hospitalier ainsi que des services d'hébergement et de soins de longue durée, regroupés dans trois pavillons et sept points de service, sur un territoire principalement rural d'un peu plus de 20 000 kilomètres carrés, avec une population d'un peu plus que 16 000 personnes.

Il est de plus un établissement ayant deux mandats régionaux : Info-Santé et le Programme régional en santé au travail.

NOTRE MISSION

Le CSSS du Témiscamingue a pour mission, en collaboration avec ses partenaires, d'améliorer et de maintenir la santé et le bien-être de la population qu'il dessert et de lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux de qualité et sécuritaires dispensés de façon continue et personnalisée.

NOTRE VISION

Le CSSS du Témiscamingue entend se distinguer par sa capacité à mobiliser la population et ses partenaires dans la promotion de la santé et du bien-être ainsi que dans la mise en place d'un réseau local de services efficaces et performants.

Le CSSS du Témiscamingue compte être reconnu comme :

- Un acteur proactif dans la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies et des problèmes sociaux, suscitant la mobilisation des personnes et des collectivités à l'égard de leur santé et de leur bien-être;
- Une organisation où chacun de ses membres place l'aspect humain des services au premier rang de ses préoccupations;
- Une porte d'entrée au réseau local de services (RLS), bien identifiée, facilement accessible et qui assure la continuité dans les services;
- Une organisation qui se préoccupe d'offrir les services le plus près possible du milieu de vie de la personne;

- Un établissement qui réussit à ajuster de façon continue son offre de service à l'évolution des besoins de la population de son territoire;
- Un interlocuteur respectueux des caractéristiques culturelles et linguistiques ainsi que de l'autonomie des communautés autochtones;
- Un leader mobilisateur dont l'action est caractérisée par le respect et la reconnaissance de l'expertise et de l'autonomie de ses partenaires sectoriels et intersectoriels;
- Un milieu de travail stimulant et novateur, caractérisé par la qualité de la collaboration, du climat et de l'environnement de travail;
- Un chef de file en matière d'attraction et de rétention du personnel et des professionnels;
- Une organisation fortement enracinée dans son milieu et engagée dans le développement de la communauté.

NOS VALEURS

Le CSSS du Témiscamingue convient de placer les personnes et les communautés au centre de ses préoccupations et d'accorder priorité aux valeurs suivantes dans ses décisions et ses actions :

RESPECT

Cette valeur implique qu'à tous les échelons de la prestation de soins et de services, il existe, au-delà des codes, des règles ou des titres, l'obligation de ne pas heurter les autres et de les accepter tels qu'ils sont dans leur différence. La tolérance et la personnalisation des rapports entre les acteurs de l'organisation constituent donc des prolongements de cette réalité fondamentale. Le respect s'associe à la dignité, au civisme, à la courtoisie et à l'écoute.

Le respect est de mise, tant au niveau de la prestation des services à la clientèle et aux familles que sur le plan des relations de travail entre collègues et partenaires.

CONFIDENTIALITÉ

Cette valeur implique de faire preuve de discrétion et de respecter rigoureusement les lois et les règles de confidentialité applicables aux renseignements personnels des usagers, que ce soit durant la prestation de soins ou de services ou dans la gestion de leur dossier médical.

COLLABORATION

Cette valeur vise à unir nos forces en vue de répondre de façon optimale aux besoins de la population. Elle implique d'être toujours ouvert et disponible à collaborer, coopérer, et travailler avec une ou plusieurs autres personnes ou partenaires, que ce soit au niveau local, régional ou provincial.

ENGAGEMENT

Cette valeur signifie avoir le sentiment d'implication et de responsabilité envers l'organisation et la clientèle dans l'actualisation de sa mission et ses objectifs.

Le niveau d'engagement s'incarne dans le dynamisme, la participation et la mobilisation de tous.

PROFESSIONALISME

Cette valeur signifie que chaque membre de l'organisation s'acquitte de ses fonctions en mettant à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expérience dans l'atteinte des résultats visés.

Chacun est responsable de ses décisions et de ses actes et de l'utilisation judicieuse des ressources et des informations mises à sa disposition.

TRANSPARENCE

La transparence permet de cultiver la confiance du personnel, de la population et des partenaires du réseau local. Elle s'exprime par la réalité des faits et des processus décisionnels et permet aux acteurs concernés de comprendre l'application des décisions.
La transparence repose sur l'information, la consultation et la participation.

SOLIDARITÉ

Cette valeur implique l'organisation à se comporter comme si elle était directement confrontée aux problèmes des autres, sans quoi, c'est l'avenir du RLS qui pourrait être compromis.
Être solidaire n'est pas seulement apporter son soutien, mais aussi s'engager avec celui ou celle à qui on apporte sa solidarité en vue d'atténuer ou résoudre les problèmes qui se présentent.

ÉTHIQUE

Cette valeur implique que les comportements et décisions soient motivés par l'honnêteté, un sens moral élevé et la prise en considération des besoins à la fois individuels et organisationnels.

NOS SERVICES

Le CSSS du Témiscamingue compte trois pavillons soit, le pavillon Sainte-Famille, le pavillon Duhamel et le pavillon Témiscaming-Kipawa ainsi que sept points de service.

PAVILLON SAINTE-FAMILLE

Siège social de l'établissement situé à Ville-Marie, il dispense des services de type hospitalier et de CLSC .

On y retrouve particulièrement :

- La centrale Info-Santé, desservant l'ensemble de la région de l'Abitibi-Témiscamingue
- Le programme de santé au travail, desservant des entreprises de la région de l'Abitibi-Témiscamingue
- Une gamme importante de services de type CLSC (soutien à domicile, services sociaux, santé mentale, santé publique, action communautaire, etc.)
- L'urgence
- Les soins intensifs
- Les services de santé courante
- Les cliniques externes spécialisées (pédiatrie, gynécologie, ORL, médecine interne et autres)
- L'unité des soins de courte durée avec un total de 31 lits au permis pour les hospitalisations en médecine générale, en chirurgie, en obstétrique, en pédiatrie, en réadaptation fonctionnelle intensive et en soins palliatifs
- Le bloc opératoire
- L'hémodialyse
- La clinique d'oncologie
- La physiothérapie
- L'ergothérapie

- L'inhalothérapie
- La pharmacie
- La nutrition clinique
- Les services diagnostiques en biologie médicale et en imagerie médicale
- La télésanté (échographie, hémodialyse)
- Le service d'interprète pour la clientèle anglophone ou autochtone ayant besoin d'aide pour accéder aux différents services de l'établissement.

PAVILLON DUHAMEL

Centre d'hébergement et de soins de longue durée situé à Ville-Marie, il comprend 68 lits d'hébergement permanent ainsi qu'un lit en hébergement temporaire pour du répit-dépannage.

PAVILLON TÉMISCAMING-KIPAWA

Situé à Témiscaming, **il** dispense des services de type hospitalier, d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que de CLSC.

On y retrouve particulièrement :

- Une gamme importante de services de type CLSC (soutien à domicile, services sociaux, santé mentale, santé publique, action communautaire, etc.)
- L'urgence
- La clinique externe
- Les services de santé courante
- La physiothérapie
- La nutrition clinique
- Les services diagnostiques en biologie médicale et en imagerie médicale
- Le groupe de médecine de famille qui œuvre dans les installations de ce pavillon
- L'unité des soins de courte durée avec un total de 6 lits pour les hospitalisations en médecine générale et en soins palliatifs
- L'unité d'hébergement et de soins de longue durée avec un total de 14 lits.

NOS POINTS DE SERVICE

Afin d'offrir des services de santé de proximité à tous les citoyens, le CSSS du Témiscamingue distribue certains de ses services dans des points de service situés à Belleterre, Laforce, Latulipe, Notre-Dame-du-Nord, Moffet, Nédélec et Rémigny.

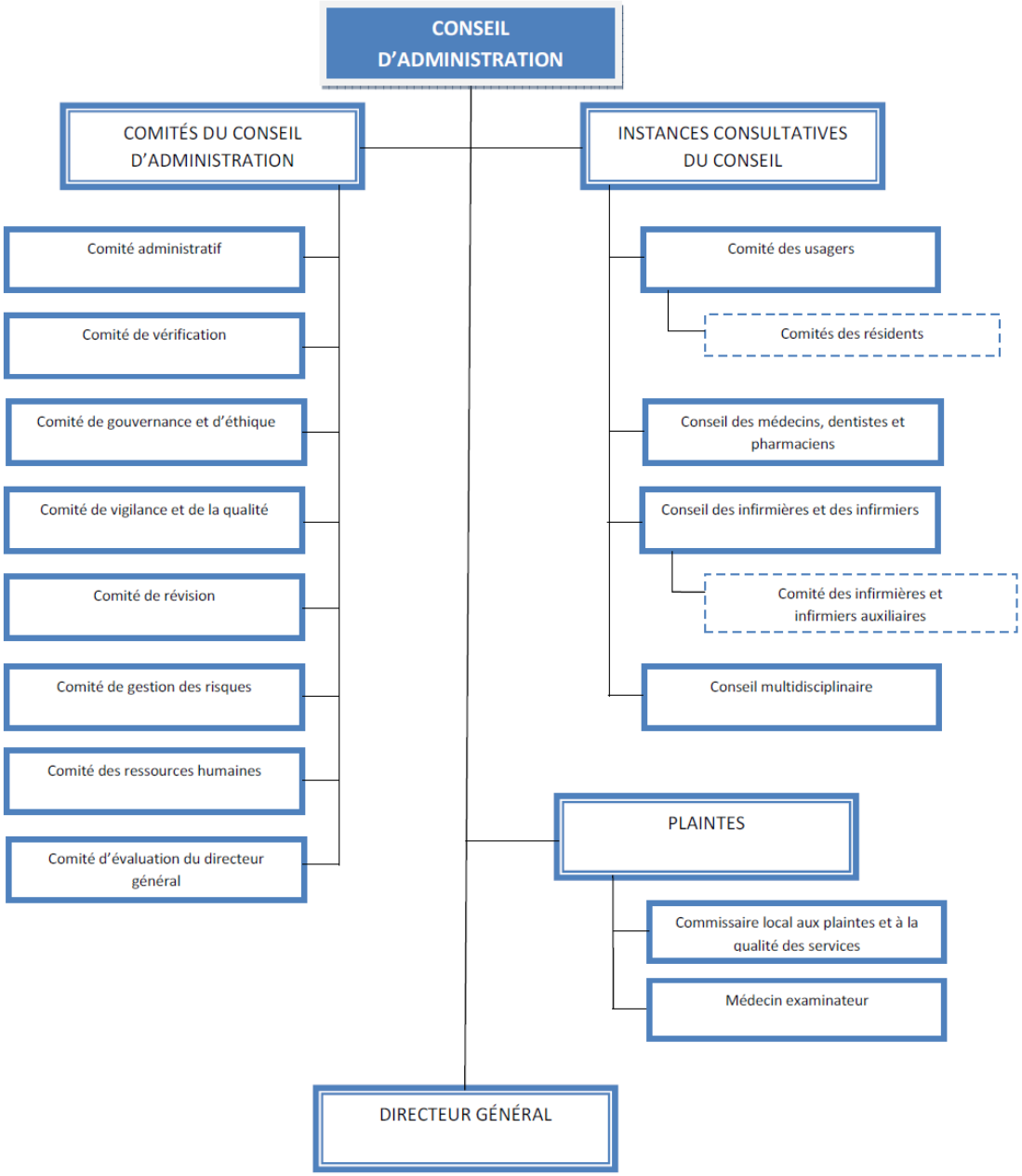
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

L'établissement a aussi une entente de service avec trois ressources intermédiaires pouvant accueillir des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement :

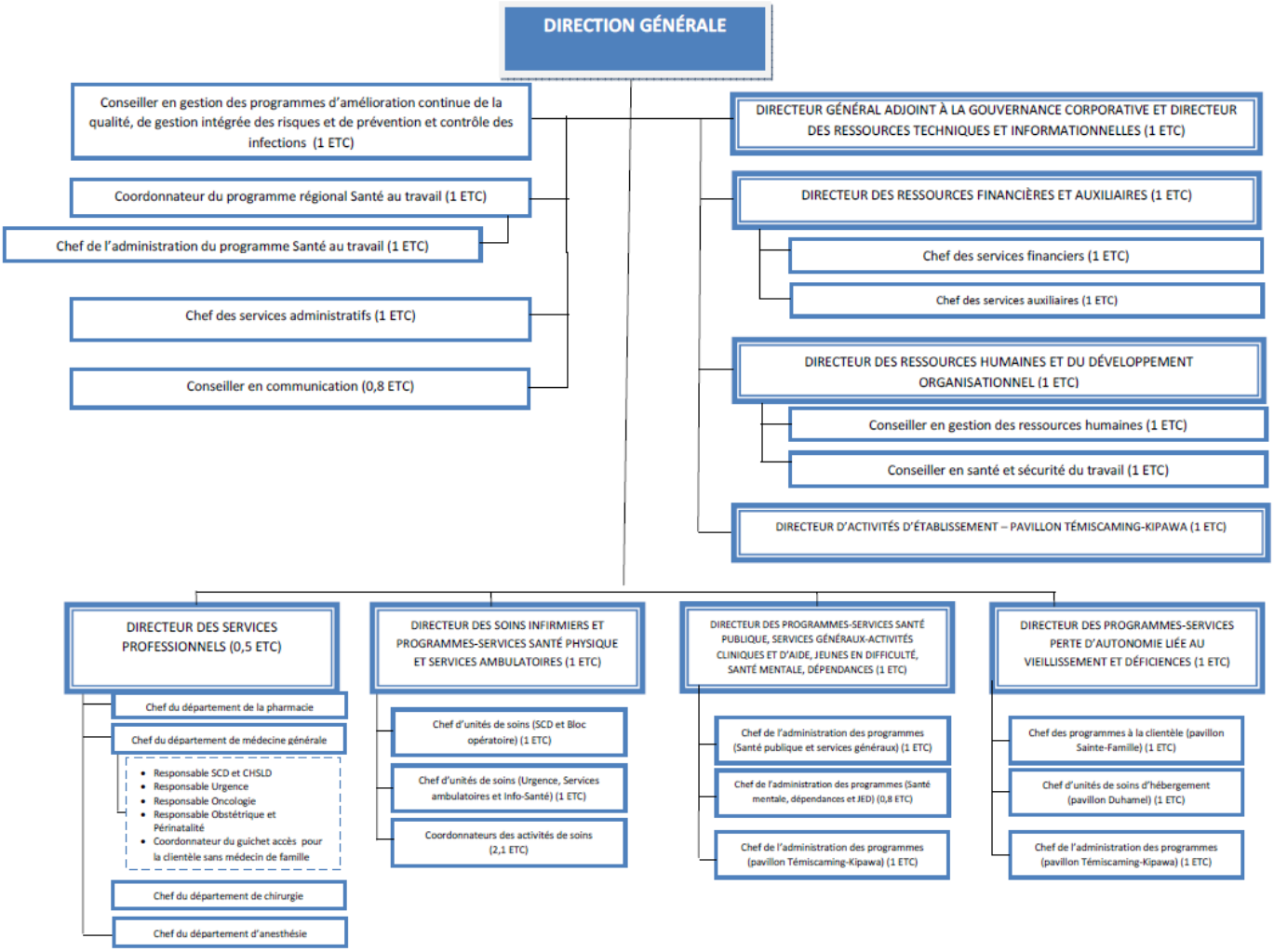
- Pavillon Tête-du-Lac situé à Notre-Dame-du-Nord (16 places)
- Résidence Marguerite d'Youville située à Ville-Marie (2 places)
- Pavillon Latourelle situé à Témiscaming (3 places)

NOTRE STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

LA GOUVERNANCE



L'ÉQUIPE DIRECTION STRATÉGIQUE ET DE GESTION


DIRECTION GÉNÉRALE
Conseiller en gestion des programmes d'amélioration continue de la qualité, de gestion intégrée des risques et de prévention et contrôle des infections (1 ETC)
Coordonnateur du programme régional Santé au travail (1 ETC)
Chef de l'administration du programme Santé au travail (1 ETC)
Chef des services administratifs (1 ETC)
Conseiller en communication (0,8 ETC)
DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT À LA GOUVERNANCE CORPORATIVE ET DIRECTEUR DES RESSOURCES TECHNIQUES ET INFORMATIONNELLES (1 ETC)
DIRECTEUR DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET AUXILIAIRES (1 ETC)
Chef des services financiers (1 ETC)
Chef des services auxiliaires (1 ETC)
DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL (1 ETC)
Conseiller en gestion des ressources humaines (1 ETC)
Conseiller en santé et sécurité du travail (1 ETC)
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS D'ÉTABLISSEMENT – PAVILLON TÉMISCAMING-KIPAWA (1 ETC)
DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS (0,5 ETC)
Chef du département de la pharmacie
Chef du département de médecine générale
Responsable SCD et CHSLD
Responsable Urgence
Responsable Oncologie
Responsable Obstétrique et Périnatalité
Coordonnateur du guichet accès pour la clientèle sans médecin de famille
Chef du département de chirurgie
Chef du département d'anesthésie
DIRECTEUR DES SOINS INFIRMIERS ET PROGRAMMES-SERVICES SANTÉ PHYSIQUE ET SERVICES AMBULATOIRES (1 ETC)
Chef d'unités de soins (SCD et Bloc opératoire) (1 ETC)
Chef d'unités de soins (Urgence, Services ambulatoires et Info-Santé) (1 ETC)
Coordonnateurs des activités de soins (2,1 ETC)
DIRECTEUR DES PROGRAMMES-SERVICES SANTÉ PUBLIQUE, SERVICES GÉNÉRAUX-ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE, JEUNES EN DIFFICULTÉ, SANTÉ MENTALE, DÉPENDANCES (1 ETC)
Chef de l'administration des programmes (Santé publique et services généraux) (1 ETC)
Chef de l'administration des programmes (Santé mentale, dépendances et JED) (0,8 ETC)
Chef de l'administration des programmes (pavillon Témiscaming-Kipawa) (1 ETC)
DIRECTEUR DES PROGRAMMES-SERVICES PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT ET DÉFICIENCES (1 ETC)
Chef des programmes à la clientèle (pavillon Sainte-Famille) (1 ETC)
Chef d'unités de soins d'hébergement (pavillon Duhamel) (1 ETC)
Chef de l'administration des programmes (pavillon Témiscaming-Kipawa) (1 ETC)

NOS RESSOURCES HUMAINES

EFFECTIFS SELON LA CATÉGORIE D'EMPLOI

Voici la répartition des effectifs selon la catégorie d'emploi en termes de nombre d'employés.

Répartition des effectifs par catégorie d'emploi	
Catégorie	Nb employés
Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires (FIQ)	159
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (CSN)	141
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (CSN)	61
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (SCFP)	95
Syndicables non-syndiqués	3
Pharmaciens	0
Hors cadres (DG et DGA)	2
Cadres supérieurs	7
Cadres intermédiaires	16

LES EFFECTIFS NON-CADRES

Voici les détails des effectifs non-cadres au 31 mars 2015.

Effectifs non-cadres de l'établissement	2013-2014	2014-2015	Variation
Les employés réguliers			
- Temps complet	227	214	-13
- Temps partiel	180	165	-15
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0	-
Les occasionnels			
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'année	129 681	105 514	-24 167
- Équivalent en temps complet	71	58	-13
Main-d'œuvre indépendante			
- Nombre d'heures	8 052	10 401	+2 349
- Équivalent en temps complet[2]	4	5,7	+1,7

[2] L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

L'établissement comptait au 31 mars 2015, 459 employés non-cadres. De ce nombre, 214 équivalents temps complet (ETC) et 165 à temps partiel réguliers. À cela s'ajoute 80 employés occasionnels ayant effectué un total de 105 514 heures au cours de la dernière année, soit un équivalent de 58 ETC.

L'établissement a eu recours à la main-d'œuvre indépendante pour un total de 10 401 heures afin d'assurer la couverture des services dans des secteurs critiques. De ce nombre d'heures, 1 300 heures étaient pour des projets spéciaux non récurrents.

LES EFFECTIFS D'ENCADREMENT

S'ajoutent à ces effectifs les postes d'encadrement. La structure d'encadrement prévoit 2 postes de hors-cadres à temps complet, 20 postes de cadres à temps complet et 5 postes de cadres à temps partiel régulier pour un grand total de 24,9 ETC. Voici le tableau des effectifs d'encadrement au 31 mars 2015.

Effectifs cadres de l'établissement	2013-2014	2014-2015	Variation
Temps complet[3]	22	22	=
Temps partiel	5	3	-2
Nombre de postes cadres vacants	2	2	=
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0	=

Il importe de souligner qu'au cours de l'année, il y a eu au total 38 496 heures cadres effectuées (équivalent de 21 ETC cadres sur une structure prévue de 24,9 ETC) sur un total de 551 986 heures effectuées par le personnel non-cadre incluant la main-d'œuvre indépendante, représentant un taux d'encadrement de 6,9 %. En équivalent temps complet, nous avions un ratio réel moyen de un cadre ETC pour 14,3 ETC employés non cadres. Le tableau suivant présente le comparatif entre l'exercice financier 2014-2015 et 2013-2014.

