Centre de santé et de services sociaux
des Îles

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2012-2013

Adopté par le conseil d'administration le 1er octobre 2013

Remerciements

La production de ce document a été rendue possible grâce à la collaboration des personnes suivantes :

Marie Gibeault, directrice générale et directrice des services professionnels
Johanne Cantin, directrice des soins infirmiers et programmes
Claude Cyr, directeur des services administratifs
Philippe Simon Laplante, directeur des ressources humaines
Lucie Ouellet, directrice des services multidisciplinaires, programmes et services – CRDITED
Pierre Arsenault, Directeur du soutien à l'autonomie des personnes âgées, de l'hébergement, de la déficience physique et des services hospitaliers

Denise Landry, conseillère
Céline Lafrance, conseillère en communication
Gisèle Painchaud, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Dr Jean-François Noël, président du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens
France Arseneau, présidente du comité des usagers
Julie Decoste, présidente du conseil des infirmières et des infirmiers
Manon Dubé, présidente du comité d'éthique

CSSS des Îles - Dépôt légal – 3e trimestre 2013
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 978-2-924089-04-0 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE 1

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 2

NOTRE GRANDE MISSION 3

SUIVI DU PLAN STRATÉGIQUE 2012-2015 4

NOTRE FONDATION 6

PORTRAIT DE SANTE DE LA POPULATION 7

ORGANIGRAMME 9

LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT 10

- DÉMARCHE D'AGRÉMENT 10
- PLAN DE REDRESSEMENT 2012-2013 10
- SANTÉ PUBLIQUE 11
- SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 11
- DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES, PROGRAMMES ET SERVICES - CRDITED (DSMPS-CRDITED) 12
- DIRECTION DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES, DE L'HÉBERGEMENT, DE LA DÉFICIENCE PHYSIQUE ET DES SERVICES HOSPITALIERS (DSAPA-H-DP-SH) 17
- DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES 22
- DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DIRECTION SANTÉ PHYSIQUE 24
- DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET SERVICES HOSPITALIERS 30
- GESTION DES RISQUES 31
- DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS 33
- RAPPORT DE LA DIRECTION 34

ATTESTATION DES AUDITEURS 35

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2013 38

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION 39

ENTENTE DE GESTION 2012-1013 48

CONSEIL D'ADMINISTRATION 50

COMITÉS OBLIGATOIRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET CONSEILS PROFESSIONNELS 50

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 51

ANNEXES 71

- CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS 71
- CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII) 75
- COMITÉ DES USAGERS 78
- COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 79
- COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ 80
- COMITÉ D'ÉTHIQUE 81
- CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE 83

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Au ministre de la Santé et des Services sociaux, au président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, à la clientèle et à la population desservie par le Centre de santé et de services sociaux des Îles (CSSS des Îles)

Le 31 mars 2013 se terminait l'année financière du CSSS des Îles. Les efforts ont été maintenus afin de stabiliser la présence au travail et le soutien à l'autonomie des personnes âgées. Soulignons qu'en juin 2012, la nouvelle installation, Pavillon Eudore-LaBrie, a accueilli la clientèle CHSLD. Grâce aux efforts déployés par les familles, les bénévoles et les employés, ce déménagement fut un franc succès. Nous avons finalisé le déménagement de la courte durée vers le 2A, incluant l'aménagement de deux chambres de naissance. En février 2013, la centrale téléphonique de rendez-vous est fonctionnelle et les prélèvements sans rendez-vous au CLSC de Cap-aux-Meules et dans les installations de Bassin et de l'Est sont mis en place.

Pendant l'année 2012-2013, nous avons redoublé d'efforts pour un plan de redressement comprenant des changements permettant de réduire nos dépenses. Nous avons également révisé et mis à jour les critères d'admissibilité pour un accompagnateur d'usager afin de diminuer les transports électifs. De nouveaux dépliants d'information concernant le transport électif, le transport par Jet (avion-hôpital) et Dash (navette médicale), ainsi que l'utilisation des ambulances pour les plus de 65 ans ont été réalisés. De plus, nous avons poursuivi l'exercice de révision des services dans les différentes équipes de travail.

En fin d'année financière 2012-2013, nous constatons que, malgré des résultats positifs et concrets, notre équilibre budgétaire n'est pas atteint et nous poursuivons les travaux en cours. Nous voulons souligner le travail soutenu des membres du conseil d'administration en poste depuis plusieurs années et souhaiter la bienvenue aux nouveaux membres. Des défis importants se poursuivent pour notre établissement et les réalisations passées sont garantes de notre réussite future.