[3] L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

Indicateurs d'encadrement	2013-2014	2014-2015	Variation
Nombre d'heures travaillées cadres	32 597	38 496	+5 899
Nombre d'heures travaillées non-cadres	543 687	559 406	+15 719
Taux d'encadrement en %	6 %	6,9 %	+ 0,9 %
Ratio d'encadrement en ETC	1 cadre /16,6 non-cadres	1 cadre /14,5 non-cadres	↓

ASSURANCE SALAIRE

Voici les données au regard du taux en assurance salaire, soit le nombre d'employés qui se retrouvent en congé maladie pour une période de plus de trois jours consécutifs.

Données en assurance salaire			
	2013-2014	2014-2015	Variation
Nombre de cas en assurance salaire	110	89	-21
Heures en assurance salaire	40 840	37 420	-3 420
Heures travaillées	576 276	277 791	+1 515
Taux en assurance salaire[4]	7, 09 %	6,48 %	- 0,61 %
Coût	971 310 $	940 026 $	- 31 284 $

Remarquons la diminution du nombre de cas traités en assurance salaire ainsi que le nombre d'heures rémunérées en assurance salaire comparativement à l'année précédente. Beaucoup de travail a été effectué afin de régulariser la situation et atteindre notre cible visée dans notre entente de gestion et d'imputabilité, nous amenant à un taux de 6,48 % pour l'année.

MOUVEMENT DU PERSONNEL

Au cours de l'année, nous avons procédé à l'embauche de 59 personnes alors que 77 personnes ont quitté l'établissement (incluant le départ des étudiants à la fin de la période estivale et de la période des fêtes). Parmi les départs, 24 ont quitté pour la retraite.

[4] Taux en assurance salaire = nombre d'heures en assurance salaire divisé par le nombre total des heures travaillées, incluant le temps supplémentaire ainsi que les heures MOI multiplié par 100.

STAGIAIRES

L'accueil de stagiaires a connu un franc succès dans la dernière année. Au total, nous avons reçu 58 stagiaires dont 23 en stages d'observation dans différents secteurs et 35 stages d'intégration. Les principaux secteurs d'accueil sont la médecine, les soins infirmiers, le travail social, le laboratoire, la kinésiologie, les archives médicales, la physiothérapie, etc. Merci à tous nos employés qui acceptent de transmettre leurs connaissances et leurs compétences aux futurs professionnels de la santé et des services sociaux.

RELATIONS SYNDICALES

Tel que présenté dans le tableau suivant, il y a eu au total 5 846 heures de libérations syndicales au cours de l'année, augmentation de 8,8 % comparativement à l'exercice précédent. Cette augmentation s'explique par la poursuite de la négociation des dispositions locales tenues entre l'employeur et les syndicats. Suite à la fusion des deux établissements en 2011, nous étions dans l'obligation de renégocier les dispositions locales des trois syndicats. Après plusieurs séances de négociations tenues à partir de septembre 2013 et des échéanciers à respecter, une demande de médiation-arbitrage a été déposée. Les séances de médiation-arbitrage ont eu lieu au cours de l'année et des ententes ont été conclues entre les deux parties.

Libérations syndicales			
	2013-2014	2014-2015	Variation
Nombre d'heures	5 374	5 846	+ 472
Coût	137 878 $	154 270 $	+ 16 392 $

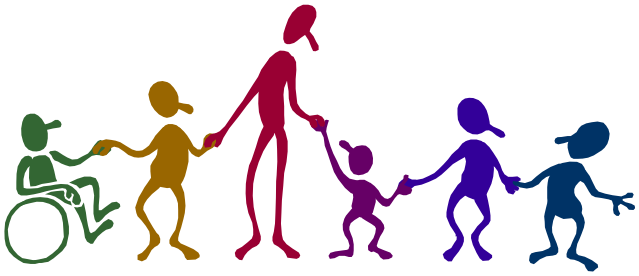
PLAN DES EFFECTIFS MÉDICAUX (PEM)

Tel que présenté dans le tableau suivant, l'établissement compte sur un plan d'effectifs médicaux de 62 % de ce qui est autorisé par le ministère, soit 18 médecins omnipraticiens sur une possibilité de 29. Les médecins spécialistes et les médecins dépanneurs pratiquent à titre de médecins dépanneurs associés dans l'établissement et, par ce fait, ne font pas partie du PEM.

	PEM 2014	EFFECTIFS EN PLACE AU 31 MARS 2015	ÉCART
✦ Secteur Ville-Marie	20	15	- 5
✦ Secteur Témiscaming-Kipawa	9	3	- 6
Total CSSS	29	18	- 11

Sur les médecins en place, 10 du secteur de Ville-Marie et 3 du secteur de Témiscaming-Kipawa ont une pratique hospitalière (urgence, soins de courte durée et/ou obstétrique). Ceci explique le recours au mécanisme de dépannage du ministère pour assurer la couverture médicale requise dans les secteurs hospitaliers.

LA POPULATION DU TÉMISCAMINGUE



Le portrait de la population est tiré des données fournies par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue sur son site Internet à l'adresse www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca , sous la rubrique « Portrait de la population ».

DÉMOGRAPHIE

Le territoire du CSSS du Témiscamingue est le moins populeux de la région avec 16 346 personnes domiciliées dans 20 municipalités, 2 territoires non-organisés et 3 communautés autochtones sur un territoire très vaste, avec une superficie d'un peu plus de 20 000 kilomètres carrés.

La population autochtone, majoritairement anglophone, représente 4 017 personnes, dont 1 329 sur réserve et 2 688 hors réserve. C'est un peu plus de 24,6 % de la population totale du territoire.

De la population totale de 16 346 personnes, 16,5 % (2 695 personnes) sont âgées entre 0 à 14 ans; 10,8 % (1 771 personnes) sont âgées entre 15 à 24 ans; 22,4 % (3 669 personnes) sont âgées entre 25 à 44 ans; 32,4 % (5 303 personnes) sont âgées entre 45 à 64 ans; 17,8 % (2 908 personnes) sont âgées de 65 ans et plus.

NAISSANCES

Après avoir diminué de façon assez marquée tout au long des années 90 et au début des années 2000, le nombre annuel de naissances a amorcé une légère remontée dans le territoire durant la période 2008-2010, s'établissant en moyenne à 189 par année.

TAUX DE MORTALITÉ

Le taux de mortalité permet de donner un aperçu de l'état de santé général d'une population. Dans le territoire, le taux ajusté de mortalité pour l'ensemble des causes est 800 décès par 100 000 personnes (soit 955 pour les hommes et 664 pour les femmes) comparativement à un taux de 720 décès par 100 000 personnes pour le Québec (soit 841 pour les hommes et 621 pour les femmes). En termes de nombre, cela représente une moyenne annuelle de 139 décès au Témiscamingue (soit 75 hommes et 64 femmes).

POPULATION PROJETÉE POUR L'ANNÉE 2022 SELON LES GROUPES D'ÂGE

Le vieillissement de la population est observable dans le territoire. On remarque que l'âge moyen continue de s'accroître et se situe à 41,9 ans en 2012, une valeur légèrement supérieure à celle de la région (40,7 ans) ainsi que celle du Québec (41,1 ans). D'ici 2022, il est estimé que la taille de la population du territoire diminuera légèrement pour atteindre 16 172. La proportion des jeunes de moins de 15 ans passera de 17,2 % à 15,9 % de la population totale, tandis que celle des 15 à 24 ans passera de 12,6 % à 9,5 %, celle des 25 à 44 ans passera de 20,3 % à 22,1 %; celle des 45 à 64 ans passera de 32,5 % à 28,2 %; et celle des 65 ans et plus passera de 17,4 % à 24,3 %.

POPULATION AYANT L'ANGLAIS COMME LANGUE MATERNELLE

La proportion de la population d'expression anglaise est très variable selon les secteurs du territoire, avec une proportion plus élevée dans les communautés autochtones et le secteur sud du territoire. En 2011, cette proportion s'élevait à 14,1 % de la population du Témiscamingue ayant l'anglais comme langue maternelle, ce qui équivaut à environ 2 305 personnes. Ce taux est significativement plus élevé que la région (3,8 %) et la province (9,0 %).

SCOLARITÉ

Une proportion importante des personnes de 25 ans à 64 ans du territoire est sans diplôme d'études secondaires, soit 23,1 % (1 790 personnes) contre 14,8 % pour l'ensemble du Québec.

La population de 25 à 64 ans ayant un diplôme universitaire en 2011 s'élève à 10,9 % (990 personnes) pour le Témiscamingue comparativement à un taux provincial de 23,3 %.

EMPLOI

Au Témiscamingue, la proportion de la population active s'est quelque peu diminuée de 2006 à 2011, passant de 62,0 % à 59,8 %. À pareilles dates, le taux est demeuré stable à 65 % pour l'ensemble du Québec.

TAUX DE CHÔMAGE

Au Témiscamingue, le taux de chômage a diminué de 1996 à 2006, passant de 15,7 % à 10,3 %. En 2011, il a connu une légère hausse pour se situer à 12,6 %. Il s'agit d'un taux significativement supérieur à celui du Québec (7,2 %).

REVENU DISPONIBLE DES MÉNAGES PAR HABITANT

Le revenu personnel disponible par habitant du Témiscamingue en 2011 s'élève à 24 449 $. Ce revenu est moins élevé que celui de la région (27 794 $) et de la province (26 347 $). Notons que le revenu personnel est aussi très variable d'une municipalité à l'autre sur le territoire.

POPULATION AVEC FAIBLE REVENU

La proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu s'est améliorée de 1995 à 2005, passant de 14,7 % à 10,8 %. Cette proportion est moins importante que celle de la région (12,1 %) ainsi que de la province (17,2 %) en 2011.

Malgré quelques légers soubresauts, la proportion de familles vivant sous la mesure du faible revenu a diminué dans le territoire, passant de 13,2 % en 1997 à 9,9 % en 2010. Chez les familles biparentales, la proportion est passée de 8,5 % à 5,5 %. Chez les familles monoparentales, la proportion a diminué de façon importante jusqu'en 2006 (de 42,6 % à 30,6 %), pour ensuite remonter et se stabiliser autour de 34 %.

Il y a une proportion importante de nos personnes de 65 ans et plus qui bénéficient du supplément du revenu garanti, les plaçant dans une situation financière précaire. Le taux en 2012 pour le Témiscamingue s'élève à 55,6 % (1 510 personnes aînées) contre un taux de 53,9 % pour la région et un taux de 43,5 % pour l'ensemble du Québec.

ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL

En 2008, environ 14,7 % de la population de 15 ans et plus du Témiscamingue ne se percevait pas en bonne santé. Une proportion qui est supérieure à celle du reste du Québec (10,8 %).

Signe d'une amélioration globale de l'état de santé, l'espérance de vie à la naissance a continué de s'accroître au cours des deux dernières décennies dans le territoire du CSSS du Témiscamingue, passant de 75,1 ans à 79,5 ans chez la population en général. Comme ailleurs au Québec et dans les pays développés, les femmes ont une espérance de vie à la naissance plus longue que les hommes : 82,0 ans chez les femmes du territoire contre 77,1 chez les hommes pour la période 2007-2009. Par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance dans le territoire accuse un retard significatif de près de 2 ans comparée au Québec, 79,5 ans contre 81,1 ans en 2007-2009. Les différences ne se révèlent toutefois pas significatives chez les hommes ou les femmes en particuliers.

L'espérance de vie à 65 ans, soit le nombre d'années à vivre au-delà de 65 ans, est de 19,3 ans chez les personnes du territoire (20,8 ans pour les femmes et 17,7 ans pour les hommes) contre 20,1 ans pour l'ensemble du Québec (21,6 ans pour les femmes et 18,3 pour les hommes).

L'espérance de vie en bonne santé (2006), c'est-à-dire sans incapacité, se situe à 65,9 ans chez la population du territoire. On constate une amélioration de 2001 à 2006, avec un taux passant de 64,2 ans à 65,9 ans. Les gains ont été plus élevés chez les hommes que chez les femmes, respectivement 2,9 ans et 1,7 an. Les femmes continuent néanmoins d'avoir une espérance de vie en bonne santé plus longue, 67,6 ans pour les femmes contre 64,8 ans pour les hommes. Encore en 2006, le territoire se distingue du Québec avec une espérance de vie en bonne santé plus courte, 65,9 ans comparé à 67,4 ans au Québec. L'écart est également significatif chez les hommes.

FACTEURS DE RISQUE ET COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ

Certains facteurs de risque à la naissance peuvent influencer l'état de santé des personnes.

- Les naissances survenant chez des mères faiblement scolarisées sont beaucoup plus fréquentes en Abitibi-Témiscamingue qu'au Québec. Toutefois, une tendance à la baisse est observée dans la région comme au Québec depuis le début des années 2000. Pour la période 2009-2011, la proportion moyenne

régionale s'établit à 12,3 % comparativement à 7,4 % au Québec, écart statistiquement significatif. L'information n'est pas disponible pour le CSSS du Témiscamingue car l'information sur la scolarité de la mère est manquante pour plusieurs dossiers. Le biais est trop important pour produire des données.

- Le taux de naissances de faible poids s'élève à 7,8 % au cours de la période de 2009-2011 (moyenne annuelle de 15 bébés) contre un taux de 5,7 % pour le Québec.
- Le taux annuel moyen de naissances prématurées s'élève à 8,6 % (moyenne de 16 bébés prématurés/an), comparativement à 7,2 % pour le Québec.
- Les naissances issues de jeunes mères représentent 5,2 % des naissances sur le territoire (moyenne de 10 naissances/an) pour la période 2009-2011 contre un taux de 5,5 % pour la région et 2,7 % pour l'ensemble du Québec. Notons une diminution constante de ce taux depuis les deux dernières décennies dans le territoire, passant de 11 % en 1991-1993 à 5,2 % en 2009-2011.

Certaines données sur les habitudes de vie de la population offrent un aperçu sur la santé de celle-ci :

- 61,5 % (7 300 personnes) de la population de 18 ans du territoire présente un surplus de poids contre un taux de 52,4 % pour l'ensemble du Québec (année 2008);
- 35,7 % (900 personnes) de la population de 18 ans et plus du secteur de Témiscaming-Kipawa et 42,1 % (4 000 personnes) de la population du secteur de Ville-Marie présente de l'embonpoint contre un taux de 36,1 % pour l'ensemble du Québec (année 2008);
- 25,8 % (600 personnes) de la population de 18 ans et plus du secteur de Témiscaming-Kipawa et 19,4 % (1 800 personnes) de la population du secteur de Ville-Marie présente de l'obésité contre un taux de 16,3 % pour l'ensemble du Québec (année 2008);
- 26 % (700 personnes) de la population de 12 ans et plus du secteur de Témiscaming-Kipawa et 24 % (2 500 personnes) du secteur de Ville-Marie ont déclaré fumer la cigarette tous les jours ou occasionnellement contre un taux de 23 % pour l'ensemble du Québe (année 2008). Ce taux est significativement plus élevé chez les hommes (31 % à Témiscaming-Kipawa et 26 % à Ville-Marie) que chez les femmes (20 % à Témiscaming-Kipawa et 23 % à Ville-Marie);
- 6 % des personnes de 12 ans et plus de la région de l'Abitibi-Témiscamingue ont une consommation d'alcool à risque (14 verres et plus par semaine), tandis que

20 % ont une consommation d'alcool élevée (prise de 5 verres et plus par occasion, 12 fois ou plus par an) (année 2005);

- 54 % des personnes de 12 ans et plus de la région de l'Abitibi-Témiscamingue consomment moins de 5 fruits et légumes par jour, proportion supérieure à celle du reste du Québec (48,1 %) (année 2009-2010). Cette proportion est plus élevée chez les hommes (65,4 %) en région que les femmes (42,9 %);
- 31,1 % des personnes de 18 ans et plus de la région de l'Abitibi-Témiscamingue sont actives (39,1 % pour l'ensemble du Québec), 20,5 % sont moyennement actives (19,0 % pour l'ensemble du Québec) 27,1 % sont un peu actives (17,6 % pour l'ensemble du Québec) et 21,3 % sont sédentaires (24,3 % pour l'ensemble du Québec) (année 2009-2010).

ADAPTATION SOCIALE

Concernant les problèmes d'adaptation sociale et plus particulièrement ceux des jeunes en lien avec la Loi sur la protection de la jeunesse, on constate pour la période de 2005-2006 à 2009-2010, que 48,8 % des signalements faits pour les jeunes allochtones et autochtones hors réserve du territoire sont retenus pour évaluation par les services de protection de la jeunesse, représentant une moyenne de 112 jeunes par année (18 jeunes pour le secteur de Témiscaming-Kipawa et 93 jeunes pour le secteur de Ville-Marie). Ce taux est significativement plus élevé que le taux régional qui est de 42,1 %. Pour les jeunes autochtones sur réserve du territoire, le taux s'élève à 45,6 %, représentant une moyenne de 40 jeunes autochtones sur réserve par année. Ce taux est quant à lui plus bas que le taux régional qui s'élève à 57,0 %.

Du nombre de signalements retenus pour évaluation pour la même période, une moyenne annuelle de 55 jeunes du territoire sont pris en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, soit 38 jeunes allochtones et autochtones hors réserve et 17 jeunes autochtones sur réserve. Si l'on compare le territoire avec la région, on constate un taux pour 1 000 jeunes allochtones et autochtones hors réserve significativement plus élevé que la région (taux de 11 pour 1 000 contre un taux régional de 7,3 pour 1 000). En contraste, le taux pour les jeunes autochtones sur réserve du territoire est inférieur à celui de la région (43,9 pour 1 000 contre un taux régional de 102,3 pour 1 000).

Le nombre moyen par an de jeunes âgés de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois fédérales ou provinciales pour la période de 2007 à 2009 s'élève à 68 jeunes, représentant un taux de 49 pour 1 000 jeunes, ce qui est comparable à la région et l'ensemble du Québec.

Le nombre moyen de personnes de 12 ans et plus ayant été victimes de violence dans un contexte conjugale pour la période de 2006 à 2008 est de 39 personnes (9 hommes et 30 femmes), représentant un taux de 270 pour 100 000 personnes (taux de 122 pour les hommes et de 422 pour les femmes). Cette situation est comparable à celle de la région et de l'ensemble du Québec.

Le nombre moyen de personnes ayant été victimes d'infractions sexuelles pour la période de 2006 à 2008 est de 19 personnes (17 jeunes de moins de 18 ans et 3 adultes), représentant un taux de 115 pour 100 000 personnes, taux comparable à la région (107) mais supérieur à l'ensemble du Québec (70).

SANTÉ MENTALE

La proportion des personnes dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue (2009-2010), âgées de 12 ans et plus, considérant leur santé mentale passable ou mauvaise, s'élève à 4 %, proportion équivalente à celle du Québec.

La proportion de personnes à domicile de l'Abitibi-Témiscamingue (2011-2012), âgées de 15 ans et plus, éprouvant un stress quotidien élevé, se situe à 26 % contre une proportion de 27 % pour l'ensemble du Québec.

La proportion de travailleurs de l'Abitibi-Témiscamingue (2011-2012), âgés de 15 à 74 ans, éprouvant un stress quotidien élevé au travail s'élève à 35 % contre une proportion de 36 % pour l'ensemble du Québec.

La population, âgée de 15 ans et plus, ayant un niveau élevé de détresse psychologique s'élève à 19 % pour le secteur de Témiscaming-Kipawa et à 27 % pour le secteur de Ville-Marie (2008). Le taux régional et provincial se situe à 22 %.

La proportion des personnes âgées de 12 ans et plus de l'Abitibi-Témiscamingue souffrant de troubles d'anxiété (2011-2012) s'élève à 7 %, situation plus défavorable que celle du reste du Québec avec un taux de 6 %.

La proportion des personnes de 12 ans et plus de l'Abitibi-Témiscamingue souffrant de troubles de l'humeur (2009-2010) s'élève à 5 % contre un taux de 5 % pour l'ensemble du Québec.

Pour le territoire du pavillon Sainte-Famille du CSSS, le taux annuel moyen d'hospitalisations pour troubles mentaux, pour la période de 2006-2007 à 2009-2010, se situe à 62 hospitalisations pour 10 000 personnes. Cela correspond en moyenne à 76 hospitalisations par année. La durée moyenne d'une hospitalisation s'élève à 12 jours. Tandis que pour la population du territoire du pavillon Témiscaming-Kipawa du CSSS, le

taux annuel moyen d'hospitalisations pour troubles mentaux se situe à 47 hospitalisations pour 10 000 personnes. Cela correspond en moyenne à 16 hospitalisations par année. La durée moyenne d'une hospitalisation s'élève à 11 jours. Le taux régional s'élève à 55 hospitalisations pour 10 000 et le taux pour l'ensemble du Québec s'élève à 41 pour 10 000. La durée moyenne de séjour d'une hospitalisation pour troubles mentaux est plus élevée en région (15 jours) ainsi que pour l'ensemble du Québec (21 jours).

Le taux ajusté de mortalité par suicide (2006 à 2010) pour la population du Témiscamingue s'établit à 20 pour 100 000 personnes, représentant une moyenne de 4 décès par suicide par an, un taux comparable à la région mais plus élevé que le taux pour l'ensemble du Québec qui s'élève à 15,0 pour 100 000.

SANTÉ PHYSIQUE

Le taux d'incidence du cancer pour l'ensemble des tumeurs malignes (2006-2010) pour la population du Témiscamingue s'élève à 535 cas pour 100 000 personnes, représentant une moyenne de 95 nouveaux cas par an, situation comparable à la région ainsi qu'à l'ensemble du Québec. L'évolution des taux d'incidence du cancer au cours des deux dernières décennies semble enregistrer une légère tendance à la hausse dans le territoire du CSSS du Témiscamingue, le taux s'élevant de 454 à 535 cas pour 100 000 personnes. La situation observée durant la période 2006-2010 se compare toutefois à celle observée dans l'ensemble du Québec.

Le nombre de nouveaux cas de personnes diabétiques, âgées de 20 ans et plus (2008-2009), s'élève à 4,6 pour 1 000 personnes pour le territoire du pavillon Témiscaming-Kipawa et à 7,4 pour 1 000 personnes pour le territoire du pavillon Sainte-Famille, situations comparables à celle du reste du Québec.

La proportion de personnes diabétiques, âgées de 20 ans et plus (2010-2011), s'élève à 5,9 pour 1 000 personnes pour l'ensemble du Témiscamingue, proportion inférieure au taux de l'ensemble du Québec (7,0 %).

On retrouve parmi la population de 12 ans et plus de la région de l'Abitibi-Témiscamingue en 2009-2010, les problèmes de santé suivants :

- Maux de dos autre que la fibromyalgie ou l'arthrite (20 % contre un taux de 17,2 % pour l'ensemble du Québec)
- Taux de prévalence de l'hypertension artérielle (16,0 % contre un taux de 20,7 % pour l'ensemble du Québec)

- Prévalence de l'arthrite (12,1 % contre un taux de 11,1 % pour l'ensemble du Québec)
- Prévalence des migraines (11,8 % contre un taux de 9,1 % pour l'ensemble du Québec)
- Prévalence de l'asthme (13,2 % contre un taux de 8,0 % pour l'ensemble du Québec)

Au chapitre des hospitalisations pour les soins physiques de courte durée, on observe pour la période de 2006-2007 à 2010-2011 :

- Le taux annuel moyen d'hospitalisations pour l'ensemble des causes est significativement plus élevé pour notre CSSS (1 155 hospitalisations pour 10 000 personnes contre 774 pour 10 000 pour l'ensemble du Québec)
- Cette observation est aussi faite pour les causes spécifiques d'hospitalisation :
    - les maladies de l'appareil circulatoire (181 contre un taux pour l'ensemble du Québec de 115);
    - les traumatismes non intentionnels (92 contre 49);
    - les maladies de l'appareil respiratoire (115 contre 75);
    - les maladies de l'appareil digestif (117 contre 80);
    - les cardiopathies ischémiques (71 contre 45);
    - les maladies pulmonaires obstructives chroniques (41 contre 21).
- Le taux pour les tumeurs est comparable à celui pour l'ensemble du Québec, soit 64 hospitalisations pour 10 000 personnes contre 59 pour 10 000 pour l'ensemble du Québec.

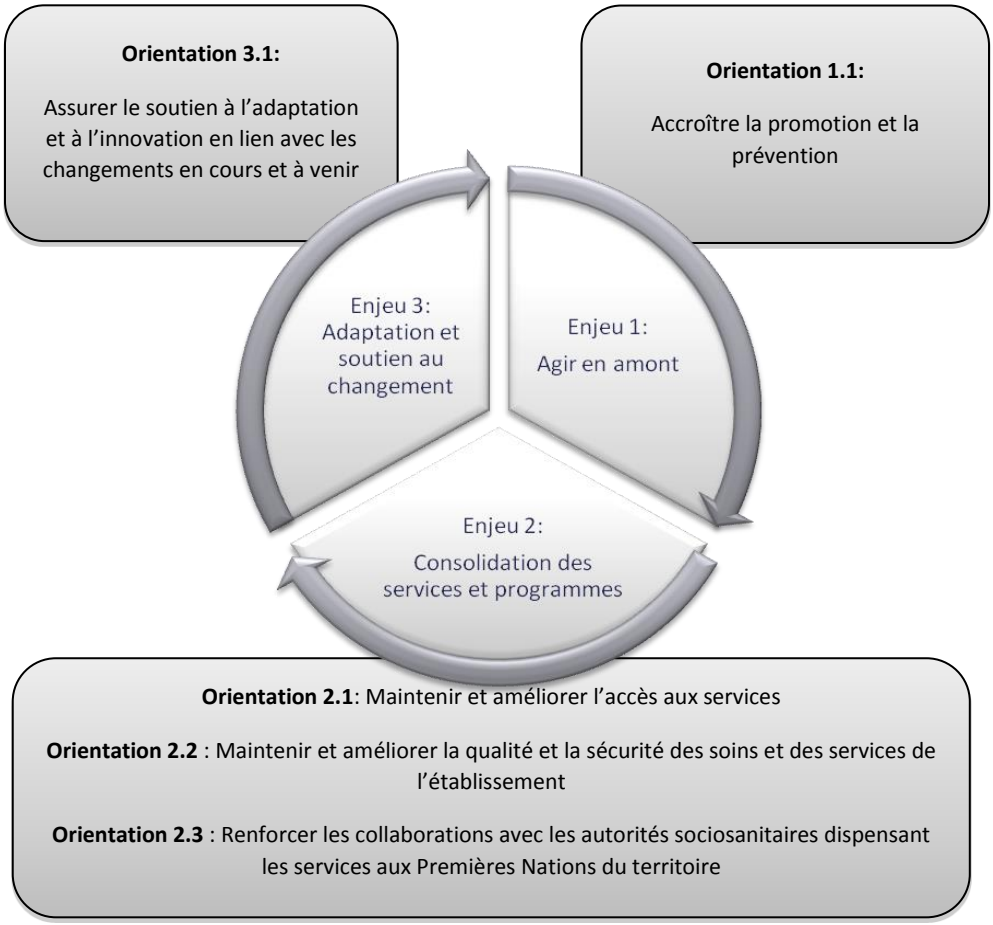
En ce qui concerne la mortalité, on note un taux annuel moyen de décès pour l'ensemble des causes pour l'ensemble du Témiscamingue de 800 décès pour 100 000 personnes. Notons que le taux de mortalité pour l'ensemble des causes a diminué constamment entre les périodes 1985-1989 et 2005-2009. La tendance s'avère donc la même que celle observée au Québec et dans la région. Durant ces 25 années, le taux du territoire est ainsi passé de 1 137 à 800 décès pour 100 000 personnes en moyenne annuellement. En 2005-2009, le taux de mortalité au Témiscamingue se révèle néanmoins significativement supérieur au taux québécois qui se situe à 720 décès pour

100 000. En termes de nombre, cela représente une moyenne annuelle de 139 décès au Témiscamingue.

Les principales causes de décès sur le territoire sont comparables à celles du reste du Québec : les tumeurs (moyenne de 40 décès par an), les maladies de l'appareil circulatoire (moyenne de 36 décès par an), les maladies de l'appareil respiratoire (moyenne de 11 décès par an) et les traumatismes non-intentionnels (moyenne de 8 décès par an).

PLAN STRATÉGIQUE 2013-2015

Le plan stratégique 2013-2015 dégage trois grands enjeux du contexte dans lequel évolue le CSSS du Témiscamingue. Pour relever le défi posé par chacun de ces enjeux, l'établissement retient, d'ici 2015, cinq (5) grandes orientations articulées autour de divers axes d'intervention pour lesquels des objectifs sont formulés. L'année 2014-2015 fut marquée par la réalisation de plusieurs actions de ce plan stratégique, telles que démontrées dans les pages suivantes.



AGIR EN AMONT

ACCROÎTRE LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION

Développement des communautés (DC)

Responsable : Jeanne St-Pierre, directrice des programmes-services

- Participation active aux travaux du comité de suivi du plan stratégique du Témiscamingue. Les cibles de développement social ont été incluses au plan stratégique du territoire. Le travail en comité (MRC, SDT, CDCT, CSSST, personne représentant les familles à faible revenu), ainsi que les fonds du Fonds québécois d'initiatives sociales (FQIS) nous ont permis de soutenir plus de 7 (sept) projets en lien avec les clientèles à faible revenu.
- Deux (2) rencontres de l'équipe en organisation communautaire se sont tenues. Un processus de collaboration a été initié.
- La formation en développement des communautés a été donnée au personnel cadre ainsi qu'à l'équipe de la santé publique.
- Implication de l'organisateur communautaire au sein du comité Développement de la connaissance en vue de la création, au début de l'année 2015-2016, de la communauté de pratique COMMUNAT.
- Collaboration, avec le comité régional, à la mise à jour du cadre de référence en travail de rue/travail de milieu. Des outils de coordination et de supervision ont été développés pour assurer la supervision des deux (2) travailleuses de milieu sur le territoire.

Améliorer la santé et le bien-être et contrer la pauvreté

Responsable : Jeanne St-Pierre, directrice des programmes-services

- Nous avons poursuivi notre participation aux rencontres et notre implication dans les divers comités du projet Générations Plus. Un bilan très positif a été fait de ce projet et des pistes de solutions ont été mises en place afin d'assurer une continuité dans cette collaboration.
- Le CSSS s'est repositionné dans le dossier Santé et bien-être des hommes, depuis octobre 2014, la direction de la santé publique régionale assure le leadership de ce dossier. L'organisateur communautaire de notre site s'implique activement dans ce dossier.
- Notre organisateur communautaire poursuit activement son implication sur les tables locales en petite enfance et famille.
- Des travaux ont été effectués avec le comité Amis des aînés afin que le projet transport / accompagnement, pour les personnes âgées, soit reconduit. Aucun avancé dans ce dossier.
- En ce qui trait à l'hébergement, le comité du secteur Ste-Famille a poursuivi ses actions. Les résultats de la recherche concernant les ressources d'hébergement de type évolutif ainsi qu'un guide sur les normes, règlements et subventions ont été diffusés en juin 2015.
- Pour le secteur Témiscaming-Kipawa, le comité d'hébergement poursuit ses travaux en vue de construire des logements pour les personnes semi-autonomes. Des discussions

auront lieu afin de permettre la relocalisation des 3 places RI dans ce secteur.

Plan d'action local en santé publique (PALSP)

Responsable : Jeanne St-Pierre, directrice des programmes-services

- Nous avons poursuivi les actions contenues dans le PALSP 2004-2015.
- Nous avons atteint l'objectif à 83% lors du bilan de 2014. Le bilan 2015 n'a pas été fait.
- Le projet de politique de santé publique 2015-2025 a été présenté en avril 2015 et l'appropriation se fera seulement à l'automne 2015.

Déploiement des pratiques cliniques préventives (PCP)

Responsable : Jeanne St-Pierre, directrice des programmes-services

- L'intégration des pratiques cliniques préventives se fait en continu.

Programme régional de santé au travail

Responsable : Joanne Delisle, coordonnatrice du programme régional en santé au travail

- Avons réalisé 1 056 interventions pour un total de 4 788 activités.
- 718 entreprises ont été rejointes pour un taux de couverture des entreprises à 58% et 84% pour la couverture des travailleurs.
- Une rencontre s'est tenue avec les représentants de l'Agence afin de leur présenter nos portraits des pratiques. Deux orientations ont été prises, soit au niveau de la vaccination et au niveau des PSPS. Pour les TMS aucune décision n'a été prise.
- Pour l'évaluation du sommaire des TMS, un sous-comité a été formé afin de préparer un guide de saisie. Par la suite une séance d'information a été donnée à l'ensemble des intervenants pour la bonne compréhension de l'application dudit guide.
- Un sous-comité a été formé afin d'identifier les problèmes rencontrées et pour proposer certaines solutions. Dans cette démarche, nous sommes à mettre en place un guide de saisie pour les intervenants.
- Comme prévu dans le projet du SAE-15, deux dépliants de sensibilisation aux établissements ont été envoyés et les thèmes retenus étaient : Travail-famille faut que ça balance et les risques des produits chimiques.
- Des rencontres ont eu lieu avec le président-directeur générale de l'Agence, la directrice générale, le directeur de la santé publique et les coordonnateurs régionaux et il a été décidé de ne pas combler le poste de chef de l'administration de programme. Une réorganisation des tâches a été faite.

CONSOLIDATION DES SERVICES ET DES PROGRAMMES

MAINTENIR ET AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES

Accès téléphonique de consultation en matière de services psychosociaux (Info-Social)

Responsable : Jeanne St-Pierre, directrice des programmes-services

- Participation active au comité d'implantation d'un service Info-Social. Ce service sera disponible au printemps 2015.

Déploiement des infirmières praticiennes de première ligne (IPS-SPL)

Responsable : Évelyne Grenier-Ouimette, directrice des soins infirmiers et des programmes-services

- Un indicateur de résultats a été déterminé pour assurer le suivi, soit le nombre de clients rencontrés par l'IPS-SPL.
- Intégration de l'IPS-SPL dans le secteur Témiscaming-Kipawa.
- Une 3e boursière a été sélectionnée, support lui a été apporté depuis le début de sa formation en septembre 2014.

Accès à un médecin de famille

Responsable : Carole Lahaie, directrice des services professionnels

- Guichet d'accès implanté sur le site de Témiscaming-Kipawa depuis décembre 2014.
- Prise en charge de la clientèle prioritaire assurée via le guichet d'accès.
- Intégration de l'IPS-SPL dans le GMF du site de Témiscaming-Kipawa débutée en janvier 2015. Travail de partenariat avec l'équipe médicale bien amorcé. Le tout est à poursuivre au cours de la prochaine année en vue d'assurer un meilleur suivi de la clientèle et de voir à la prise en charge de nouveaux usagers.

Accès aux chirurgies et aux examens endoscopiques

Responsable : Évelyne Grenier-Ouimette, directrice des soins infirmiers et des programmes-services

- Le suivi de la gestion de la liste des personnes inscrites pour chirurgie et examen endoscopiques est assuré périodiquement.
- Les chirurgies identifiées oncologiques sont traitées à l'intérieur de 28 jours.

Accès aux services diagnostiques

Responsable : Jeanne St-Pierre, directrice des programmes-services

- Un suivi trimestriel a été fait par la responsable du service ainsi que par le comité de direction à l'aide de tableaux de bord.
- Un mécanisme d'accès aux services diagnostics du CSSS par le GMF Témiscavie a été élaboré et mis en application.

Accès aux médecins spécialistes

Responsable : Carole Lahaie, directrice générale

- Avons participé à la mise en place du continuum de services spécialisés pour les AVC. Un des travaux particuliers au cours de la dernière année fut le déploiement de la téléthrombolyse à l'urgence du pavillon Sainte-Famille. Le tout devrait être complété pour le mois de juin 2015.
- Avons tenu une rencontre avec les hauts dirigeants du NBRHC en octobre 2014 afin d'avoir une compréhension commune de la problématique. Les travaux doivent se poursuivre dans la prochaine année en vue de trouver une solution sur le problème de financement des services consommés par notre population de Témiscaming et de Kipawa dans ce centre hospitalier.

Services pour la clientèle atteinte de cancer

Responsable : Évelyne Grenier-Ouimette, directrice des soins infirmiers et des programmes-services

- L'équipe interne du CSSST a poursuivi ses rencontres et les orientations ministérielles sont intégrées à la pratique.
- La couverture médicale en oncologie a été assurée.
- Le RQC a été déployé mais aucune activité n'a été faite étant donné l'absence du registraire.

Services spécialisés pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Responsable : Évelyne Grenier-Ouimette, directrice des soins infirmiers et des programmes-services

- Un comité de gouverne local AVC a été constitué et un calendrier des rencontres a été établi.
- Un plan d'action a été élaboré.

Réduction des hospitalisations évitables

Responsable : Évelyne Grenier-Ouimette, directrice des soins infirmiers et des programmes-services

- Amorce des discussions au regard des critères d'admission à l'unité SCD et de transfert vers une unité de soins intensifs pour le pavillon Témiscaming-Kipawa.

Gestion du service des urgences

Responsable : Évelyne Grenier-Ouimette, directrice des soins infirmiers et des programmes-services

- Le plan de débordement à l'urgence est connu, la démarche sera poursuivie afin d'en assurer l'application.
- Les cibles ministérielles visées au regard des durées moyennes de séjour sur civière ont été atteintes.

Accès aux services spécialisés pour des problèmes complexes touchant les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes ayant des problèmes de santé mentale

Responsable : Carole Lahaie, directrice générale

- Mme Lahaie a dû se désister de ce comité étant donné le cumul de fonctions du directeur des services professionnels qu'elle a assumé en cours d'année. La région n'a pas poursuivi les travaux de ce comité.

Services pour les personnes atteintes de maladies chroniques

Responsable : Jeanne St-Pierre, directrice des programmes-services

- La direction s'est jointe à l'équipe médicale pour la mise en place de cliniques de suivis pour la clientèle atteinte de certaines maladies chroniques, soit la maladie pulmonaire obstructive chronique et le diabète.
- Le programme de suivi de la clientèle atteinte d'une MPOC a été adopté et est en phase d'implantation.
- Le programme de suivi de la clientèle atteinte de diabète est en élaboration. Il sera adopté et déployé dans la prochaine année.
- Le département de médecine générale du CSSS a nommé deux médecins répondants pour ces nouveaux programmes. Ceux-ci font maintenant partie de l'équipe interdisciplinaire dédiée aux maladies chroniques.

Services en santé mentale et Dépendances

Responsable : Jeanne St-Pierre, directrice des programmes-services

- Le programme SIV est déployé depuis plusieurs mois.

Services aux jeunes et leur famille

Responsable : Jeanne St-Pierre, directrice des programmes-services

- Le programme d'intervention en négligence est suivi en continu.
- L'entente de collaboration avec le Centre jeunesse a été revue et approuvée par les directions générales des établissements.

Services aux personnes âgées en perte d'autonomie

Responsable : Rosane Beaulé, directrice des programmes-services

- Un nouveau service de popote a été mis en place à Témiscaming-Kipawa en collaboration avec un traiteur local. Le service est offert 7 jours par semaine.
- Pour le transport, les intervenants du pavillon Témiscaming-Kipawa ont été informés des mesures permises au cadre de référence. Un suivi est effectué à ce niveau.
- Le projet d'organisation du travail portant sur le service d'aide à l'hygiène, pavillon Ste-Famille, a été réalisé. Il a permis d'améliorer l'accès et la continuité des services.
- Des modalités de références ont été convenues entre la Table de concertation pour personne âgée et le pavillon Ste-Famille dans le cadre du projet APPUI.
- Dans le cadre du logement social, pavillon Ste-Famille, les repas communautaires, les jardins communautaires ainsi que le soutien civique se sont poursuivis dans les HLM.
- La gestionnaire de cas a été dégagée afin de participer au projet d'organisation du travail- RSIPA. L'harmonisation des pratiques a été réalisée pour les deux pavillons.
- L'entente de service dans le cadre des activités de jour a été maintenue. Plusieurs discussions ont été effectuées avec les organismes communautaires mais aucune entente n'a été signée.
- Le projet d'organisation du travail portant sur le service alimentaire en HLD, pavillon Témiscaming-Kipawa, a été réalisé avec succès. Ce projet a permis d'améliorer grandement l'organisation du travail des cuisinières et aides-cuisinières ainsi que la qualité des repas. Lors de la visite MSSS, en juillet 2015, nous avons obtenu des félicitations pour ce projet.

Services aux personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

Responsable : Rosane Beaulé, directrice des programmes-services

- Nous avons participé au comité régional visant l'harmonisation des services à la personne handicapée.

Services en langue anglaise

Responsable : Pascale Huard, conseillère en gestion des programmes

- Depuis le 5 août 2014, une nouvelle agente de liaison bilingue assure un service d'accueil et d'interprétation au pavillon Ste-Famille à raison de 35 heures par semaine (ce poste était vacant depuis octobre 2013).
- Participation au projet de formation linguistique avec l'École d'éducation permanente de l'Université McGill. La mise en œuvre du projet pilote de cette formation a eu lieu de janvier à mars 2015. Deux employées du CSSS du Témiscamingue ont participé et ont complété leur session.
- Participation à un sondage/enquête en janvier 2015 effectué par le comité régional pour le programme d'accessibilité aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise. Ce processus d'évaluation a fourni un retour approfondi et constructif sur l'efficacité de notre programme d'accès pour la population d'expression anglaise au Témiscamingue.
- Révision du "Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour la population d'expression anglaise", incluant la mise à jour du plan d'action pour la période 2015-2018.
- Suivi des commentaires et suggestions émis par la clientèle anglophone via les boites à commentaires installées dans les trois pavillons.
- Traduction en anglais de divers dépliants et matériaux éducationnels.

CONSOLIDATION DES SERVICES ET DES PROGRAMMES

MAINTENIR ET AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Programme de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Responsable : Pascale Huard, conseillère en gestion des programmes

- Les preuves requises en PCI par Agrément Canada ont été soumises en juillet 2014 et janvier 2015.
- Le comité PCI a tenu cinq réunions durant l'année. Il a assuré la surveillance et suivi des tableaux de bord trimestriels. De plus, il a émis quatre recommandations.
- Le comité a accepté de participer à la Campagne québécoise de soins sécuritaires / volet PCI et a choisi deux ensembles de pratiques exemplaires.
- Gestion de trois éclosions durant l'année.
- Diffusion d'un rapport périodique en PCI à tous les directeurs et chefs à la fin de chaque période pour promouvoir une meilleure connaissance des événements en PCI.
- Plusieurs activités de sensibilisation sur l'hygiène des mains ont eu lieu.
- Des audits sur l'hygiène des mains ont été faits aux trois pavillons tout au long de l'année.