En terminant, permettez-nous de remercier l'ensemble du personnel clinique et de soutien ainsi que l'équipe médicale pour son dévouement et sa rigueur dans la prestation des soins et des services à la clientèle et à l'ensemble de la population des Îles-de-la-Madeleine. Nos remerciements à l'équipe de direction et aux cadres pour leur contribution à l'atteinte des objectifs de qualité et de sécurité au sein de notre établissement. Merci à nos partenaires et associés, au MSSS et à l'ASSSGÎM!

C'est tous ensemble que nous contribuons à offrir les meilleurs soins et services possibles à notre population.

Gaston Bourque
Président du conseil d'administration

Marie Gibeault
Directrice générale

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2012-2013 du CSSS des Îles :

- 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 2013

Marie Gibeault
Directrice générale

NOTRE GRANDE MISSION

Prévenir, guérir, soigner et soutenir pour le mieux-être et la santé de la population des Îles-de-la-Madeleine en offrant, en collaboration avec nos partenaires, des services de santé et des services sociaux et de réadaptation de qualité, sécuritaires, accessibles, intégrés et en continuité.

Les lettres patentes du CSSS des Îles furent émises le 30 avril 2004 en conformité avec la loi, à la suite de l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le CSSS des Îles a quatre missions reconnues par la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS) soit : un centre local de services communautaires (CLSC), un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et un centre de réadaptation (centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement : CRDITED)

Le CSSS des Îles a la responsabilité d'offrir l'accès aux services et a pour mandat de dispenser des services en lien avec ses missions ainsi que de coordonner le réseau local de services intégrés pour la population du territoire des Îles-de-la-Madeleine. Il a également une responsabilité tout aussi importante en santé publique avec un objectif d'améliorer l'état de santé et de bien-être général de la population. L'établissement s'est doté de valeurs qui situent son personnel et les médecins comme l'actif le plus précieux au sein de son organisation.

Notre vision stratégique

En 2015, le CSSS des Îles est reconnu pour ses activités de promotion de la santé et de prévention, pour ses soins et services de 1re ligne adaptés aux besoins de la population et pour son leadership dans la mise en place du réseau local de services. L'approche humaine fait sa renommée auprès des usagers, des employés et des médecins et contribue à créer un milieu de travail stimulant et valorisant.

Nos valeurs

Humanisme
L'humanisme place la personne au cœur de nos décisions. Dans nos communications interpersonnelles, nous établissons des relations de confiance en agissant avec considération, compassion et avec une écoute active.

Intégrité
L'intégrité fait référence au respect, à l'honnêteté, à la loyauté et à la confidentialité envers les usagers, les partenaires et l'organisation. L'intégrité est la base d'une relation de confiance.

Engagement
S'engager, c'est s'investir personnellement et collectivement. Cette promesse d'engagement amène le personnel et les médecins du CSSS des Îles à faire preuve d'initiative et de responsabilisation pour l'atteinte d'objectifs communs. L'entraide, la collaboration et le travail d'équipe caractérisent nos milieux de travail. Nous reconnaissons le potentiel d'agir des personnes et de la communauté à l'égard de la santé.

Excellence
Cette valeur confirme notre volonté d'innover et d'améliorer de façon continue la qualité et la sécurité des soins et services, en soutenant le développement de pratiques exemplaires et des compétences du personnel.

SUIVI DU PLAN STRATÉGIQUE 2012-2015

Dans son plan stratégique, le CSSS des Îles s'est doté de cinq enjeux et orientations que nous vous présentons ici. Globalement, les objectifs ont été atteints ou en cours de réalisation.

Enjeu 1
L'action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et de bien-être.
Nous devons agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être.

Faits saillants pour l'enjeu 1

- Les activités ont été réalisées comme prévu.
- Pour ce qui est des tables de concertation, les plans d'action sont en cours de réalisation.
- La politique pour une saine alimentation dans l'ensemble de l'établissement a été implantée à 60 %.

Enjeu 2
La consolidation du réseau local de services de santé et de services sociaux des Îles : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration, de hiérarchisation et d'amélioration de l'accès aux services.
Pour y arriver, nous devons structurer un réseau local de services de santé et de services sociaux intégrés, hiérarchisés, efficaces et efficients.

Faits saillants pour l'enjeu 2

- 100 % des offres de service ont été écrites. Les modes d'organisation révisés par programme-service décrits. Ces modes d'organisation seront finalisés en septembre 2013.
- Nous avons instauré les prélèvements sans rendez-vous et le tout se déroule très bien.
- En date du 31 mars 2013, 63,6 % de la population est desservie au GMF, soit 7 641 usagers sur 9 000 inscrits. Il n'y a aucun P1 en attente.
- Il y a eu intensification du nombre d'usagers desservis en SAPA et du nombre d'interventions.
- L'implantation de l'approche adaptée aux personnes âgées est faite à 50 %.
- Le programme en soins palliatifs est écrit, mais pas encore mis en place.
- En oncologie, le programme est en attente, mais les délais sont respectés.
- L'offre de service en santé mentale est en révision.
- Le programme négligence pour les jeunes en difficulté a débuté en mars 2013.
- En DITED et santé physique, le plan de reconfiguration des places est en cours.
- Dans le volet dépendances, les services en toxicomanie et jeux pathologiques sont réalisés.

Enjeu 3
La qualité des services et l'innovation.
Il est essentiel d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services.

Faits saillants de l'enjeu 3

- Le cadre de référence pour une gestion concertée et continue de la qualité au CSSS des Îles a été fait et adopté par le conseil d'administration le 22 octobre 2012.
- Concernant Agrément Canada, nous avons 120 normes conformes sur 213. La conformité totale doit être atteinte d'ici mai 2014.
- Le programme local de prévention des infections a été consolidé et l'objectif est atteint.

Enjeu 4
L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines.
Nous devons assurer une disponibilité et une utilisation optimale d'une main-d'œuvre qualifiée et en santé.

Faits saillants de l'enjeu 4

- Le Plan stratégique de développement RH 2012-2015 est en cours de réalisation.
- Le Plan de formation triennal est complété et en cours de réalisation.
- Le Plan d'effectifs médicaux et spécialisés est atteint, sauf en radiologie.
- Les objectifs ont été atteints en ce qui concerne le temps travaillé en heures supplémentaires, le recours à la main-d'œuvre indépendante et la gestion de la présence au travail.

Enjeu 5
Une gestion performante et imputable.
Le but est d'améliorer la performance de l'établissement et instaurer une culture de la mesure des résultats.

Faits saillants de l'enjeu 5

- Le plan d'organisation a été mis à jour et sera adopté en mai 2013.
- L'offre des services administratifs a été révisée, optimisée et orientée vers le client.
- Quatre projets de réapprovisionnement ont été réalisés.
- Huit projets d'optimisation de l'utilisation des bases de données ont été réalisés.
- Le projet global de réduction de la consommation d'énergie est réalisé à 100 %.
- Le projet de gestion des matières résiduelles du programme « Ici, on recycle » a été réalisé, sauf pour le compost.
- 50 % du projet d'optimisation et de réorganisation du travail au bloc opératoire a été réalisé.
- L'objectif de modifier l'organisation du travail des équipes du bloc et médicale est atteint.
- La centralisation de la planification et de la gestion des rendez-vous est en cours et réalisé à 25 %.
- La centralisation des activités de lavage et de stérilisation des petits instruments est faite.
- La mise en place des tableaux de bord de suivi d'indicateurs de gestion a été reportée à mars 2014.

NOTRE FONDATION

Mise sur pied en 1989, la Fondation Santé de l'Archipel a pour mission de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé offerts sur le territoire des Îles-de-la-Madeleine, en dotant le CSSS des Îles d'équipements médicaux et de soins infirmiers à la fine pointe du confort, de la sécurité et de la technologie.

Au cours de l'exercice, l'établissement a reçu des dons de la Fondation Santé de l'Archipel pour un montant de 13 322 $. Ces dons ont servi à l'achat de divers équipements pour 11 170 $, diverses fournitures pour 831 $ et une valeur de 1 321 $ a été reçue comme don en nature d'équipements.