- Formation donnée en PCI/hygiène des mains aux nouveaux employés tout au long de l'année ainsi qu'aux bénévoles annuellement.
- Plusieurs activités préparatoires dans le dossier Ébola ont eu lieu, y compris la participation à la coordination régionale, la mise en place de la documentation et de l'équipement de protection individuelle (EPI) dans chacune des urgences, des sessions de pratique de revêtement et retrait de l'EPI pour le personnel, une simulation d'un cas suspect arrivant à l'urgence.
- Mise à jour du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.
- Élaboration et diffusion du devis de service en hygiène et salubrité.
- Mise à jour et diffusion de la politique ainsi que la procédure sur l'hygiène des mains.
- Élaboration / mise à jour et diffusion de plusieurs autres procédures qui sont en lien avec la PCI.

Programme sur la prestation sécuritaire des soins et des services

Responsable : Pascale Huard, conseillère en gestion des programmes

- Le programme sur la prestation sécuritaire des soins et des services à l'usager a été révisé.
- Poursuite de l'intégration du programme aux plans d'orientation des nouveaux employés.
- Le programme de gérance des antimicrobiens a été adopté en décembre 2014.
- Réalisation d'une tournée de la haute direction qui a fait l'objet de suivis et d'améliorations.
- Exercices des mesures d'urgence (simulations d'un code rouge et vert, d'un code rose et d'un code jaune).
- Deux analyses prospectives ont été débutées (les erreurs de médicaments par omission ainsi que le cheminement des résultats de laboratoire).
- Des audits de qualité ont été effectués en hygiène des mains, en hygiène et salubrité, et en thromboprophylaxie.
- Participation à la campagne annuelle sur la sécurité des patients à l'automne.
- Plusieurs formations ont été offertes au personnel au cours de l'année, incluant le programme Oméga.
- La procédure «Participation des usagers à leurs soins» et le dépliant à l'intention des usagers «Ma santé j'en prends soin» / «Taking Care of My Health» ont été révisés et diffusés.

Agrément

Responsable : Pascale Huard, conseillère en gestion des programmes

- Les preuves requises ont été soumises à Agrément Canada en juillet 2014. Des preuves supplémentaires ont été exigées. Celles-ci ont été soumises en janvier 2015. D'autres preuves sont demandées pour mai 2015.
- Le comité de coordination de la qualité s'est rencontré quatre fois en 2014-2015.
- Les bons coups ont été soulignés dans le bulletin INFO-CSSST. De plus, les commentaires positifs émis par la clientèle via les boites à commentaires dans les trois

pavillons ont été transmis aux chefs des secteurs concernés.

Concertation avec les conseils de bande et les centres de santé

Responsables : Évelyne Grenier-Ouimette, directrice des soins infirmiers et des programmes-services (pour le secteur de Ville-Marie) et Serge Larochelle, directeur d'activités d'établissement (secteur Témiscaming-Kipawa)

- Quelques rencontres ont eu lieu avec les communautés autochtones.
- Participation à la phase I et phase II du projet Piwaseha.
- Une entente concernant le test de réactivité fœtale en téléconsultation avec la communauté Long Point First Nation a été signée. Les équipements ont été achetés, toutefois nous sommes en attente de la formation de la part de la compagnie.
- Une entente de collaboration pour les services en santé mentale et dépendances avec la communauté d'Eagle Village a été signée.

GESTION DES CHANGEMENTS

ASSURER LE SOUTIEN À L'ADAPTATION ET À L'INNOVATION

Dans le cadre des travaux liés à la fusion de nos CSSS

Responsable : Carole Lahaie, directrice générale

- Nous avons cessé, en cours d'année, les démarches d'harmonisation et d'intégration entre les sites de Ville-Marie et Témiscaming-Kipawa étant donné la création imminente du CISSS-AT.

Recrutement médical

Responsable : Carole Lahaie, directrice générale

- Accueil de 5 nouveaux omnipraticiens en cours d'année.
- Activités de recrutement sont à poursuivre, car nous sommes toujours à 62 % de notre plan d'effectifs médicaux (15/20 médecins pour le secteur de Ville-Marie et 3/9 pour le secteur de Témiscaming-Kipawa).

Stratégies de recrutement et de rétention

Responsable : Josée Boucher, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel

- Le PPE a été mis à jour à l'automne 2014.
- Le PDRH a été complété.

Recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI)

Responsable : Josée Boucher, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel

- Avons poursuivi le plan d'action. Toutefois, nous avons eu recours à la MOI infirmière dans le secteur de l'urgence à Ville-Marie ainsi qu'à l'unité des soins de courte durée au pavillon Témiscaming-Kipawa.
- Malgré ce recours à la MOI, nous avons tout de même atteint les cibles de l'entente de gestion avec un taux de 3,82 % pour les infirmières; 0 % pour les préposés aux bénéficiaires; et 0 % pour les inhalothérapeutes.

Démarche « Entreprise en santé »

Responsable : Josée Boucher, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel

- Le comité de santé et mieux-être est demeuré actif tout au long de l'année. Il a poursuivi la réalisation du plan d'action.
- Un 2e sondage sur la mobilisation du personnel a été complété au printemps 2014. Les résultats ont été présentés largement dans l'organisation. Des groupes de discussion sur les résultats ont été organisés afin de les valider et de dégager des pistes d'action pour renouveler notre plan d'action.
- Les travaux seront à poursuivre au printemps 2015.

Projet d'agrandissement du pavillon Sainte-Famille

Responsable : Robert Clouâtre, directeur général adjoint

- L'établissement n'a toujours pas obtenu la confirmation des crédits financiers pour le projet d'agrandissement. Le CA et la direction générale ont fait plusieurs interventions politiques et stratégiques tout au long de l'année pour faire avancer le dossier. Les démarches sont à poursuivre.

Réduction des dépenses administratives et amélioration de la performance

Responsable : Carole Lahaie, directrice générale

- Avons poursuivi les différents projets d'optimisation locaux et régionaux.
- Au niveau local :
    - Mise en place d'un transport inter-sites pour la pharmacie, les approvisionnements, le laboratoire, courrier interne, service alimentaire, etc.
    - Mise en place du double-casier au pavillon Témiscaming-Kipawa pour les approvisionnements locaux. Démarches à poursuivre avec la venue du CISSSAT et la centralisation des approvisionnements.
    - Modernisation de la buanderie au pavillon Ste-Famille en vue d'améliorer la performance.
    - Réduction du recours à la MOI.
    - Fusion de nos services d'accueil-évaluation-orientation sur le site de Ville-Marie (services psychosociaux généraux et SAD).
    - Poursuite du projet de réorganisation du travail au service de radiologie.
    - Poursuite de la réorganisation SCD au pavillon Sainte-Famille.

    - Amorce de l'implantation de la Télépharmacie en partenariat avec le CSSS de Rouyn-Noranda.
    - Harmonisation des processus et des tests de nos deux (2) laboratoires.
    - Diminution des dépenses en soutien administratif.
    - Réduction du taux d'encadrement (1,9 ETC).
- Au niveau régional :
    - Début des travaux de régionalisation du service des approvisionnements.
    - Mise en place de la paie régionale
- Poursuite des travaux régionaux sur l'optimisation des laboratoires.

Amélioration des communications

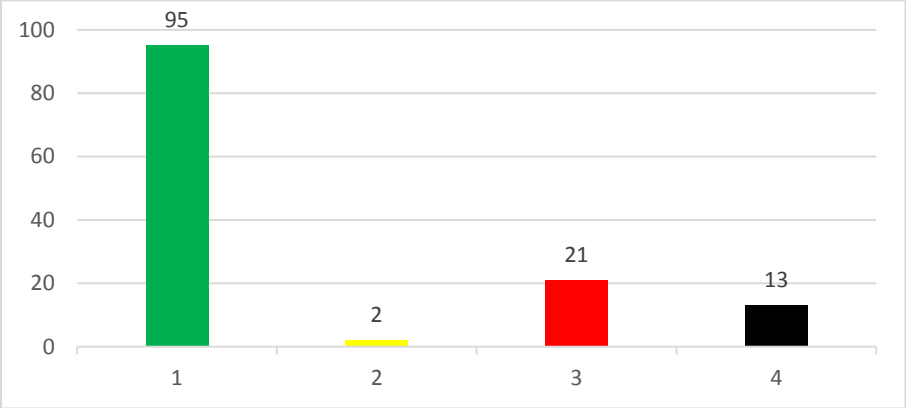
Responsable : Carole Lahaie, directrice générale

- Les mesures de communication interne et externe ont été poursuivies tout au long de l'année, telles que prévues dans le plan de communication stratégique.

Entente de gestion et d'imputabilité

Comme par les années passées, l'établissement a poursuivi l'actualisation de son entente de gestion et d'imputabilité (EGI) signée avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. L'entente de gestion 2014-2015 intègre la majorité des objectifs en référence au plan stratégique 2010-2015 du ministère, auxquels s'ajoutent des objectifs spécifiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 2014-2015 et certains objectifs particuliers à la région.

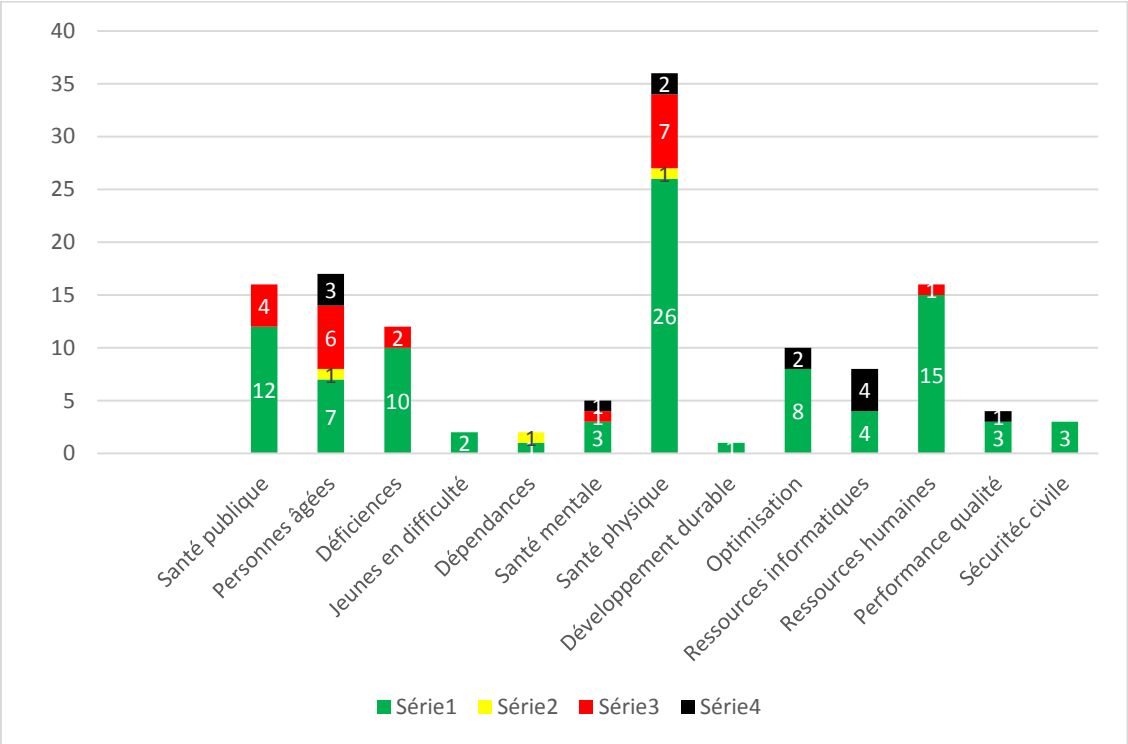
Le graphique suivant présente le bilan global de l'année.[5] On y voit que l'établissement a atteint 72,5 % des cibles (95 cibles) visées dans son EGI. Il y a 1,5 % des cibles (2 cibles) qui sont en bonne voie de réalisation et 16 % des cibles (21 cibles) qui ne sont pas atteintes ou pour lesquelles les travaux ne sont pas débutés. Enfin, il y a 9,9 % des cibles (13 cibles) pour lesquelles nous sommes en attente du palier régional ou national pour débuter les travaux.



[5] Des couleurs sont attribuées à chaque cible afin de faciliter le repérage du niveau d'atteinte des cibles.

- Cible atteinte à 100 % ou travaux complétés
- Cible atteinte à ≥ 90 % ou travaux en cours
- Cible atteinte à < 90 % ou travaux non débutés
- En attente du palier régional ou national

La figure suivante présente les résultats globaux par secteur d'activités. Les résultats détaillés sont présentés dans les tableaux à l'annexe 1.



QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

AGRÉMENT ET DÉMARCHE CONTINUE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Les équipes ont poursuivi les interventions et activités régulières au cours de l'année dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité des services. En fait, les vingt-deux équipes ont continué de mettre en œuvre leur plan d'action en amélioration continue de la qualité basé sur les recommandations émises par Agrément Canada suite à la visite de février 2013.

Après la visite de 2013, l'établissement avait reçu confirmation par Agrément Canada que le CSSS du Témiscamingue démontrait une conformité associée à la majorité des exigences ayant fait l'objet d'un suivi, et, par conséquent, le maintien de son statut d'organisme agréé. Un premier suivi des recommandations émises a été produit en juillet 2013, un deuxième suivi a été réalisé en juillet 2014 et un troisième en janvier 2015. Agrément Canada a accordé une prolongation pour les preuves à fournir au regard des normes sur la gestion des médicaments, compte tenu de l'absence de pharmacien en poste. Un dernier suivi des recommandations doit être fait en mai 2015. Les preuves fournies ainsi que la réponse d'Agrément Canada sont disponibles sur le site Internet de l'établissement à l'adresse www.cssst.ca .

La prochaine visite d'Agrément Canada est prévue en février 2017.

Outre les travaux liés à l'amélioration continue de la qualité et au maintien de son agrément, l'établissement a poursuivi la réalisation de son plan d'action basé sur les recommandations émises par l'équipe ministérielle d'évaluation de la qualité des milieux de vie en CHSLD après la visite de septembre 2013. Le rapport d'évaluation avait identifié 11 recommandations pour le CHSLD au pavillon Duhamel et 12 recommandations pour le CHSLD au pavillon Témiscaming-Kipawa. Toutes ces recommandations ont été réalisées. Les rapports d'évaluation ainsi que les plans d'action sont disponibles sur le site Internet du CISSS-AT : Documentation / Publications / Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en Centre hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

La prochaine visite de l'équipe ministérielle est prévue en 2015.

APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE EN PRÉVENTION DES RISQUES OBSTÉTRICAUX (AMPRO^{OB})

AMPRO^{OB} est un programme de formation continue et de suivi qui vise principalement la sécurité des patientes ainsi que l'amélioration de la performance des professionnels de la santé et des administrateurs des unités obstétricales hospitalières. Notre équipe en obstétrique s'y investit depuis 2010, ce qui a permis d'améliorer les soins, de diminuer le stress lors de situations d'urgence et d'améliorer la communication. L'équipe est en mesure d'utiliser les connaissances, les compétences, les attitudes et les comportements communs qui contribuent à des soins sécuritaires et efficaces dans un milieu sain et collaboratif. L'équipe a poursuivi le programme avec le deuxième volet, soit AMPRO^{OB+}. Nous tenons à féliciter tous les membres de l'équipe de soins, infirmières et médecins, pour leur travail continu dans cette quête vers une meilleure qualité des soins et des services offerts à nos futures mamans.

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Différentes activités ont été réalisées dans le cadre du programme de prestation sécuritaire de soins et des services à l'usager.

- Le programme sur la prestation sécuritaire des soins et des services à l'usager a été révisé.
- Poursuite de l'intégration du programme aux plans d'orientation des nouveaux employés.
- Le programme de gérance des antimicrobiens a été adopté en décembre 2014.
- La procédure «Participation des usagers à leurs soins» et le dépliant à l'intention des usagers «Ma santé j'en prends soin» / «Taking Care of My Health» ont été révisés et diffusés.
- Réalisation d'une tournée de la haute direction qui a fait l'objet de suivis et d'améliorations.
- Exercices des mesures d'urgence, il y a eu :
    - une simulation d'un code rouge et vert
    - une simulation d'un code rose
    - une simulation d'un code jaune
- Deux analyses prospectives ont été débutées :
    - Les erreurs de médicaments par omission

    - Cheminement des résultats de laboratoire
- Des audits de qualité ont été effectués pour évaluer les procédures suivantes:
    - hygiène des mains
    - hygiène et salubrité
    - thromboprophylaxie
- Participation à la campagne annuelle sur la sécurité des patients à la fin octobre 2014.
- Plusieurs formations ont été offertes au personnel au cours de l'année, incluant :
    - En avril/mai 2014, 13 employés ont suivi le programme de formation Oméga, qui vise à développer des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité;
    - Une formation sur les pompes à perfusion a été offerte à l'ensemble des infirmières/infirmiers des 3 pavillons;
    - En octobre et novembre 2014, les infirmières et médecins de l'urgence et les techniciennes de laboratoire du pavillon Ste-Famille ont reçu la formation sur la téléthrombolyse;
    - Des intervenants de l'urgence, du bloc opératoire, et des SCD au pavillon Ste-Famille ont reçu une formation sur «FAST echo» (échographie rapide au chevet du patient en cas d'urgence).
    - En janvier 2015, le personnel infirmier et les médecins de l'urgence et des SCD au pavillon Témiscaming-Kipawa ont reçu une formation sur le BiPAP et le ventilateur portatif.
    - Une formation sur la prévention et le contrôle des infections (incluant l'hygiène des mains) a été donnée aux nouveaux employés tout au long de l'année.

PROGRAMME DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

La responsable de la prévention et contrôle des infections (PCI) a vu au bon fonctionnement du comité PCI et aux divers suivis dans l'organisation. Les actions réalisées dans le cadre de son mandat sont :

- Tenu cinq réunions du comité PCI.
- Surveillance et suivi des tableaux de bord trimestriels.
- Émission des recommandations suivantes :
    - Utilisation des linges en microfibres pour l'entretien ménager dans tous les secteurs de soins.
    - Utilisation des manchons à glucomètre dans chacun des pavillons.
    - Retirer la maisonnette de la salle d'attente à l'urgence.

    - Enlever et remplacer immédiatement tout matelas ou housse amovible de matelas qui est endommagé, usé ou taché.
- Participation à la Campagne québécoise de soins sécuritaires / volet PCI et a choisi les deux ensembles de pratiques exemplaires suivantes:
    - L'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes.
    - La prévention des infections du site opératoire.
- Activités de sensibilisation sur l'hygiène des mains :
    - Chronique santé à CKVM le 17 avril : L'importance de l'hygiène des mains en prévention des infections nosocomiales.
    - Journée ARRÊT! Nettoyez-vous les mains le 5 mai :
        - courriel avec information sur l'hygiène des mains a été envoyé à tous
        - mot croisé sur l'hygiène des mains et tirage pour les participants de chaque pavillon.
    - Napperons illustrant les 4 moments pour l'hygiène des mains ont été distribués dans les 3 pavillons lors de la semaine nationale de prévention & contrôle des infections (dernière semaine en octobre).
- Audits sur l'hygiène des mains ont été faits aux trois pavillons tout au long de l'année.
- Audits en hygiène & salubrité ont été faits.
- Installation de nouveaux distributeurs de savon et désinfectant à mains dans tous les secteurs des trois pavillons.
- Production d'un rapport périodique en PCI envoyé à tous les directeurs et chefs à la fin de chaque période pour promouvoir une meilleur connaissance des événements en PCI.
- Formation en PCI pour les nouveaux employés tout au long de l'année.
- Formation en PCI pour les bénévoles au mois de mai.
- Session d'information sur l'influenza et le vaccin contre la grippe a été donnée au comité des usagers en automne.
- Gestion des éclosions :
    - Une éclosion d'influenza aux soins de courte durée du pavillon Ste-Famille (décembre).
    - Une éclosion de gastro-entérite au pavillon Duhamel (janvier).
    - Une éclosion d'influenza au pavillon Duhamel (février).
- Participation de la conseillère en PCI lors de certaines rencontres d'équipe dans divers secteurs de soins pour discuter des points pertinents en prévention et contrôle des infections.
- Participation de la conseillère en PCI aux multiples conférences téléphoniques de coordination régionale avec la sécurité civile de l'Agence pour le dossier Ébola.

- Mise en place de chariots avec l'équipement de protection individuelle (EPI) pour Ébola dans chacune des urgences.
- Pratiques sur comment mettre et retirer l'EPI dans les trois pavillons à la fin octobre lors de la semaine nationale sur la prévention & contrôle des infections.
- Simulation d'un cas suspect d'Ébola arrivant à l'urgence du pavillon Ste-Famille le 26 février.
- Mise à jour et adoption du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.
- Élaboration et diffusion du devis de service en hygiène et salubrité.
- Mise à jour et diffusion de la politique l'hygiène des mains.
- Mise à jour et diffusion de la procédure lavage et antisepsie des mains.
- Élaboration et diffusion des procédures suivantes :
    - Désinfection lors de gastro-entérite infectieuse d'allure virale (norovirus)
    - Aseptisation des concentrateurs d'oxygène entre chaque usager
    - Désinfection de la salle après un traitement de BCG intravésical
    - Gestion de la maladie du virus EBOLA
- En collaboration avec le bureau de santé, la conseillère en PCI a fait les tests d'ajustements (fit tests) de masques N95 pour plusieurs employés dans plusieurs secteurs des pavillons Ste-Famille et Témiscaming-Kipawa.