Le CSSS des Îles en bref

Budget d'exploitation de 43 986 663 M$

560 employés, 22 médecins omnipraticiens

11 médecins spécialistes aux Îles, une soixantaine de médecins spécialistes visiteurs

7 installations de services différents

30 lits de courte durée, dont 4 en psychiatrie

64 lits de longue durée, incluant un lit de répit

Population desservie : 13 295 personnes

et plus de 40 000 visiteurs annuellement, particulièrement en période estivale

PORTRAIT DE SANTE DE LA POPULATION

Des conditions sociales et économiques montrant nos différences : moins scolarisés, mais moins seuls

- En 2006, 38,4 % des Madelinots n'avait pas obtenu leur Diplôme d'études secondaires (DES), comparativement à 22,9 % pour l'ensemble du Québec.
- Mentionnons toutefois que, comparativement à 1991, il s'agit d'une augmentation significative, car, à l'époque, c'était 58 % de la population qui n'avait pas de DES.
- Concernant les études universitaires, seulement 8,3 % de la population a obtenu un diplôme universitaire, comparativement à 18,5 % au Québec.
- La portion de gens de l'archipel ayant un emploi était de 53,9, ce qui est un peu plus bas que pour l'ensemble des Québécois. Au Québec, 60,4 % a un emploi.
- Notons également que le revenu annuel moyen par habitant, en 2008, était de 29 072 $, alors qu'il était de 33 333 $ pour les Québécois.
- Cependant, moins de Madelinots vivent seuls, soit 10,7 %, comparativement à 16 % pour les Québécois, et moins de familles sont monoparentales, soit 15,5 % contre 23,7 % au Québec.
- Plus de 52 % des personnes de 15 ans et plus se disent très satisfaites de leur vie sociale comparativement à 47 % pour l'ensemble du Québec.
- 82 % de la population régionale exprime un fort sentiment d'appartenance à sa communauté locale, une proportion nettement supérieure à celle du Québec de 58 %.

Santé mentale : Perception positive des Madelinots

- Les trois quarts de la population régionale qualifient leur santé mentale de très bonne ou d'excellente.
- Les Îles-de-la-Madeleine ont une plus faible proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse que le Québec.
- On estime à 1 % la prévalence des troubles anxieux ou de l'humeur chez la population de 15 ans et plus de l'archipel contre 4,2 % au Québec.
- Les hospitalisations pour troubles mentaux représentent la 10e cause d'admission en centre hospitalier. Ceci signifie 5,2 hospitalisations pour 1 000 personnes.
- Depuis le début des années 80, le taux de suicide aux Îles se maintient à des niveaux relativement bas. Le taux annuel moyen de décès par suicide ajusté pour 100 000 pour les Îles est de 9,1 comparativement à 15,2 au Québec.

Une population vieillissant à un pourcentage plus élevé que le reste du Québec

- En 2011, 18,6 % de la population des Îles était âgée de 65 ans et plus, comparativement à 15,8 % pour le Québec.
- En faisant une projection, on estime qu'en 2031, 36,9 % de la population madelinienne aura 65 ans et plus. Au Québec, on prévoit que ce sera 25,6 %.
- On note également que nous avons un pourcentage élevé de gens âgés de 65 ans et plus recevant le Supplément de revenu garanti, soit 65,2 %, ce qui est beaucoup plus que le 44,5 % du Québec. Nos gens sont donc plus pauvres, mais majoritairement propriétaires de leur résidence.

On doit actualiser nos actions afin de permettre aux gens de demeurer dans leur résidence le plus longtemps possible. Présentement, il n'existe pas vraiment de maisons de retraite comme on en voit sur le continent. Nous devrons réfléchir à cette réalité pour voir s'il y a d'autres façons de faire ou si la construction de telles résidences peut être envisageable dans la communauté.

Des maladies chroniques responsables de 76 % des décès en 2006-2008

- Les trois principales causes de mortalité sont, dans l'ordre, les cancers, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires.
- L'accroissement des décès par cancer s'explique en grande partie par le vieillissement de la population.
- L'incidence du cancer (taux ajustés sur 100 000) est 712,1 aux Îles, comparativement à 513,4 au Québec.
- Les décès par cancer (taux ajustés sur 100 000) sont de 339,5 dans l'archipel et de 236,3 au Québec.
- Les décès par cancer sont surtout d'origine digestive pour les femmes (estomac et pancréas) et pour les hommes, on note principalement des cancers du poumon, colorectaux et de l'estomac.
- Le diabète se retrouve chez 9,5 % de la population madelinienne, comparativement à 7,6 % au Québec.
- Pour ce qui est des maladies respiratoires, les taux de décès ne se différencient pas du reste du Québec. On note cependant que 60 % des personnes décédées d'une maladie respiratoire sont principalement des hommes souffrant de MPOC.