MESURES D'URGENCE

Dans le cadre du programme des mesures d'urgence, nous avons fait :

- La mise à jour des pyramides d'appel.
- La mise à jour du plan de chaleur accablante.
- La simulation d'un code rouge et vert au pavillon Duhamel.
- L'achat de couvertures d'urgence supplémentaires pour répondre au besoin du pavillon Duhamel.
- Renouveler les batteries des radios d'urgence aux pavillons Sainte-Famille et Duhamel.
- La révision des panneaux d'alarmes et ascenseurs aux pavillons Sainte-Famille et Duhamel.
- La manipulation des extincteurs aux pavillons Sainte-Famille et Duhamel.
- La mise à jour de la maintenance, localisation et entretien des extincteurs des pavillons Sainte-Famille et Duhamel.
- Vérification des boutons d'appel d'urgence aux pavillons Sainte-Famille, Témiscaming-Kipawa et Duhamel.
- La simulation d'un code rose/bleu (arrêt cardio-respiratoire d'un patient) à la salle d'accouchement du pavillon Sainte-Famille.

- La simulation d'un code jaune au pavillon Duhamel.

EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

L'application du régime d'examen des plaintes a été assurée tel que prévu dans la Loi. Les résultats démontrent le souci de l'établissement de prodiguer des soins et des services qui soient respectueux des droits des usagers et des procédures en place. Le rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers et le respect de leurs droits a été déposé au conseil d'administration.

En résumé, l'année 2014-2015 fut marquée par 15 nouveaux dossiers, une diminution par rapport à l'exercice précédant. À ce nombre s'ajoute 2 dossiers de l'exercice précédant qui étaient toujours en cours de traitement au 31 mars 2014.

La CLPQS a aussi répondu à 60 demandes d'assistance en cours d'année, nombre légèrement supérieur à l'exercice précédent. Ces demandes consistent à faire un lien entre une personne, les ressources ou les services appropriés, dans le but de régler une situation ou une préoccupation. Au cours de l'année, la CLPQS est intervenue à 4 reprises à la suite des faits rapportés ou observés, basés sur des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers n'étaient pas respectés, alors qu'en 2013-2014, il y avait 2 interventions de ce genre.

Le rapport annuel détaillé sur l'application du régime d'examen des plaintes est disponible à la direction générale de l'établissement.

CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CSSS du Témiscamingue a poursuivi plusieurs activités afin de mettre à contribution la population à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction au regard des résultats obtenus.

Voici les principaux moyens utilisés pour informer la population :

- Le site Internet : toutes les informations pertinentes et les publications sont disponibles en tout temps au www.cssst.ca .
- Le bulletin *Flash Info-CA* : un bulletin qui résume les séances du conseil d'administration est distribué au personnel de l'organisation ainsi qu'aux partenaires et aux médias. Toutes les éditions sont disponibles sur le site Internet de l'organisation.
- Les communiqués de presse : documents qui permettent de communiquer des nouvelles de l'organisation sont distribués aux médias et aux partenaires. Tous

les communiqués de presse sont disponibles sur le site Internet de l'organisation.

- Les relations de presse : le CSSS du Témiscamingue répond avec transparence aux demandes d'entrevues des médias, ce qui nous permet de bien communiquer avec la population.

Voici les principales activités dans lesquelles la population a été consultée :

- Le comité des usagers, dans le cadre de son mandat, a assuré la cueillette des commentaires déposés par la clientèle dans les diverses boîtes à suggestions installées dans les trois pavillons. Deux rapports sommaires ont été déposés au comité de direction et des pistes d'amélioration ont été effectuées.
- Le service d'obstétrique, dans le cadre du programme AMPRO, a aussi réalisé un sondage de satisfaction auprès de vingt-neuf usagers. Celui-ci révèle une appréciation globale très positive des services rendus.
- Enfin, le conseil d'administration a tenu une séance publique d'information le 23 septembre 2014 au pavillon Témiscaming-Kipawa, près de 30 personnes de la population y ont participé. Un bilan annuel des activités de l'établissement pour l'année 2013-2014 fut présenté ainsi qu'un état de situation concernant le corridor de services spécialisés avec North Bay.

ÉTATS FINANCIERS ET ÉTAT DES OPÉRATIONS

PORTRAIT SOMMAIRE DES ÉTATS FINANCIERS ET DES ÉTATS D'OPÉRATIONS

L'établissement a terminé l'exercice budgétaire au 31 mars 2015 avec un déficit d'opération de 388 996 $. Le tableau suivant présente les dépenses totales de l'établissement pour 2014-2015 selon sa catégorie de charge pour une somme globale de 41 228 948 $. Les détails des états financiers et les résultats d'opérations pour l'année sont présentés à l'annexe 2.

RÉPARTITION DES DÉPENSES 2014-2015

CHARGES	2014-2015		2013-2014		Écart
	$	%	$	%	$
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	30 438 648 $	73,83 %	29 763 818 $	74,27 %	+ 674 830 $
Autres charges	6 359 970 $	15,43 %	6 425 167 $	16,03 %	- 65 197 $
Médicaments	1 100 901 $	2,67 %	1 029 119 $	2,57 %	+ 71 782 $
Rétributions – ressources non institutionnelles	770 969 $	1,87 %	755 844 $	1,89 %	+ 15 125 $
Entretien et réparations	971 557 $	2,36 %	638 921 $	1,59 %	+ 332 636 $
Fournitures médicales et chirurgicales	607 491 $	1,47 %	570 555 $	1,42 %	+ 36 936 $
Denrées alimentaires	366 548 $	0,89 %	354 554 $	0,88 %	+ 11 994 $
Produits sanguins	364 515 $	0,88 %	287 691 $	0,72 %	+ 76 824 $
Loyers	235 991 $	0,57 %	244 036 $	0,61 %	- 8 045 $
Créances douteuses	12 358 $	0,03 %	6 896 $	0,02 %	+ 5 462 $
TOTAL	**41 228 948 $**	**100 %**	**40 076 601 $**	**100 %**	**+ 1 152 347 $**

APPLICATION DE LA *LOI METTANT EN ŒUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 31 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN 2013-2014 ET DE LA RÉDUCTION DE LA DETTE* (2010, CHAPITRE 20)

Dans le cadre de l'application de la *Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 31 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire et la réduction de la dette* (2010, chapitre 20), un total de 2 369 675 $ récurrent pour les exercices financiers 2010-2011 à 2014-2015 a été déduit des revenus que l'établissement perçoit pour ses activités de fonctionnement. Le tableau qui suit présente le détail des mesures de réduction appliquées pour rencontrer les obligations de l'établissement face à cette Loi, et ce, depuis 2010-2011.

MESURES DE RÉDUCTION	2014-2015	2013-2014	2012-2013	2011-2012	2010-2011	Total des 5 années
Publicité, formation et déplacements	0 $	0 $	0 $	0 $	226 452 $	226 452 $
Non remplacement d'un départ sur deux à la retraite	0 $	0 $	46 684 $	40 689 $	26 419 $	113 792 $
Non indexation des dépenses administratives	72 854 $	0 $	74 906 $	66 014 $	0 $	213 774 $
Non performance liée aux frais administratifs	0 $	113 337 $	0 $	0 $	0 $	113 337 $
Temps-supplémentaire	0 $	1 617 $	0 $	0 $	0 $	1 617 $
Info-Santé	0 $	0 $	319 000 $	0 $	0 $	319 000 $
Recours à la main-d'œuvre indépendante	0 $	23 061 $	0 $	0 $	0 $	23 061 $
Compression due à l'optimisation	375 766 $	337 402 $	344 432 $	147 787 $	0 $	1 205 387 $
Compression due au surfinancement des programmes	46 471 $	106 784 $	0 $	0 $	0 $	153 255 $
TOTAL	495 091 $	582 201 $	785 022 $	254 490 $	252 871 $	2 369 675$

LA GOUVERNE DE L'ÉTABLISSEMENT

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET SES COMITÉS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Raymond Gagnon, président
- Jean-Louis Soulard, vice-président
- Carole Lahaie, secrétaire et directrice générale
- André Poitras, administrateur
- Claudine Desjardins, administratrice
- Denis Drouin, administrateur
- Dominique Lance, administratrice
- Francis Thébault, administrateur
- Irène Caza Duguay, administratrice
- Jacques Bourgeois, administrateur
- Jacques Chabot, administrateur
- Joanie Ethier, administratrice (nomination en cours d'année)
- Katia Boucher, administratrice
- Monique Martin, administratrice (nomination en cours d'année)
- Denise Sovinsky, administrateur
- Hélène Riendeau, administratrice
- Michel Kade Dorval, administrateur
- Raynald Nepton, administrateur

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le CA est responsable des comités suivants :

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Raymond Gagnon, président et membre du CA
- Dominique Lance, membre du CA
- Jacques Chabot, membre du CA
- Carole Lahaie, directrice générale

COMITÉ DE VÉRIFICATION

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Jean-Louis Soulard, président et membre du CA
- Denis Drouin, membre du CA
- Francis Thébeault, membre du CA
- Claudine Desjardins, membre du CA

COMITÉ ADMINISTRATIF

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Raymond Gagnon, président et membre du CA
- Jean-Louis Soulard, membre du CA
- Dominique Lance, membre du CA
- Francis Thébault, membre du CA
- Carole Lahaie, directrice générale

COMITÉ DE RÉVISION

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Jacques Chabot, membre du CA
- Dr Réal Rivet, médecin
- Dre Janet Zavaleta médecin

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Raymond Gagnon, président et membre du CA
- Dominique Lance, membre du CA
- Jean-Louis Soulard, membre du CA
- Katia Boucher, membre du CA
- Carole Lahaie, directrice générale
- Josée Boucher, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Katia Boucher, présidente et membre du CA
- Irène Caza, membre du CA
- Denis Drouin, membre du CA
- Carole Lahaie, directrice générale
- Dominique Brisson, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

MANDAT

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration institue, dans l'établissement, un comité de vigilance et de la qualité, responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la Loi ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*.

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés.
- S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.
- Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes. Le comité de vigilance et de la qualité est également responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'Établissement pour exercer les responsabilités prévues dans ce paragraphe et d'assurer le suivi de leurs recommandations.
- Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe 5° de cet alinéa.

- Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers.
- Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites en application du paragraphe 5° de cet alinéa.
- Favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par le paragraphe 1° de cet alinéa.
- Veiller à ce que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.
- Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la Loi.

Faits saillants des activités au cours de l'année

Dans le cadre de son mandat, le CVQ a :

- Tenu 4 réunions avec un taux de participation de 90 %.
- Pris connaissance et analysé les rapports et les recommandations transmises au CVQ :
  - Tableaux du suivi des recommandations des diverses instances (CLPQS, médecin examinateur, gestion des risques)
  - Bilans des plaintes, dossiers d'intervention, d'assistance et de consultation
  - Bilan annuel des activités de promotion de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services pour 2013-14
  - Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes pour 2013-14
  - Bilans des plaintes faites par un membre du personnel, un médecin ou un bénévole sur la qualité des services
  - Suivis à Agrément Canada
  - Suivis du plan d'amélioration suite à l'inspection de l'OIIQ en 2011
  - Suivis du rapport d'inspection du Collège des médecins du Québec
  - Rapport de visite d'inspection du l'OIIAQ
  - Suivis d'un dossier de plaintes en hémodialyse
  - Rapport de visite du groupe conseil de l'INSPQ
  - Rapport 2013-14 sur les divulgations en gestion des risques
  - Rapport sur la qualité des soins infirmiers à l'unité des soins de courte durée du pavillon Témiscaming-Kipawa
- Assuré le suivi des recommandations formulées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.
- Effectué un audit qui révèle que 96,7 % des accidents ont fait l'objet d'une divulgation complète (89 %) ou partielle (7,7%) à l'usager.
- Jugé que les mécanismes en place pour évaluer la qualité des services dans l'établissement étaient adéquats et suffisants.

- Jugé que le traitement des plaintes s’est effectué efficacement et à la satisfaction des usagers.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES CLINIQUES

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Hélène Riendeau, membre du CA
- Édith Vincent, membre de la Table de concertation des personnes âgées du Témiscamingue
- Raymonde Lacroix, membre du comité des usagers
- Dr Émile Tanis, médecin représentant du CMDP
- Alexandra Fournier, infirmière représentante du CII
- Rita McCauley, technicienne en biologie médicale et représentante du conseil mulditisciplinaire
- Pascale Huard, conseillère en gestion des programmes
- Carole Lahaie, directrice générale

MANDAT

Le comité de gestion des risques cliniques a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement, dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence.
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches.
- S'assurer de la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents afin de recommander au conseil d'administration de l'Établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITÉS AU COURS DE L'ANNÉE

Dans le cadre de son mandat et ses responsabilités, le CGRC a :

- Tenu 5 rencontres avec un taux de participation de 78 %.
- Vu au remplacement d'un membre du comité.
- Assuré les suivis du tableau de bord trimestriel sur les incidents et les accidents. Au total, 979 événements ont été rapportés et analysés. Les principaux types sont :
    - Les chutes : 493
    - Les erreurs de médicaments, traitements, tests diagnostiques, diètes : 357
    - Le matériel, les équipements, les bâtiments et les biens personnels : 28
    - Les possibilités d'abus, d'agression ou d'harcèlement : 20
    - Les autres types d'événements : 81

De ce nombre, 118 ont été classés comme incidents et 861 comme accidents.

La nature principale des incidents-accidents en lien avec la médication, les traitements et les tests diagnostiques était les omissions, suivi des doses/débit. La nature des incidents-accidents en lien avec les chutes était généralement des résidents trouvés par terre. Pour les incidents-accidents en lien avec les équipements, matériel et bâtiment, il s'agissait de défectuosité. Finalement, la nature des incidents-accidents en lien avec les agressions était principalement entre les résidents.

De ces 979 événements, 15 ont fait l'objet d'analyse plus approfondie ou d'enquête interne et de suivi avec recommandations par la conseillère en gestion des programmes.

- En collaboration avec la conseillère en gestions des programmes de la qualité, gestion des risques, et prévention et contrôle des infections, le comité a assuré le suivi des différents rapports trimestriels suivants :
  - La surveillance des infections nosocomiales;
  - Les enquêtes internes en gestion des risques : au total 15 enquêtes furent accomplies. Trois recommandations ont été réalisées;
  - Les rapports de coroner : aucun avis n'a été transmis au CSSS du Témiscamingue cette année;
  - Les alertes biomédicales et rappels de produits : 16 alertes ou rappels ont fait l'objet de suivis;
  - Les exercices de mesures d'urgence : 3 exercices ont eu lieu;
  - La sécurité transfusionnelle : aucune recommandation n'a été émise par la chargée transfusionnelle cette année;
  - L'actualisation du plan d'action de l'analyse prospective sur les délais de césarienne en obstétrique : 1 recommandation demeure incomplète;
  - L'actualisation du plan d'action de l'analyse prospective sur le risque d'un usager avec arme blanche à l'urgence : 1 recommandation demeure incomplète;
  - L'actualisation du plan d'action de l'analyse prospective sur le prélèvement sanguin par micro-méthode chez le bébé : toutes les actions ont été complétées;
  - Deux analyses prospectives ont été débutées en fin d'année pour lesquelles les plans d'action ne sont pas encore en place.
    - les erreurs de médicaments par omission
    - cheminement des résultats de laboratoire)
- Un rapport périodique en prévention et contrôle d'infections et en gestion des risques est envoyé à tous les directeurs et aux chefs à la fin de chaque période pour promouvoir une meilleur connaissance des événements.

- Une formation à l'égard des incidents-accidents & de la divulgation et de la prévention et contrôle des infections a été donnée tout au long de l'année (à 36 nouveaux employés).
- Une formation à l'égard des incidents-accidents & de la divulgation a été donnée à 9 employées de la Résidence Marguerite d'Youville.

COMITÉ STRATÉGIQUE SUR LE RECRUTEMENT MÉDICAL

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Raymond Gagnon, président et membre du CA
- Dominique Lance, membre du CA
- Jacques Chabot, membre du CA
- Jean-Louis Soulard, membre du CA
- Carole Lahaie, directrice générale

COMITÉ D'ÉVALUATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Raymond Gagnon, président et membre du CA
- Jean-Louis Soulard, membre du CA
- Jacques Chabot, membre du CA

INSTANCES CONSULTATIVES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

SELON LES MANDATS PRÉVUS À LA LSSS, LE CONSEIL D'ADMINISTRATION EST ÉGALEMENT SUPPORTÉ DANS L'ACCOMPLISSEMENT DE SES TÂCHES PAR LES INSTANCES CONSULTATIVES SUIVANTES :

- COMITÉ DES USAGERS ET LES COMITÉS DES RÉSIDENTS
- CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS
- CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS
- CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

COMITÉ DES USAGERS

Liste des membres au 31 mars 2015

- M. Jacques Girard, président
- M. Armand Lacasse, vice-président
- M. Hector Ringuette, secrétaire-trésorier
- Mme Irene Caza-Duguay, administratrice et déléguée du CA du CSSS du Témiscamingue
- Mme Raymonde Lacroix, administratrice et déléguée au comité de gestion des risques cliniques du CSSS du Témiscamingue
- Mme Hélène Riendeau, administratrice et déléguée au CA du CSSS du Témiscamingue
- Mme Madeleine Paquin, administratrice et représentante des comités d'usagers au CA de l'Agence
- Mme Gisèle Falardeau, administratrice
- Mme Pauline Dupont, administratrice et représentante du comité des résidents du CHSLD du pavillon Témiscaming-Kipawa
- M. Francis Dessureault, administrateur
- M. Jean-Pierre Charron, administrateur

Personnes soutien au comité :

- Mme Pascale Huard, conseillère en gestion de programmes du CSSS du Témiscamingue
- Mme Sabrina Rivest, agente administrative

Mandat

Le conseil d'administration doit obligatoirement instituer un comité des usagers qui exerce les fonctions prévues par la Loi. De façon plus spécifique, le comité des usagers exerce les fonctions suivantes :

- Être le gardien des droits des usagers.
- Veiller à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés.
- Être un porte-parole des usagers auprès des instances de l'établissement.

Le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle constituent les assises qui guident les actions de ce comité.

Faits saillants des activités au cours de l'année

Dans le cadre de son mandat et ses responsabilités, le comité a :

- Tenu six réunions.
- Effectué 2 360 heures de bénévolat.
- Accueilli un nouveau membre; Mme Gisèle Falardeau.
- Participé aux rencontres régionales des présidents des comités des usagers locaux.

- Représenté les comités d'usagers de l'Abitibi-Témiscamingue auprès du Regroupement provincial des comités d'usagers (RPCU).
- Assuré une présence auprès des résidents du pavillon Tête-du-Lac.
- Accueilli la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, Mme Dominique Brisson, qui a présenté le nouveau code d'éthique du CSSS du Témiscamingue.
- Distribué divers articles promotionnels lors de la semaine de promotion des droits des usagers (signets, calendriers, colliers porte-clés).
- Recueilli, des boîtes à suggestions placées à des endroits stratégiques dans les installations de l'établissement, les commentaires des usagers pour ensuite transmettre le tout à la responsable de la qualité du CSSS afin d'apporter les améliorations le cas échéant.
- Participé au congrès du Regroupement provincial des comités des usagers.
- Participé à la rencontre organisée par le RAIDDAT (groupe régional de la défense des droits en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue).
- Participé à la journée de regroupement des Comités des usagers.
- Participé à la formation marketing prévue au plan d'action;

COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CHSLD DU PAVILLON DUHAMEL

MANDAT

Le conseil d'administration doit obligatoirement instituer un comité des résidents dans chaque installation de l'établissement qui offre des services à des usagers hébergés. Ces comités exercent les fonctions prévues par la Loi.

De façon plus spécifique, un comité des résidents exerce les fonctions suivantes :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations.
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'Établissement.
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'Établissement ou de toute autorité compétente.
- Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la présente Loi ou par la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CHSLD DU PAVILLON DUHAMEL

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Mme Mireille Pelletier, présidente
- Mme Renée Tremblay

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITÉS AU COURS DE L'ANNÉE

Dans le cadre de son mandat et ses responsabilités, le comité a :

- Tenu une réunion.
- Participé à l'organisation de la fête d'été pour les résidents.
- Fait la promotion des droits et des obligations des résidents par la tenue d'une activité « quiz » et par la distribution de stylos et des blocs-notes.
- Installé des calendriers du comité des usagers dans toutes les chambres.

COMITÉ DES RÉSIDENTS DU CHSLD DU PAVILLON TÉMISCAMING-KIPAWA

LISTE DES MEMBRES AU 31 MARS 2015

- Pauline Dupont, présidente
- Joyce Pigeon
- Thérèse Barrette
- Hélène Riendeau, représentante du comité des usagers

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITÉS AU COURS DE L'ANNÉE

Dans le cadre de son mandat et ses responsabilités, le comité a :

- Tenu 2 réunions.
- Distribué des articles promotionnels (calendriers, signets, blocs-notes, stylos)
- Participé à la fête de Noël des résidents.
- Participé aux activités sociales organisées au CHSLD et à la ressource intermédiaire.
- Remis un drap de bain avec l'inscription « A votre bien-être, votre Comité des usagers » à chaque nouveau résident.
- Participé à la conférence sur l'âgisme et la maltraitance envers les personnes âgées.
- Participé à une rencontre ayant pour thème « Droits, obligations, confidentialité »
- Participé au congrès du Regroupement provincial des comités des usagers.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le conseil se compose de tous les médecins, dentistes et pharmaciens ayant un statut et des privilèges de pratique au CSSS du Témiscamingue

AU 31 MARS 2015, LE CONSEIL COMPTE 18 MEMBRES ACTIFS DONT :

- 12 omnipraticiens œuvrant dans le secteur de Ville-Marie
- 3 omnipraticiens œuvrant dans le secteur de Témiscaming-Kipawa
- 1 psychiatre
- 1 dentiste
- 0 pharmacien
- 1 chirurgien

ET 32 MEMBRES ASSOCIÉS DONT :

- 6 anesthésistes
- 2 biochimistes
- 1 cardiologue
- 9 chirurgiens
- 1 dentiste
- 1 interniste
- 1 néphrologue
- 1 neurologue
- 3 omnipraticiens
- 1 oncologue
- 1 ophtalmologue
- 1 ORL
- 1 orthopédiste
- 2 pédiatres
- 1 radiologiste

AU 31 MARS, LE COMITÉ EXÉCUTIF EST COMPOSÉ DES MEMBRES SUIVANTS :

- Dre Marie-Noel Thériault, présidente
- Dr Réal Rivet, vice-président
- Dr Camen-Paul Scaffidi, trésorier
- Dre Janet Zavaleta
- Dre Slavika Zivcovik
- Mme Carole Lahaie, directrice générale

MANDAT

Les responsabilités du CMDP sont celles prévues par la Loi et par les règlements de l'établissement. Le CMDP adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins.

De façon plus spécifique, le CMDP a notamment pour fonctions:

- De contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans l'établissement.
- D'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans l'établissement.

- De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder.
- De faire des recommandations sur la qualification et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ainsi que sur le statut à lui attribuer.
- De donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien.
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables à l'établissement et élaborées par chaque chef de département clinique.
- De faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres à l'établissement notamment celles ayant pour objet:
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités cliniques de l'établissement, y compris la garde,
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant,
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs,
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités médicales prévues à une entente concernant la prestation de certains services de santé ou de services sociaux ou concernant la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.
- D'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins de l'établissement.
- De donner son avis sur les aspects professionnels des questions suivantes:
  - l'organisation technique et scientifique de l'établissement,
  - les règles d'utilisation des ressources visées par la Loi et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues.
- De faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale de l'établissement.
- De soumettre au conseil d'administration un rapport annuel concernant l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent.
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Faits saillants des activités au cours de l'année

Dans le cadre de son mandat et ses responsabilités, le CECMDP a :

- Tenu 11 réunions régulières, 1 réunion spéciale ainsi qu'une assemblée annuelle.
- Revu et adopté les règlements des départements de chirurgie, médecine générale et anesthésie.
- Révisé et adopté plusieurs protocoles et ordonnances collectives.
- Mandaté une clinique multidisciplinaire pour les patients pris avec des problèmes de narco-dépendance dans le secteur de Témiscaming-Kipawa, elle devrait prendre forme dans les prochains mois.
- Assuré la couverture en pharmacie par des pharmaciens dépanneurs.
- Mis à jour des protocoles pharmacologiques.
- Recruté 5 nouveaux médecins.
- Suivi la couverture des services médicaux dans l'établissement compte tenu de la pénurie des effectifs.
- Accueilli un chirurgien permanent membre actif.
- Signé une entente avec le CSSSRN pour les consultations en médecine interne.
- Mis en place la thrombolyse cérébrale à l'urgence en collaboration avec McGill,.
- Participé à la mise en place des programmes de maladies chroniques.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CII)

Liste des membres :

Le CII est composé de l'ensemble des infirmières et infirmiers qui exercent leurs fonctions dans tout centre exploité par l'Établissement, y incluant celles et ceux qui assurent des fonctions-cadre reliées à la prestation des soins infirmiers.

Au 31 mars 2015, le CII compte 121 membres.

Au 31 mars, le comité exécutif est composé des membres suivants :

- Annie-Claude Lavigne, présidente (santé physique)
- Joanie Éthier, vice-présidente (pavillon Duhamel)
- France Lessard, secrétaire (services de première ligne)
- Evelyne Grenier-Ouimette, directrice soins infirmiers
- Carole Lahaie, directrice générale

Mandat :

Le CII est notamment responsable envers le conseil d'administration:

- D’apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l’article 36.1 de la Loi sur les infirmières et infirmiers (chapitre 1-8) et exercées dans le centre.
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres dans tout centre exploité par l’Établissement.
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d’utilisation des médicaments applicables à ses membres dans tout centre exploité par l’Établissement.
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres dans tout centre exploité par l’Établissement.
- D’assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d’administration.

Le CII est aussi responsable de donner son avis au directeur général sur les questions suivantes:

- L'organisation scientifique et technique de tout centre exploité par l’Établissement.
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et des infirmiers.
- Toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Le CII doit constituer un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires. Ce comité est composé d’au moins trois personnes choisies par et parmi celles qui exercent des activités d’infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l’établissement. Ce comité a pour fonctions :

- D’apprécier la qualité des soins infirmiers posés par les infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l’Établissement;
- De donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de l'ensemble des infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l’Établissement;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l’Établissement.

Faits saillants des activités au cours de l’année :

Dans le cadre de son mandat et de ses responsabilités, le CECII a :

- Tenu une assemblée générale annuelle en avril 2014 avec un taux de participation d’environ 11 %.
- Tenu 6 rencontres régulières avec un taux moyen de participation de 64 %.
- Diffusé le bulletin « Le CECII vous informe » après chaque rencontre.
- Poursuivi le plan d’amélioration suite à l’inspection de l’OIIQ.
- Complété des audits de dossiers des usagers en lien avec l’inspection de l’OIIQ (le plan thérapeutique infirmier (PTI), la prévention des chutes et l’évaluation post-chute ainsi que sur la surveillance des opiacés).

- Émis une recommandation à la directrice des soins infirmiers concernant le programme de la clinique de suivi intégré maladie chronique volet MPOC.
- Émis une recommandation sur le plan de contingence en cas de rupture de couverture médicale au service de l'obstétrique.
- Accueilli l'OIIAQ lors de sa visite d'inspection.
- Tenu quatre dîners-causeries portant sur le lavage des mains (PCI), les mythes et réalités du PTI, les soins de fin de vie, j'y pense, j'en parle ainsi que la vaccination antigrippale. Ces deux derniers ont été faits en collaboration avec le conseil multidisciplinaire.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

LISTE DES MEMBRES :

Le CM se compose de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire et qui exercent, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activité couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Toutefois les personnes suivantes ne font pas partie du CM : infirmière, infirmière auxiliaire, médecin, dentiste, pharmacien et, le cas échéant, sage-femme.

Au 31 mars 2015, le CM compte 104 membres.

AU 31 MARS, LE COMITÉ EXÉCUTIF EST COMPOSÉ DES MEMBRES SUIVANTS :

- Marie-Claude Lefebvre, thérapeute en réadaptation physique, présidente
- Denise Chouinard, diététiste-nutritionniste, vice-présidente
- Marie Verlhac, orthophoniste, secrétaire
- Brenda Lagacé, technologue médicale
- Lynda Gosselin, travailleuse sociale
- Jeanne St-Pierre, directrice des programmes-services
- Carole Lahaie, directrice générale

MANDAT :

Le CM est notamment responsable envers le conseil d'administration:

- De constituer, dans tout centre exploité par l'Établissement et chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres.
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services offerts par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice

requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'Établissement.
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le CM a aussi la responsabilité envers la direction générale de donner son avis sur les questions suivantes :

- L'organisation scientifique et technique de tout centre exploité par l'Établissement.
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres.
- Toute autre question que le directeur général porte à son attention.

FAITS SAILLANTS DES ACTIVITÉS AU COURS DE L'ANNÉE :

Dans le cadre de son mandat et de ses responsabilités, le CECM a :

- Tenu s7 rencontres régulières au cours de l'année 2014-2015 avec un taux moyen de participation à 76 %.
- Délégué deux membres du comité exécutif à participer au colloque du l'ACMQ (Association des conseils multidisciplinaires du Québec).
- Produit et diffusé un bulletin d'information « Le CECM en bref ».
- Révisé le règlement # 32, régie interne du conseil multidisciplinaire du CSSS du Témiscamingue
- Émis des recommandations et avis à la directrice générale concernant:
  - Lettre d'appui à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec en vue d'instaurer un examen à l'obtention du permis d'exercice de travailleur social/service social pour les finissants des programmes de travail social des universités québécoises
- Organisé trois dîners-causeries dont deux en collaboration avec le CII, soit « les soins en fin de vie, j'y pense, j'en parle » et « la vaccination antigrippal », et finalement, un portant sur « l'impact de l'optimisation sur notre pratique professionnelle ».

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

ÉTAT DES SIGNALEMENTS REÇUS ET TRAITÉS AU REGARD DE L'ÉTHIQUE ET DE LA DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS EN 2014-2015

Le conseil d'administration n'a reçu aucun signalement au regard de la conduite de ses administrateurs au cours de l'exercice 2014-2015 et, par le fait, n'a imposé aucune sanction ou suspension.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

(Article 3.0.4, 2e alinéa, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
2. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil.
3. Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent *(Article 321 du Code civil du Québec).*
4. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

5. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites du pouvoir qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population que dessert le CSSS du Témiscamingue autant que dans celui du CSSS du Témiscamingue même *(Article 174, Loi sur les services de santé et les services sociaux et article 322 du Code civil du Québec).*
6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.
7. Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.
8. La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération.
9. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.
10. Le membre du conseil d'administration doit agir avec impartialité dans l'élaboration des orientations générales du CSSS du Témiscamingue et doit participer, dans un esprit de concertation, à leur mise en œuvre.
11. Le membre du conseil d'administration doit préserver, le cas échéant, la confidentialité des débats, échanges et discussions.

MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION D'INTÉRÊTS – DEVOIRS SPÉCIFIQUES

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 1o, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

12. Le membre du conseil d'administration doit 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.
13. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales du CSSS du Témiscamingue. S'il émet un point de vue personnel, il doit le préciser et éviter tous commentaires susceptibles de porter atteinte à l'intégrité du CSSS du Témiscamingue.

    Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
14. Tout membre du conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou du CSSS du Témiscamingue doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y

siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse renommée et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières *(Article 154, Loi sur les services de santé et de services sociaux).*

15. Tout membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec le CSSS du Témiscamingue par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires*).*
16. Tout membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec le CSSS du Témiscamingue.

IDENTIFICATION DE SITUATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 2o, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

17. Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité et de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
18. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.
19. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
20. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :
    - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entres eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés,

- n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel,
- ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.

PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 3o, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

21. Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services du CSSS du Témiscamingue selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens du CSSS du Témiscamingue avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du CSSS du Témiscamingue ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur *(Article 323 du Code civil du Québec).*
22. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.
    Notamment sont considérés un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.
23. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser, ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice des ses fonctions.
24. Le membre du conseil d'administration ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement *(Article 165, Loi sur les services de santé et les services sociaux).*
25. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu *(Article 3.0.6, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).*

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 4o, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

26. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion

de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur.

27. Le membre du conseil d'administration doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateurs ou de nuire aux intérêts du CSSS du Témiscamingue.
28. Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès du CSSS du Témiscamingue.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 5o, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

29. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
30. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
31. Le président ou le vice-président désigne des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportement susceptible d'être dérogatoire à l'éthique ou à la déontologie.
32. Les personnes visées à l'article précédent sont choisies à partir d'une liste de noms de personnes préalablement acceptées par le conseil d'administration pour agir à ce titre.
33. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne du conseil d'administration.
34. Aux termes de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.
35. En tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, le président ou le vice-président peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.
36. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celle du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
37. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné, ou à l'expiration du délai

dont bénéficie l'administrateur visé, recommande aux membres du conseil d'administration l'imposition d'une sanction.

38. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut assister à la réunion.
39. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.
40. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et imposer les sanctions *(Article 3.0.5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).*

MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE

(Article 3.0.4, 3e et 4e alinéa, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

41. Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.
42. Le code d'éthique et de déontologie est accessible au public en tout temps et est disponible au bureau du directeur général.
43. Le code d'éthique et de déontologie est inclus au rapport annuel du CSSST et doit faire état :
    - du nombre et de la nature des signalements reçus,
    - du nombre de cas traités et de leur suivi,
    - du nombre et de la nature des sanctions imposées,
    - du nom des administrateurs ayant été suspendus ou déchus de charges.

ANNEXES

ANNEXE 1 : BILAN DÉTAILLÉ DE L’ENTENTE DE GESTION ET D’IMPUTABILITÉ

BILAN ANNUEL
ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2014-2015

ENTRE

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (Agence)

ET

LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU TÉMISCAMINGUE (Établissement)

MAI 2015

INTRODUCTION

Comme par les années passées, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue fournit aux établissements un outil leur permettant de produire leur bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité.

Cet outil, construit à partir de l'entente de gestion 2014-2015 signée avec l'Agence, constitue le document de reddition de comptes attendu par l'Agence. Il présente les cibles et les engagements pour l'année 2014-2015. D'ailleurs, des cases sont prévues pour indiquer les résultats obtenus en 2014-2015 ainsi que pour permettre d'expliquer ces mêmes résultats et des pistes de solutions sont attendus pour les cibles non atteintes.

Les commentaires de l'Établissement sont très importants puisqu'ils permettront une meilleure compréhension de sa réalité et de celle de la région. Ainsi, l'Agence pourra fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) une première version du projet d'entente 2015-2016 pour la région à la mi-mars et produire le bilan de la région à la fin mai.

La **version définitive du bilan** devra être acheminée à l'Agence au plus tard **le 22 mai 2015.** Pour éviter certaines confusions dans les résultats, les données apparaissant dans ce bilan final devront être identiques à celles qui apparaissaient dans **GESTRED au 11 mai 2015**, date limite accordée à l'Agence pour valider ses données. Toutefois, si de nouvelles informations amènent l'Établissement à modifier ses résultats du 11 mai 2015, il faudra l'indiquer dans les espaces prévus pour les commentaires, mais conserver quand même le résultat de GESTRED au 11 mai 2015. Il est aussi possible que certains résultats soient préliminaires, nous vous demandons également de l'expliquer dans l'espace prévu à cette fin.

Les données et commentaires **obligatoires à la période 11** sont indiqués dans l'outil.

L'Agence s'attend à ce que votre établissement dépose d'ici le **23 mars 2015** une version préliminaire de son bilan à la période 11 qui se termine le 7 février 2015.

Santé publique

Implantation du modèle de lutte aux maladies chroniques		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.1.3 Implanter le programme autogestion des soins par la dispensation d'ateliers de groupe	Trois ateliers de groupe dispensés	• Embauche d'un kinésiologue au début de l'été 2014. Il a complété la formation requise à la fin de l'automne 2014. • Un atelier de groupe réalisé à l'hiver.
AS-1.1.4 Prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques par une équipe dédiée et selon les principes de l'interdisciplinarité	Nombre de personnes suivies par l'équipe dédiée	• 572 personnes rejointes par les équipes dédiées pour un total de 4 366 interventions individuelles pour le suivi des gens atteints de maladies chroniques • 59 usagers pour 117 interventions ponctuelles individuelles • 334 activités ponctuelles de groupe • 4 groupes pour 9 interventions
AS-1.1.5 Implanter la cible d'amélioration de la qualité	*Secteur Ville-Marie* Dépistage de la haute pression • Poursuite et évaluation des travaux sur les adultes dont la pression artérielle a été mesurée dans les 24 derniers mois	• Travaux non débutés
	Secteur Témiscaming-et-Kipawa Suivi clinique de la maladie pulmonaire • Pourcentage de patients avec maladie pulmonaire obstructive qui sont suivis selon le descriptif de l'indicateur Activités de soutien aux autosoins • Pourcentage de patients qui rapportent avoir reçu des conseils et des suggestions sur les groupes et ressources de la communauté dans les 6 derniers mois	• Avons élaboré un programme spécifique pour le suivi de la clientèle avec MPOC. • Le programme est maintenant en application.

	Participation à la prise de décision clinique • Pourcentage de patients qui rapportent avoir reçu l'information, comme décrit dans l'indicateur, dans les 6 derniers mois	
Commentaire P 13 :		

École en santé		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.1.9 Élaborer une planification conjointe des activités à déployer en promotion - prévention	Planification conjointe soit par : - signature de l'entente MELS – MSSS - ou plan d'action commun - ou mise en commun des priorités ou besoins de chacun des réseaux (commission scolaire - CSSS)	• 16,67 % (3 écoles sur 18)
Commentaire P 13 : • Nous avons 3 écoles sur 18 ayant amorcé au moins une étape du programme École en santé, soit 16,67 %. Nous avons établi un plan d'action commun sous forme de calendrier d'activités de promotion-prévention. Nous sommes tributaires de la participation des écoles dans ce dossier.		

Vaccination		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.1.8 Proportion d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza	80 %	55,4 %
Commentaire P 13 : • Nous avons mis beaucoup d'efforts pour promouvoir la vaccination auprès du personnel (présentations dans les rencontres de service dans tous les secteurs) et faciliter l'accès (nos vaccinatrices se sont déplacées sur les unités de soins et les départements, sur tous les quarts de travail et ce, à plusieurs reprises durant la campagne de vaccination).		

Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Utilisation optimale des lits de CHSLD		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.3.13 Personnes admises en CHSLD sont de profil Iso-Smaf 10 et plus	90 % des nouvelles personnes admises dans des lits d'hébergement permanent en CHSLD doivent avoir un profil ISO-SMAF allant de 10 à 14	• 58 %
Commentaire P 13 : • 38 admissions dont : - 10 avec un profil 9 - 3 avec un profil 8 (1 soin palliatif, 1 en danger à la résidence et 1 avec trouble cognitif) - 3 avec un profil 7 avec trouble de comportement		

Soutien à domicile - SAPA		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.3.16 Atteindre une proportion en SAD-SAPA de 30 % d'heures services professionnels et de 70 % d'heures en activités de la vie quotidienne	30 % des heures SAD en SAPA par les services professionnels et 70 % en activités de la vie quotidienne	• Donnée non disponible au moment de la production du bilan.
Commentaire P 13 :		
Maltraitance		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.3.8 Lutte contre la maltraitance	Le nombre d'intervenants formés par les formateurs du CSSS sur la problématique de la maltraitance envers les personnes aînées	• 15 intervenants formés • Formation donnée les 27-28 novembre 2014. • Séance d'information tenue les 10 et 11 mars 2015 (63 participants). • Séance d'information à venir le 26 mars (25 inscriptions).
Commentaire P 13 :		

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.3.9 Implanter les composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier tant à l'urgence que dans les unités de soins qui admettent des personnes âgées	Avoir implanté au moins 4 des 6 composantes de l'approche adaptée pour l'ensemble de leurs unités, incluant les urgences	• Taux d'implantation au pavillon TK : 71,9 % • Taux d'implantation au pavillon Ste-Famille : 77,3%
Commentaire P 13 : • Une chargée de projet a été embauchée en janvier 2015. • L'implantation de l'approche a beaucoup progressée grâce à l'intensité du coaching terrain. • Le module 6 du programme de formation est déployé et 75 % des intervenants l'ont terminé. • Coaching terrain effectué au niveau du PDSB. • 39 personnes ont été formées pour les modules 5 et 6.		

Élaboration des plans de services pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.3.10 Compléter le plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS) de la clientèle adulte SAPA ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée	Avoir complété un PSIAS pour : - 65 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 décembre 2014 - 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015 - 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 3 et moins au 30 juin 2015	• Tous les profils confondus : 100 %
Commentaire P 13 :		

Évaluation des besoins pour tous les usagers hébergés en CHSLD public en CSSS et hors CSSS		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	ENGAGEMENTS 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015
AS-1.3.11 Profil ISO-SMAF pour les usagers hébergés depuis 2 ans et moins dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD public en CSSS et hors CSSS	Transmettre les profils pour le 30 septembre 2014	• Données transmises à l'agence.
AS-1.3.12 Évaluation ou mise à jour du profil ISO-SMAF pour les usagers hébergés depuis plus de 2 ans dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD public en CSSS et hors CSSS	Avoir complété l'évaluation ou la mise à jour du profil ISO-SMAF pour le 31 décembre 2014	• 100 % des usagers hébergés depuis plus de 2 ans ont un profil ISO-SMAF à jour.
Commentaire P 13 :		

Réseau de services intégrés pour les personnes âgées		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.3.13 Pourcentage d'implantation de la composante PI-PSI	12,80 %	9,22 %
AS-1.3.14 Pourcentage d'implantation de la gestion de cas	14,20 %	12,45 %
AS-1.3.15 Pourcentage d'implantation du mécanisme de coordination avec la communauté	14,20 %	8,35 %
Commentaire P 13 :		

Déficiences

Améliorer l'offre de service à la clientèle		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS- 1.4.2 Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement	Participer aux travaux du Centre de réadaptation La Maison et signer une entente de collaboration avec l'établissement	• Travaux non débutés et reportés en raison de la venue du CISSS.
Commentaire P 13 :		

Offre de service Trouble envahissant du développement (TED)		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.5.1 Clarifier et bonifier l'offre de service aux TED incluant le répit-dépannage et l'hébergement	Déposer à l'Agence un portrait local des services offerts aux TED par le réseau local de services	• Travaux non débutés
Commentaire P 13 :		

Évaluation des besoins pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.5.2 Évaluation à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle de la clientèle DP n'ayant jamais été évaluée	Avoir complété les évaluations pour le 31 octobre 2014	• Complété à 100 %
AS-1.5.3 Évaluation à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle de la clientèle DI-TED n'ayant jamais été évaluée	Avoir complété les évaluations pour le 31 octobre 2014	• Complété à 100 %
AS-1.5.4 Profil ISO-SMAF de la clientèle DP ayant été évaluée	Transmettre les profils pour le 30 septembre 2014	• Données transmises à l'Agence
AS-1.5.5 Profil ISO-SMAF de la clientèle DI-TED ayant été évaluée	Transmettre les profils pour le 30 septembre 2014	• Données transmises à l'Agence
Commentaire P 13 :		

Élaboration des plans de services pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.5.6 Compléter le PSIAS de la clientèle adulte DP ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée	Avoir complété un PSIAS pour : - 65 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 décembre 2014 - 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015 - 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 3 et moins au 30 juin 2015	• 100 %
AS-1.5.7 Compléter le PSIAS de la clientèle adulte DI-TED ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée	Avoir complété un PSIAS pour : - 65 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 décembre 2014 - 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015 - 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 3 et moins au 30 juin 2015	• 100 %
Commentaire P 13 :		

Priorités en matière de personnes ayant une déficience		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.5.8 Plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité	Déposer à l'Agence le plan local pour le 1er avril 2015	• Plan déposé en mars 2015.
Commentaire P 13 :		

Jeunes en difficulté

Programme d'intervention en négligence et programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.6.1 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté	Compléter les grilles GESTRED 802, 803 et 805 pour le 16 mai 2015	• Intervention concertée pour réduire les difficultés vécues par les jeunes et leurs familles par le biais de deux programmes implantés depuis plus d'un an, soit le programme Colimaçon et le programme IRI (Intervention Rapide et Intensive).
Commentaire P 13 : • Les grilles 802, 803 et 805 GESTRED ont été complétées tel que prévu.		