Des hospitalisations surtout liées aux maladies de l'appareil circulatoire

- La principale cause d'hospitalisation est liée aux maladies de l'appareil circulatoire, ce qui représente 23 % de l'ensemble des hospitalisations locales.
- Suivent les tumeurs et les maladies digestives responsables respectivement de 12 % et 10 % des admissions en centre hospitalier.

Des améliorations au fil des années

- Les gens sont plus scolarisés qu'avant.
- L'espérance de vie des femmes a augmenté.
- Il existe des données encourageantes pour ce qui est de la mortalité par cancer, notamment pour le poumon et la prostate.
- Il y a moins de mortalité cardiovasculaire et de mortalité par accident de véhicules motorisés.

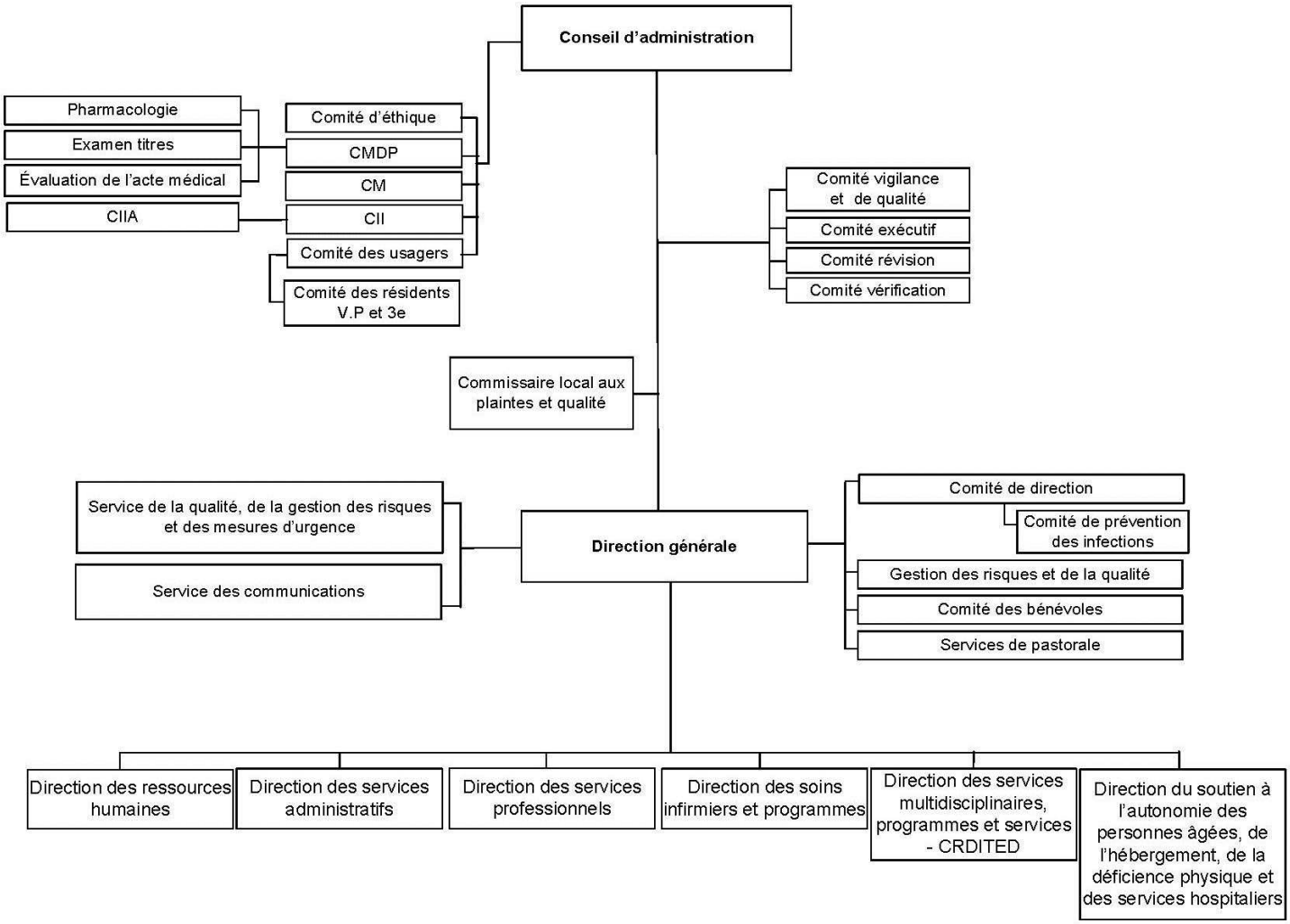
Des éléments préoccupants demeurent…

- L'espérance de vie chez les hommes moins élevée qu'au Québec.
- L'excès de poids chez 64,5 % des Madelinots, comparativement à 50,5 % au Québec. 41,8 % de la population de l'archipel fait de l'embonpoint et 22,7 % d'obésité, comparativement à 34,9 % et 15,6 % au Québec.
- Le nombre de nouveaux cas des maladies tels le diabète, les cancers et les maladies respiratoires.
- Les enfants de 17 ans et moins pris en charge pour maltraitance ou troubles de comportement représentent 32,3 sur 1 000, alors qu'au Québec on parle de 19,7 sur 1 000.
- La recrudescence des infections transmissibles sexuellement.

Afin d'aider les gens à être en meilleure santé, nous collaborons au projet *Îles en forme* (ce qui devrait avoir un impact sur le problème d'excès de poids de notre population) et au projet *Avenir d'enfants*, pour contrer la maltraitance chez les jeunes.

*** Données 2011 tirées de l'*État de santé de bien-être de la population des Îles-de-la-Madeleine*, produit par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

ORGANIGRAMME



LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

DÉMARCHE D'AGRÉMENT

Faits saillants

- Visite supplémentaire d'*Agrément Canada* en mai 2012.
- Dépôts de preuves en mai et novembre 2012 sur le portail d'*Agrément Canada*.
- Agrément du CSSS des Îles confirmé par *Agrément Canada* le 28 novembre 2012.