Services de première ligne offerts aux jeunes en difficulté		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.6.3 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC) (indicateur 1.06.02)	7	• 7,10 interventions par usager (343 usagers pour 2 436 interventions)
Commentaire P 13 :		

Santé mentale

Accès aux services ambulatoires de première ligne en santé mentale pour les jeunes et adultes		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.8.2 Nombre d'usagers de moins de 18 ans en attente de plus de 30 jours pour un traitement de première ligne en santé mentale	0	Aucun depuis le début de l'année
AS-1.8.3 Nombre d'usagers de 18 ans et plus en attente de plus de 30 jours pour un traitement de première ligne en santé mentale	0	6
Commentaire P 13 : • Les 6 adultes en attente sont des nouveaux usagers à la période 13 et sont dû à une absence maladie prolongée d'un intervenant. En date du 20 mai 2015, ces usagers ont tous été pris en charge.		

Services d'intervention en situation de crise		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.8.4 Établir un système de garde 24/7 pour des services d'intervention en situation de crise	Établir un système de garde 24/7 pour des services d'intervention en situation de crise	• Travaux en cours. Participons activement au comité de travail régional. • Le système de garde 24/7 locale est en place depuis janvier 2015 au secteur du pavillon Sainte-Famille. Il sera en place pour tout le territoire à compter du 1e avril 2015.
AS-1.9.9 Poursuivre, avec la ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue, l'implantation du formulaire de référence pour l'accès aux services du CSSS	Nombre d'appels répondus par période en provenance de la ligne	• La mesure doit se faire manuellement et non dans le I-CLSC. Devons mettre en place un mécanisme pour faire cette évaluation.
Commentaire P 13 :		

Santé physique

Registre local du cancer		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.9.21 Exploiter les informations médico-administratives oncologiques recueillies dans les registres locaux du cancer	Mettre en place et diffuser un tableau de bord contenant des données médico-administratives sur les patients atteints de cancer et en faire l'analyse	• L'équipe fait l'analyse des données clinico-adminsitratives sur une base trimestrielle.
Commentaire P 13 :		

Centre spécialisé en cancer		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.9.22 Assurer le développement des services en cancérologie selon le plan directeur de la Direction québécoise de cancérologie	Mettre en place une gouverne locale en cancérologie en cogestion médicale et clinico-administrative	• Désignation du tandem clinico-administratif (médecin répondant et chef du service) en place. • Rencontres régulières du comité local. Devons élargir notre comité pour inclure les partenaires et les usagers.
	Réviser le plan local selon le plan directeur et le plan d'action 2013-2015 de la Direction québécoise de cancérologie	• En cours.
	Collaborer à l'élaboration du plan régional en cancérologie	• Avons collaboré à l'élaboration du plan régional en cancérologie.
AS-1.9.19 Corridors de services entre des centres affiliés et les centres partenaires pour le cancer du poumon et de l'œsophage et les autres centres locaux de santé et de services sociaux de leur territoire	Entente de service	• Pas d'avancement dans cette cible qui relevait du palier régional en 2014-2015.
Commentaire P 13 :		

Télésanté		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.9.23 Développer des activités de télésanté	Inventorier les activités cliniques qui pourraient être supportées par la télésanté	• Nous répondons aux besoins cliniques selon les demandes adressées (santé mentale, hémodialyse, cardiologie) • Un projet de téléthrombolyse est en cours.
	Nommer un coordonnateur clinique local dont le rôle sera de développer des activités de télésanté	• Coordonnateur clinique nommé depuis 2011. C'est Mme Évelyne Grenier-Ouimette.
	Collaborer avec le CSSS de Gatineau à la mise sur pied d'activités de téléoncologie	• Participons aux travaux. Première rencontre a eu lieu en novembre 2014.
Commentaire P 13 :		

Soins palliatifs		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.9.14 Comptabiliser périodiquement le nombre de patients en soins palliatifs de fin de vie admis dans un lit de soins palliatifs dédié ou non dédié	Remplir à la P-13 le formulaire 514 disponible dans GESTRED	• 75 patients admis dans nos 2 lits dédiés aux soins palliatifs à l'unité SGS pour un total de 768 jours-présence.
AS-1.9.24 Consolider l'offre de service en soins palliatifs	Offrir les services en soins palliatifs à domicile à la clientèle ayant un pronostic de fin de vie minimalement de 3 mois et moins	• Données en soutien à domicile : - 56 usagers desservis à domicile pour 944 interventions - moyenne de 16,86 interventions par usager
	Fournir un portrait local de l'offre de service en soins palliatifs d'ici le 1er septembre 2014	• Portrait local de l'offre de service non débuté.
	Élaborer une politique et un programme clinique de soins de fin de vie qui tiennent compte de l'inclusion des maladies autres que le cancer et des ajustements nécessaires dans l'éventualité de l'adoption du projet de loi	• Le volet CHSLD « accompagnement et soutien en fin de vie » lequel va se rattacher au programme clinique est terminé.

	52	
	Mettre sur pied une équipe interdisciplinaire dédiée aux soins palliatifs, comme énoncé dans la politique ministérielle	• Démarches en cours pour la mise sur pied d'une équipe complète. • Projet en cours visant l'intégration de médecins dans cette équipe qui servira la clientèle à domicile (ex. avec un système de garde).
Commentaire P 13 :		

Accès aux services de première ligne		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.9.11 Poursuivre le déploiement des GMF	Ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'une UMF existante ou d'un site CLSC (comportant des médecins ayant une pratique de première ligne)	• Comité conjoint avec les 2 GMF demeure actif. • Déploiement de l'entente pour les services psychosociaux pour la clientèle présentant des troubles cognitifs en cours au GMF Témiscavie. Avons dû cesser le projet au GMF TK puisque nous n'avons pu recruter une ressource psychosociale. • Signature d'une entente avec le GMF Témiscavie pour le suivi interdisciplinaire de la clientèle atteinte de maladies chroniques. Sera déployé en 2015.
Commentaire P 13 :		

Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC)		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-1.9.20 Organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un AVC	Mettre en place une équipe locale	• Équipe locale désignée.
	Élaborer un plan d'action local d'ici le 15 septembre 2014	• Plan d'action en cours de rédaction. • Participation à l'équipe régionale (directrice). • Chargée de projet locale pour la téléthrombolyse nommée (chef de l'urgence). • Processus en cours pour le déploiement de la téléthrombolyse (équipement en place; visite de pré-déploiement réalisée, plan d'action en cours pour finaliser les éléments nécessaires à l'implantation).
	Collaborer à l'élaboration du continuum AVC et du plan d'action régional	• Assistons aux rencontres régionales et aux travaux du comité.
	Collaborer à la tournée ministérielle prévue à la fin de 2014	• Tournée ministérielle pour le prédémarrage de la téléthrombolyse a eu lieu le 20 février 2015.
Commentaire P 13 :		

Suppléance rénale (dialyse, hémodialyse)		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	
AS-1.9.25 Fournir des données sur les soins et services offerts en suppléance rénale	Compiler des données administratives sur la clientèle en prédialyse, dialyse péritonéale et hémodialyse (à la P-3, P-6, P-10 et P-13) selon un tableau de bord défini avec l'Agence	• Données acheminées à l'Agence tel que demandé par la chef du service. Aucune autre demande à date. • Aucune autre demande à date, ni de canevas de tableau de bord défini par l'Agence.
	D'ici le 15 septembre 2014, dresser le portrait local de l'offre de service en suppléance rénale	• Portrait acheminé à l'Agence
Commentaire P 13 :		

Coordination, financement, immobilisation et budget

Stratégie québécoise d'économie d'eau potable		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-2.1.2 Efficacité de la consommation d'eau potable dans les établissements du RSSS	Mesurer l'état de situation pour la mise en œuvre des phases 1 et 2 comprenant : les critères essentiels d'organisations (groupe A), les critères techniques à fort potentiel (groupe B), les autres critères techniques (groupe C) et le mesurage de la consommation d'eau potable se fera par l'intermédiaire du formulaire GESTRED no 630 à la P-6 (21 octobre 2014) et P-13 (30 avril 2015)	• La reddition de compte complétée.
Commentaire P 13 :		

Optimisation des services de biologie médicale		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-2.1.3 Améliorer la productivité des laboratoires et l'usage judicieux des analyses de biologie médicale par une optimisation et régionalisation des services	Entreprendre les travaux pour mettre à jour les systèmes de laboratoire (SIL) et ramener les trois grappes de base de données en une seule grappe	
	Évaluer les coûts d'impact suite à ces changements	
	Préparer, avec le Technocentre, les devis d'acquisition selon les règles prévues de la loi 133	
	Évaluer les services qui seront mis en commun à l'intérieur de la grappe de laboratoires	
Commentaire P 13 : • Participation active à tous les comités régionaux ainsi qu'aux travaux en cours. • Révision du plan d'action régional en cours suite aux directives ministérielles déposées en février 2015.		

Ressources informationnelles

Dossier Santé Québec (DSQ)		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-4.3.4 Déployer le DSQ à l'ensemble du territoire québécois pour les domaines laboratoire, imagerie médicale et médicament	Normaliser les tables cliniques des systèmes de laboratoire afin d'alimenter le domaine laboratoire du DSQ	• La normalisation des tables cliniques a été réalisée par le CSSSRN pour notre grappe. Le domaine laboratoire alimente le DSQ depuis juin 2014.
	Arrimer l'index patient maître au registre des usagers	• Les travaux d'appariement ont été effectués à la fin du mois de mars 2015.
	Assurer le déploiement dans son territoire concernant le dossier SécurSanté (distribution des clés d'accès, formation, etc.)	• Nous avons complété la remise des 113 dispositifs prévus.
Commentaire P 13 :		

Dossier clinique informatisé (DCI)		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-4.3.5 Soutenir l'utilisation des DCI dans les établissements	Réaliser, à l'intérieur d'une démarche régionale, le plan d'affaires régional	
	Rehausser la plateforme d'échanges actuelle suite à l'analyse des besoins d'affaires cliniques et organisationnels	
Commentaire P 13 : • Dossier piloté par l'Agence en collaboration avec l'Agence de l'Estrie et nous n'avons pas été sollicité jusqu'à maintenant.		

Mise en place d'une gouvernance régionale des ressources informationnelles		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-6.1.2 Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI)	Transmettre la PTPARI approuvée à l'Agence pour le 1er octobre 2014	• Dossier travaillé en mode régional. Pour l'instant aucun travail dans ce dossier mais devrait se réaliser à l'hiver 2015 selon le calendrier du MSSS.
AS-6.1.3 Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles (PARI)	Transmettre les PARI 2015-2016 à l'Agence pour analyse et avis de conformité d'ici le 1er avril 2015	• Dossier travaillé en mode régional. Pour l'instant aucun travail dans ce dossier mais devrait se réaliser à l'hiver 2015 selon le calendrier du MSSS.
AS-6.1.4 État de santé des projets (ESP)	Transmettre à l'Agence une déclaration concernant l'ESP de plus de 100,0 k$ en cours de réalisation d'implantation ou de rodage d'ici le 1er octobre 2014	• Aucun projet > 100 k $ en cours. • L'ESP au 30 septembre a été déposé tel que demandé.
Commentaire P 13 :		

Optimisation en technologie de l'information		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS-6.1.10 Mettre en œuvre le plan d'action régional en sécurité de l'information	Établir le bilan annuel en sécurité de l'information avec le gabarit ministériel d'ici le 1er septembre 2014	• Notre bilan annuel en sécurité de l'information a été déposé à l'agence le 9 mai et présenté à notre CA le 19 novembre 2014.
	Assister le Technocentre à la mise en œuvre des activités associées au réseau d'alerte, notamment : - Le processus de déclaration d'un incident de sécurité - Le processus de gestion des incidents de sécurité - Le processus de communication en gestion d'incidents de sécurité - Les rôles et les responsabilités - La mise en place d'un registre régional des incidents de sécurité	

	Évaluer, avec l'aide du Technocentre, les efforts et les enjeux et élaborer la planification de ces travaux	
AS-6.1.11 Mettre à niveau les postes de travail	Mettre à niveau Windows XP vers Windows 7/8.1 et voir à l'opportunité de virtualiser les postes (gestion du parc des postes de travail [GPPT])	• Notre planification de mise à niveau est réalisée et prévoit que le tout sera complété pour février 2015, nous laissant 1 mois afin de pallier à d'éventuels problèmes. • La perte d'un technicien en informatique a fait en sorte que nous avons dû revoir notre planification et la décaler. Tout sera complété pour le 1er avril 2015.
	Réaliser la migration des postes de travail selon l'évolution régionale du dossier et selon les orientations du MSSS d'ici le 1er avril 2015	
AS-6.1.12 Mettre à niveau le courrier électronique Lotus Notes	Réaliser les travaux de mise à niveau à la version courante de Lotus Notes selon les orientations du MSSS	• La fermeture des bases de données locales et le transfert au TCR a été réalisé en décembre 2014 et la migration de boîtes de courriel est prévue au cours de 2015 via le TCR.
AS-6.1.13 Optimiser les centres de traitement	Poursuivre les travaux d'optimisation des applications, équipements logiciels et matériels	• Aucune intervention demandée jusqu'à maintenant dans ce dossier.
Commentaire P 13 :		

Ressources humaines

Programmes de type Entreprise en santé		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS- 7.1.1 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail (indicateur 3.13-PS)	Étapes de réalisation des programmes de type Entreprise en santé :	
	1. Engagement de la direction (15 %)	• Fait.
	2. Comité santé et mieux-être (10 %)	• Fait.
	3. Collecte de données (20 %)	• Fait.
	4. Plan de mise en oeuvre (35 %)	• Fait.

	5. Évaluation (10 %)	• Fait.
	6. Accréditation (10 %)	• Demande d'accréditation reportée au printemps 2015.
Commentaire P 13 :		

Planification, performance et qualité

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS- 8.1.1 Déclaration des accidents et incidents	Saisir les événements indésirables survenus entre le 1er avril et le 30 septembre au plus tard le 20 octobre 2014[6]	• Les événements sont saisies tel que prévu.
	Saisir les événements indésirables survenus entre le 1er octobre et le 31 mars au plus tard le 16 avril 2015[2]	• Les événements sont saisies tel que prévu.
AS- 8.1.2 Prévention des chutes et des événements liés à la médication	Implanter les recommandations du rapport qui sera publié par le Groupe Vigilance	• Rapports ministériels ont été présentés au comité de gestion des risques. • Un plan d'action sur l'implantation des recommandations a été élaboré et sera suivi par le comité de gestion des risques.
Commentaire P 13 :		

Info-Santé		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS- 8.1.3 Appel au service Info-Santé 811, un maximum de 15 % de perte d'appels et un maximum de 4 minutes comme temps d'attente sont attendu	Un premier tableau servira de rapport d'étape et devra être déposé le 30 septembre 2014 et un second tableau servira de rapport final pour l'année 2014-2015 et devra être déposé le 15 avril 2015. Le tableau devra contenir les écarts observés avec les raisons identifiées, ainsi que les actions pour corriger la situation avec des objectifs clairs	Tableau en lien avec cet indicateurs n'a jamais été rendu disponible par le MSSS ni par l'ancienne agence

[6] Tenir compte que GESRISK transmet les données au SISSS quelques jours avant la date butoir.

Commentaire P 13 :

- Historiquement, des indicateurs tels le pourcentage de perte d'appel ou le délai d'attente d'un appel étaient suivis au plan régional et provincial pour Info Santé. Or, il fut réalisé qu'il n'était pas possible au niveau régional de suivre les indicateurs compte tenu des limites liées à l'interprétation des résultats. Ainsi, le MSSS a déterminé en cours d'année un nouvel indicateur de performance en tenant compte de la virtualisation des appels. Le but est qu'on répond à plus d'appels qu'on en virtualise à d'autres centrales. Un écart positif atteste une performance positive.

- Les résultats pour cet indicateur ont été suivis par l'établissement :
  - Cumul à la période 7 : 9 904 appels en provenance d'autres régions répondus par notre centrale et 9 144 appels en provenance de notre région répondus par les autres centrales, donnant un écart positif de 760.
  - Cumul à la période 13 : 19 563 appels en provenance d'autres régions répondus par notre centrale et 15 717 appels en provenance de notre région répondus par les autres centrales, donnant un écart positif de 3 846.

Des bris au niveau du système informatique au cours des périodes 1, 3 et 6 nous ont obligés à virtualiser nos appels, ce qui explique en partie l'écart négatif aux périodes 1 et 3 ainsi que le faible écart positif à la période 6.

Sécurité civile

Sécurité civile – Mission santé		
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	**ENGAGEMENTS 2014-2015**	**RÉSULTATS 2014-2015**
AS- 9.1.1 Désigner une personne responsable de la coordination en sécurité civile en effectuant les liens nécessaires avec les différents acteurs de son organisation ainsi qu'avec les partenaires présents sur le territoire du réseau local de services	Nommer un coordonnateur de sécurité civile	• Carole Lahaie, responsable de site, est désigné comme la personne responsable de cette coordination.
AS- 9.1.2 Maintenir au sein de l'établissement une instance de coordination active en sécurité civile, dans le but d'assurer un leadership de coordination. Cette instance doit regrouper les représentants des différents volets ou secteurs d'activités tels que l'hospitalier, la santé de première ligne, le psychosocial, la santé publique, les communications, les ressources humaines, les ressources matérielles, les ressources informationnelles	Nommer les personnes responsables de chacun des volets ou secteurs d'activités composant l'instance de coordination locale en sécurité civile	• Les personnes responsables de chaque volet ont tous été nommés.
	Nommer un substitut pour chaque personne responsable	• Les substituts ont tous été nommés.
Commentaire P 13 :		

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2014-2015	RÉSULTATS POUR 2014-2015

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2014-2015	RÉSULTATS POUR 2014-2015
Santé publique		
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (prénatale), au cours de l'année de référence	0,25	0,29 visites à domicile par semaine en prénatale
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (postnatale 1), au cours de l'année de référence	0,5	0,95 visites à domicile par semaine de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (postnatale 2), au cours de l'année de référence	0,15	0,39 visites à domicile par semaine de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (postnatale 3), au cours de l'année de référence	0,05	0,05 visite par semaine à domicile du 13e au 60e mois de vie de l'enfant
1.01.14-EG2 1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-VPI-Hib ou DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90	87,50 %
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	90	86,67 %
1.01.19.1-PS 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	90	Taux d'infections nosocomiales maintenus sous les seuils établis. Il n'y a eu aucun cas au pavillon Sainte-Famille et un seul cas au pavillon TK à la période 1.
1.01.19.2-PS 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	90	Aucun cas.

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2014-2015	RÉSULTATS POUR 2014-2015
1.01.23-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des clientèles vulnérables	42	52 activités de dépistages 6 activités de counseling post-tests
Commentaires P11 et P13 : **1.01.15-EG2** : • Vaccination à 1 an plus difficile puisque la mère est retournée sur le marché du travail, malgré tous les efforts faits. • Ce sont des petits nombres. Un seul vaccin non donné dans le délai fait basculer le résultat en bas de la cible.		