- Les activités d'amélioration continue de la qualité ont permis de rendre conformes 120 critères de normes. Les principaux secteurs qui ont participé aux travaux sont : les laboratoires, l'imagerie diagnostique, la prévention des infections/hygiène et salubrité, les salles d'opération/stérilisation et la pharmacie.

PLAN DE REDRESSEMENT 2012-2013

Le plan de redressement s'est actualisé par la mise en œuvre de différentes mesures touchant principalement : l'offre de services médicaux de 1re ligne et des services spécialisés, la santé physique, les plateaux techniques, les fournitures médicales et les médicaments, les transports électifs, l'hébergement et le soutien à domicile, la chirurgie, les ressources humaines et le programme santé mentale. Les résultats à atteindre ont été identifiés ainsi que les activités qui s'y rattachent et les indicateurs de rendement.

Chacune de ces mesures sous-entend un travail rigoureux d'optimisation des secteurs d'activités ayant pour objectif ultime l'amélioration de l'offre de service tout en visant la réduction des dépenses et identifiant des économies potentielles à long terme dans une perspective d'équilibre budgétaire.

Les deux dossiers prioritaires, Perte d'autonomie liée au vieillissement (SAPA) et présence au travail, maintiennent les acquis :

- Le cadre de référence du continuum de services dans le programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement est disponible et sa mise en œuvre se réalise comme prévu.
- Les travaux de la présence au travail démontrent des résultats positifs en maintenant un ratio de 4,4 % entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.

Mentionnons la mise en œuvre de la hiérarchisation des services en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. Dans certains services, les équipes minimales constituent un défi constant, tant pour la prestation de services lors d'absences que pour le maintien des compétences à cause du faible volume d'activités.

Malgré les efforts du plan de redressement, la situation financière reste problématique, car nous terminons l'année avec un déficit. Dans ce contexte, nous avons obtenu l'accompagnement de l'Agence de santé pour la poursuite de notre démarche de redressement.