SAPA		
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	35 022	Données à la période 13 non disponibles au moment de la production de ce bilan 31 872 heures à la période 11 • 91 % d'atteinte de la cible à la période 11. Estimation de dépasser la cible à 127 % à la période 13 si la tendance se maintient.
Nombre d'interventions à domicile par jour par ETC en aide à domicile	8,23	Données à la période 13 non disponibles au moment de la production de ce bilan 6,52 interventions à domicile par jour par ETC à la période 9. • À 79 % de l'atteinte de la cible.
Nombre d'interventions à domicile par jour par ETC en services psychosociaux.	2,00	Données à la période 13 non disponibles au moment de la production de ce bilan 1,40 intervention à domicile par ETC à la période 9. • Total de 1 607 interventions au cours des 9 premières périodes de l'année. À 70 % d'atteinte de la cible. Beaucoup de changement en

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2014-2015	RÉSULTATS POUR 2014-2015
		cours avec le projet de révision de l'organisation du travail. Les intervenants sociaux sont les seuls à compléter les outils d'évaluation multiclientèle pour tous les secteurs d'activités. Devons faire un changement qui implique les autres programmes.
Nombre d'interventions à domicile par jour par ETC en nutrition	1,70	Données à la période 13 non disponibles au moment de la production de ce bilan
Nombre d'interventions à domicile par jour par ETC en inhalothérapie	3,04	Données à la période 13 non disponibles au moment de la production de ce bilan 2,87 interventions à domicile par jour par ETC • Total de 125 interventions au cours des 9 premières périodes de l'année. À 94,2 % de l'atteinte de la cible.
1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	70	79,40 %
Commentaires P11 et P13 :		

Déficiences		
1.45 PS Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	90	100 % (2 demandes reçues et traitées dans les délais)
1.45 PS Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90	100 % (2 demandes reçues et traitées dans les délais)
1.45 PS Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	90	90 % (10 demandes reçues et une non traitée dans les délais)
Commentaires P11 et P13 :		

Dépendances		
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	58	55
Commentaires P11 et P13 : • 4 jeunes et 51 adultes • Cible annuelle atteinte à 95 % • Absence de liste d'attente.		

Santé mentale		
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	328	505
Commentaires P11 et P13 : • Dépassement de la cible.		

Santé physique		
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	11	11,9
1.09.03-PS Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	0	0
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	90	100
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	90	100
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	70	Avons 14 médecins sur 17 qui font la prise en charge de clientèle à différents degrés, selon leur âge et leur participation à la couverture des services hospitaliers 9 922 personnes du territoire sont inscrites auprès d'un médecin de famille, donnant un taux de 61,17 % Légère amélioration au résultat de 2013-2014 qui était 57 %.
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	0	6,5 %
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	0	0
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	0	0
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	70	Aucune chirurgie oncologique saisie dans le système d'information
1.09.33.02-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	Aucune chirurgie oncologique saisie dans le système d'information

1.09.34.00-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale	90	77,95 % (17,7 % en attente de 3 à 6 mois et 4,3 % en attente de 6 à 9 mois) (Examens dépassant le délai de 3 mois : échographies cardiaques, abdominaux et autres types d'échographies)
1.09.35.00-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale	90	100
1.09.36.00-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale	90	100
1.09.37.00-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale	90	100
Commentaires P11 et P13 : 1.09.34.00-EG2 : Travaux en cours avec l'interniste pour réduire l'attente en échographies cardiaques. Notons que plusieurs usagers hors délais le sont parce qu'ils ne retournent pas les appels ou ne se présentent pas au rendez-vous. Visite du radiologiste prévue en avril 2015 pour réaliser les échographies abdominaux-pelviens qui sont en attente.		

Hygiène et salubrité		
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	Réalisation complétée à 100 %
Commentaires P11 et P13 :		

Ressources humaines		
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,9	6,48
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	3,91	4,34
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,62	3,11

3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	4,67	3,82
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0	0
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0	0
3.06.04-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0	0
3.08-PS Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main d'oeuvre	100	100
3.10-PS Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en oeuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	100	100
3.14-PS Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100	Agrément 2013
Commentaires P11 et P13 :		

Désencombrement des urgences		
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée	3	VM : 0,0 % TK : 0 %
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de CHLSD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3	VM : 0,6 % TK : 0,5 %
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3	VM : 0 % TK : 0 %
Commentaires P11 et P13 : - Résultats de la période 13. Résultats très variables d'une période à l'autre étant donné les petits volumes.		

ANNEXE 2 : ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES OPÉRATIONS

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
155, avenue Dallaire
Rouyn-Noranda QC J9X 4T3
Canada

Tél. : 819-762-5764
Téléc. : 819-797-1471
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'audit du
Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation de ses actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue 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 relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, tel qu'il est exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pas été déterminées.

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

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 11 juin 2015, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider le Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.[1]

Le 26 août 2015

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A123107

Centre de santé et de services sociaux
du Témiscamingue
22, rue Notre-Dame Nord
Ville-Marie (Québec) J9V 1W8

Le 26 août 2015

Confidentiel

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
155, avenue Dallaire
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 4 T3

Objet : États financiers résumés du Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue pour l'exercice clos le 31 mars 2015

Madame,
Monsieur,

La présente lettre d'affirmation concerne l'audit effectué par Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. (« Deloitte » ou « vous ») des états financiers résumés du Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue (l'« Établissement » ou « nous »), pour l'exercice clos le 31 mars 2015, ainsi que les notes aux états financiers (les « états financiers résumés »), aux fins de l'expression d'une opinion indiquant si les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Établissement pour l'exercice clos le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers audités.

Nous confirmons, au mieux de notre connaissance et en toute bonne foi, ayant fait toutes les demandes d'informations que nous avons jugées nécessaires pour être adéquatement informés, que :

États financiers résumés

1. Nous convenons que les déclarations de la direction contenues dans la lettre d'affirmation de la direction portant sur l'audit des états financiers à usage général dont sont tirés les états financiers résumés signée le 10 décembre 2014, ainsi que dans les annexes, le cas échéant, pour l'exercice clos le 31 mars 2015 ont été intégrées par renvoi dans la présente lettre.

2. Nous nous sommes acquittés de nos responsabilités, définies dans les conditions de la lettre de mission entre l'Établissement et Deloitte portant la date du 10 décembre 2014, quant à la préparation des états financiers résumés. En particulier, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Établissement pour l'exercice clos le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers et présentent la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2015, ainsi que des résultats de ses activités, de ses surplus (déficits) cumulés, de la variation de ses actifs financiers nets (dette nette), de ses flux de trésorerie et de la variation de ses actifs financiers et de ses passifs reliés au fonctionnement pour l'exercice clos à cette date.

3. Nous avons déterminé que les états financiers résumés sont complets en date du 26 août 2015 puisque aucun changement aux états financiers résumés (y compris les informations à fournir) n'est prévu ni attendu à cette date, que toutes les écritures de régularisation définitives ont été reflétées dans les états financiers résumés et que les états financiers résumés ont été approuvés selon notre processus de finalisation des états financiers.

4. Les états financiers résumés sont exempts d'erreurs et d'omissions significatives.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Centre de santé et de services sociaux du Témiscamingue

Marie-Lyne Blier, directrice des finances

Jacques Boissonneault, président directeur général

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION DE L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2015

ACTIVITÉS PRINCIPALES	Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
REVENUS	$	$
Subventions Agence et Ministère de la Santé et des Services sociaux	36 264 201	35 721 013
Subventions Gouvernement du Canada		
Contributions des usagers	2 398 785	2 450 238
Ventes de services et recouvrements	229 456	307 007
Donations	14 201	9 614
Revenus de placement	33 460	31 105
Gain sur disposition		
Autres revenus	44 543	88 118
TOTAL DES REVENUS	**38 984 646**	**38 607 095**
CHARGES		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	28 853 708	28 288 066
Médicaments	1 100 901	1 029 119
Produits sanguins	364 515	287 691
Fournitures médicales et chirurgicales	607 491	570 555
Denrées alimentaires	366 548	354 554
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	770 969	755 844
Frais financiers		
Entretien et réparations	971 557	638 921
Créances douteuses	12 358	6 896
Loyers	150 946	153 964
Autres charges	6 179 380	6 187 520
TOTAL DES CHARGES	**39 378 373**	**38 273 130**
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES	**(393 727)**	**333 965**

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION DE L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2015 (SUITE)

ACTIVITÉS ACCESSOIRES	Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
REVENUS	$	$
Subventions Agence et Ministère de la Santé et des Services sociaux	1 841 186	1 785 895
Subventions Gouvernement du Canada		10 309
Donations		
Revenus de placement	7 768	4 576
Revenus de type commercial		
Gain sur disposition		
Autres revenus	6 352	6 458
TOTAL DES REVENUS	**1 855 306**	**1 807 238**
CHARGES		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	1 584 940	1 475 752
Entretien et réparations		
Créances douteuses		
Loyers	85 045	90 072
Autres charges	180 590	237 647
TOTAL DES CHARGES	**1 850 575**	**1 803 471**
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES	**4 731**	**3 767**

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'IMMOBILISATION DE L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2015

	Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
REVENUS	**$**	**$**
Subventions Agence et Ministère de la Santé et des Services sociaux	2 010 815	2 291 746
Subventions Gouvernement du Canada		
Donations	75 757	69 993
Revenus de placements	4 629	5 164
Gain sur disposition d'immobilisations	8	11 150
Autres revenus		2 054
TOTAL DES REVENUS	**2 091 209**	**2 380 107**
CHARGES		
Frais financiers	463 966	452 788
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	251 899	526 627
Amortissement des immobilisations	1 332 886	1 332 613
Perte sur disposition d'immobilisations	12 433	
Autres charges		
TOTAL DES CHARGES	**2 061 184**	**2 312 028**
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS)	**30 025**	**68 079**

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS DE L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2015

	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations
	$	$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	**776 828**	**177 194**
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	**776 828**	**177 194**
AUTRES VARIATIONS		
Surplus (déficit) de l'exercice	(388 996)	30 025
Transferts interfonds	(364 440)	364 440
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	**23 392**	**571 659**

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE DU FONDS D'EXPLOITATION DE L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 201

	Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
	$	$
ACTIFS FINANCIERS		
Encaisse	1 098 621	2 781 734
Placements temporaires	1 500 000	
Débiteur - Agence et Ministère de la Santé et des Services sociaux	284 993	484 985
Autres débiteurs	533 384	410 412
Créances interfonds (dettes interfonds)	390 955	541 914
Subvention à recevoir – réforme comptable	3 044 306	3 046 373
Placements de portefeuille		
Autres éléments	86 225	34 652
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	**6 938 484**	**7 300 070**
PASSIFS		
Emprunts temporaires		
Créditeur - Agence et Ministère de la Santé et des Services sociaux		
Autres créditeurs et autres charges à payer	3 602 636	3 165 060
Intérêts courus à payer		
Revenus reportés	511 198	459 172
Passif au titre des avantages sociaux futurs	3 580 696	3 634 957
Autres éléments	140 992	175 425
TOTAL DES PASSIFS	**7 835 522**	**7 434 614**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**(897 038)**	**(134 544)**
ACTIFS NON FINANCIERS		
Stocks de fournitures	532 282	561 045
Frais payés d'avance	388 148	350 327
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**920 430**	**911 372**
SURPLUS CUMULÉS	**23 392**	**776 828**

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE DU FONDS D'IMMOBILISATIONS DE L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2015

	Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
	$	$
ACTIFS FINANCIERS		
Encaisse	488 205	398 516
Placements temporaires		
Débiteur - Agence et Ministère de la Santé et des Services sociaux	127 079	128 080
Autres débiteurs	23 434	22 575
Créances interfonds (dettes interfonds)	(390 955)	(541 914)
Subvention à recevoir – réforme comptable	5 190 641	4 594 296
Placements de portefeuille		
Frais reportés liés aux dettes	40 116	37 921
Autres éléments	3 446	
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	**5 481 966**	**4 639 474**
PASSIFS		
Emprunts temporaires	2 125 248	1 515 031
Créditeur - Agence et Ministère de la santé et des services sociaux		
Autres créditeurs et autres charges à payer	195 392	76 222
Avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées	886 938	487 512
Intérêts courus à payer	127 079	128 080
Revenus reportés	632 147	640 761
Dettes à long terme	14 115 075	13 991 729
Passifs environnementaux		
Autres éléments		
TOTAL DES PASSIFS	**18 081 879**	**16 839 335**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**(12 599 913)**	**(12 199 861)**
ACTIFS NON FINANCIERS		
Immobilisations	13 171 572	12 377 055
Frais payés d'avance		
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**13 171 572**	**12 377 055**
SURPLUS CUMULÉS	**571 659**	**177 194**

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) DE TOUS LES FONDS DE L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2015

	Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
	$	$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT	**(12 334 405)**	**(12 766 389)**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**(358 971)**	**405 811**
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(2 161 760)	(1 196 052)
Amortissement de l'exercice	1 332 886	1 332 613
(Gain)/Perte sur disposition	12 425	(11 150)
Produits sur dispositions	21 932	12 017
Réduction de valeurs		
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	**(794 517)**	**137 428**
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Acquisition de stocks de fournitures	(2 498 092)	(2 333 131)
Acquisition de frais payés d'avance	(1 109 733)	(1 145 757)
Utilisation de stocks de fournitures	2 526 854	2 283 262
Utilisation de frais payés d'avance	1 071 913	1 084 371
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	**(9 058)**	**(111 255)**
AUTRES VARIATIONS DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS		
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**(1 162 546)**	**431 984**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	**(13 496 951)**	**(12 334 405)**

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE DE TOUS LES FONDS DE L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2015

	Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
	$	$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	(358 971)	405 811
Éléments sans incidence sur la trésorerie :		
Provisions liées aux placements et garanties de prêts		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	(9 058)	(111 255)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	12 425	(11 150)
Perte (Gain) sur disposition de placement de portefeuille		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(8 614)	1 519
Amortissement des immobilisations	1 332 886	1 332 613
Réduction pour moins-value des immobilisations		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	13 355	2 604
Subvention à recevoir – réforme comptable – immobilisations	(596 345)	(962 963)
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	**744 649**	**251 368**
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	763 773	211 127
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement	**1 149 451**	**868 306**
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions d'immobilisations	(1 998 370)	(1 196 052)
Produit de disposition d'immobilisations	21 932	12 017
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	**(1 976 438)**	**(1 184 035)**
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements temporaires		
Placements de portefeuille effectués		
Produit de disposition de placements de portefeuille		
Placements de portefeuille réalisés		
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement		

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE DE TOUS LES FONDS DE L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2015 (SUITE)

	Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
	$	$
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	2 439 428	1 547 848
Emprunts effectués – Refinancement de dettes à long terme		
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(914 549)	(845 660)
Emprunts remboursés – Refinancement de dettes à long terme	(1 401 533)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette		
Variation des emprunts temporaires – fonds d'exploitation		
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	3 064 098	2 047 901
Emprunts temporaires effectués – Refinancement fonds d'immobilisations		
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(61 504)	(90 069)
Emprunts temporaires remboursés – Refinancement fonds d'immobilisations	(2 392 377)	(1 526 144)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement		
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	**733 563**	**1 133 876**
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	**(93 424)**	**818 147**
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	**3 180 250**	**2 362 103**
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE À LA FIN	**3 086 826**	**3 180 250**
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENT DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT		
Encaisse	1 586 826	3 180 250
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	1 500 000	
TOTAL	**3 086 826**	**3 180 250**

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS DE L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2015

1. CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) depuis le 2 juin 2011. Il a pour mandat d'offrir, en collaboration avec ses partenaires, d'améliorer la santé et le bien-être des personnes résidant sur son territoire et de leur assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux sécuritaires et de qualité dispensés de façon continue et personnalisée.

Le siège social de l'établissement est situé à Ville-Marie. Les points de services sont répartis dans l'ensemble de la région du Témiscamingue.

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

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*, à l'exception de l'élément suivant :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public;

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont : la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, les créances irrécouvrables.

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

Comptabilité d'exercice

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

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

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

Revenus

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

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

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (chapitre S-37.01).

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Revenus d'intérêts

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

Autres revenus

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

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

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

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

Charges inhérentes aux ventes de services

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

Instruments financiers

En vertu de l'article 295 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux établissements.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuilles sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires.

ii. Débiteurs

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

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

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

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

iv. Créditeurs et autres charges à payer

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

v. Dettes à long terme

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

vi. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

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

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif mais dont l'état émane d'un événement imprévu, sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice. Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement concerné doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaires ainsi que des congés de maladie, de vacances cumulées et des droits parentaux.

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

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

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

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

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

Frais payés d'avance

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

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

Stocks de fournitures

Les stocks de fournitures sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

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

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont

présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

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

Prêts interfonds

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

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

Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

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

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaire : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial.

Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

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

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

Avoir propre

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

3. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de *la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats totaux fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015 l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

4. DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 3 juillet 2014 relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

5. INSTRUMENTS FINANCIERS

Impacts sur les états financiers

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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

6. PLACEMENTS TEMPORAIRES

La nature des placements temporaires, le coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectif moyens pondérés, ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631-00.

7. DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 526 144 $, au taux effectif de 2,08 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 61 046 $, échéant en 2018.	1 465 099 $	1 526 144 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 392 377 $, au taux effectif de 2,90 %, garanti	2 392 377 $	-

par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 117 497 $, échéant en 2024.		
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 12 000 808 $, à un taux variant de 2,12 % à 5,17 %, garantis par le gouvernement, remboursables annuellement par versements de 623 225 $, échéant entre 2016 et 2033.	10 181 569 $	12 391 618 $
Obligations découlant de contrats de location-acquisition, à un taux inconnu, remboursables par versements trimestriels de 7 820 $, échéant entre 2016 et 2020.	76 030 $	73 967 $
Total	14 115 075 $	13 991 729 $

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

2015-2016	833 048 $
2016-2017	821 487 $
2017-2018	674 438 $
2018-2019	882 297 $
2019-2020	351 776 $
2020-2021 et subséquents	10 552 029 $
Total	14 115 075 $

8. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent

Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %
Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de la méthode par profil, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance-salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier.		

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux :

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	2 972 170 $	3 049 396 $	3 089 028 $	2 932 538 $	2 972 170 $
Assurance-salaire	541 974 $	952 890 $	965 730 $	529 134 $	541 974 $
Provision pour maladie	99 976 $	687 110 $	682 372 $	104 714 $	99 976 $
Droits parentaux	20 837 $	55 115 $	61 642 $	14 310 $	20 837 $
Total	3 634 957 $	4 744 511 $	4 798 772 $	3 580 696 $	3 634 957 $

9. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	58 999 $		58 999 $	58 999 $
Aménagements des terrains	341 441 $	138 241 $	203 200 $	220 127 $
Bâtiments	14 032 670 $	9 985 882 $	4 046 788 $	4 442 946 $
Améliorations locatives	387 702 $	149 386 $	238 316 $	277 086 $
Améliorations majeures aux bâtiments	2 670 193 $	317 746 $	2 352 447 $	1 784 244 $
Matériels et équipements	5 074 632 $	4 197 737 $	876 895 $	948 691 $
Équipements spécialisés	7 946 383 $	4 699 917 $	3 246 466 $	3 311 665 $
Matériel roulant	202 179 $	96 548 $	105 631 $	98 102 $
Développement informatique	67 678 $	66 694 $	984 $	5 023 $
Réseau de télécommunication				
Location-acquisition	153 235 $	75 714 $	77 521 $	74 063 $
Projets en cours	1 964 325 $		1 964 325 $	1 156 109 $
Total	32 899 437 $	19 727 865 $	13 171 572 $	12 377 055 $

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentés respectivement aux pages 420-00 à 422-00 du AS-471.

Les travaux en cours ne sont pas amortis car ils ne sont pas en service.

10. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289.

11. GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière. Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs et la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	1 586 826 $	3 180 250 $
Placements temporaires	1 500 000 $	
Débiteurs - Agences et MSSS	412 072 $	613 065 $
Autres débiteurs	556 818 $	432 987 $
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	8 234 947 $	7 640 669 $
Total	12 290 663 $	11 866 971 $

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2015, ces actifs financiers étaient investis dans des certificats de dépôts. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans l'année suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 98 % du montant total recouvrable. Ce pourcentage s'élevait également à 98 % l'exercice précédent.

L'âge chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	538 673 $	414 799 $
Autres débiteurs en souffrance		
Moins de 30 jours		
De 30 à 59 jours	15 371 $	3 751 $
De 60 à 89 jours	2 523 $	1 743 $
De 90 jours et plus	51 290 $	50 794 $
Sous-total	69 184 $	56 288 $
Provision pour créances douteuses	(51 039)$	(38 100)$
Sous-total	18 145 $	18 188 $
Total des autres débiteurs	556 818 $	432 987 $

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses:	40 518 $	38 099 $
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	12 426 $	9 900 $
Montants recouvrés	(525)$	
Montants radiés	(1 380)$	(7 481)$
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	51 039 $	40 518 $

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est néanmoins limité du fait que selon l'article 265 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), un établissement ne peut acquérir des actions d'une personne morale sans avoir obtenu préalablement l'avis de l'agence et dans la seule mesure prévue dans une entente conclue avec le ministre dont les conditions sont rendues publiques.

De plus, l'article 269 de cette même loi stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	3 798 028 $	3 241 282 $
De 6 mois à 1 an :	-	-
De 1 à 3 ans :	-	-
De 3 à 5 ans :	-	-
De plus de 5 ans :	-	-
Total des autres créditeurs	3 798 028 $	3 241 282 $

Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement n'est pas exposéau risque de change car il réalise très peu ou pas d'opérations en devises. Il ne gère donc pas activement ce risque.

i. Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises. Elle ne gère donc pas activement ce risque.

ii. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	2 125 248 $	1 515 031 $
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	886 938 $	487 512 $
Dettes à long terme	14 115 075 $	13 991 729 $

Du montant des emprunts temporaires totalisant 2 125 248 $, la totalité de ce montant porte intérêt un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 886 938 $, la totalité de ce montant représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS ou l'agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

iii. Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

12. OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'établissement est apparenté avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600.

L’établissement n’a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d’échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00.

Les obligations contractuelles de l’établissement envers les apparentés sont présentés à la page 635-00.

13. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l’exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.