SANTÉ PUBLIQUE

Faits saillants

- Révision annuelle du *Plan d'action local de santé publique 2011-2015* présenté aux partenaires le 15 octobre 2012, en intégrant une formation sur les déterminants de la santé.
- Trois journées d'activités MSSS/MELS, en octobre 2012, en présence des porteurs de dossiers de la Santé publique : alimentation, santé physique, relations amoureuses.
- Mars 2013 : Résultats de l'*Enquête sur la santé des jeunes du secondaire des Îles-de-la-Madeleine.*
- Poursuite du déploiement de l'*Approche École en santé*.
- Organisation communautaire : Révision du plan d'action 2012-2015.
- Début des activités de l'organisme *Hommes et Gars*.
- Activités de prévention pour contrer la maltraitance faite aux aînés lors des cliniques de vaccination Influenza.
- Soutien aux démarches de concertation entre les partenaires de la communauté anglophone (CAMI).
- Entente réalisée afin de rendre disponible un local pour les activités du groupe d'entraide *Fibromyalgie et maladie cœliaque*.
- Soutien à la réalisation des activités du plan d'action du comité local de prévention des chutes.
- Poursuite du soutien au développement du programme *Les Îles en forme et en santé*.
- Soutien au développement du regroupement à la Petite enfance Îles-de-la-Madeleine, issu d'*Avenir d'enfants*.
- Révision de la politique d'Allaitement : Formation donnée par Dre Papillon aux intervenants concernés de près ou de loin par son application.
- Application d'agents de scellement pour les enfants de 2e année.
- Poursuite de la participation à la gouvernance et à la démarche de l'*Approche territoriale intégrée* (ATI), ainsi qu'au comité de développement social couvrant tout le territoire des Îles-de-la-Madeleine.

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Nous n'avons pas de nouvelles données depuis les sondages menés auprès de la population par le Conseil québécois d'Agrément (CQA) en 2011. En lien avec le dépliant *Parlez-nous de votre visite,* distribué dans différents secteurs d'activités à l'hôpital, les compilations mensuelles démontrent que les commentaires sont positifs dans l'ensemble concernant l'accueil, la propreté des lieux, les informations reçues, les délais d'attente et la disponibilité du personnel. Le point à améliorer est celui qui touche à la confidentialité.

DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES, PROGRAMMES ET SERVICES - CRDITED (DSMPS-CRDITED)

Services psychosociaux généraux

Équipe psychojeunesse (Enfance-Famille-Jeunesse/Jeunes en difficulté/Santé mentale jeunesse)

- Participation à la mise en place du comité régional de dépistage du trouble du spectre de l'autisme.
- Participation aux formations régionales CHARLIE (Compétence Harmonisation Autour Relation Levier Intervention Enfants)
- Reconduction de l'entente de service avec l'organisme *L'Embellie* dans le cadre des suivis SIPPE et ajout à cette entente dans le cadre du programme *Destination Famille*.
- Début des interventions de groupe dans le cadre du programme *Destination Famille*.
- Reconduction des ententes de collaboration avec les Centres de la petite Enfance.
- Révision de l'offre de service psychosociale en milieu scolaire.
- Participation au projet clinique en santé mentale et consolidation de l'équipe jeunesse.
- Démarches de collaboration à la mise en place d'une équipe régionale en pédopsychiatrie.
- Aide à la réalisation du plan d'action 2011-2015 du groupe persévérance scolaire (GPS).
- Travaux en cours pour la mise en place d'une clinique TDAH (Trouble déficit d'attention avec hyperactivité), en collaboration avec la Commission scolaire des Îles.
- Traitement de plusieurs dossiers dans le cadre de l'équipe d'intervention Jeunesse (EIJ) favorisant l'utilisation de plus en plus fréquente de plans de services individualisés (PSI), selon les attentes ministérielles.
- L'équipe d'intervention jeunesse est composée d'agents de liaison représentant la Commission scolaire des Îles, le Centre de réadaptation de la Gaspésie, la Commission scolaire Eastern Shores School Board, le Centre jeunesse Gaspésie-Les Îles et le CSSS des Îles. Douze situations ont retenu l'attention des membres de l'équipe : Impasse clinique ou administrative, lourdeur de coordination, difficulté de concertation, situation présentant des indices de compromission, situation clinique complexe sont les motifs de référence justifiant le recours au service.

Services généraux, cliniques et d'aide

- Cibles dépassées pour la vaccination bébé.
- Campagne de vaccination rougeole : cible fixée à 90 % atteinte.
- Mise en place de la programmation scolaire en soins infirmiers, en lien avec les standards de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Formation et consolidation de l'approche *École en santé* pour les infirmières en santé scolaire.
- Participation des infirmières scolaires au comité Saines habitudes de vie en milieu scolaire.
- Aménagement de l'espace de travail en milieu scolaire secondaire pour le dépistage ITSS par l'infirmière scolaire nouvellement formée.
- Transfert de la clinique jeunesse dans les locaux du GMF.

VOLUME DES ACTIVITÉS – INTERVENTIONS/USAGERS		
	2011-2012	**2012- 2013**
SERVICE GÉNÉRAUX		
Santé parentale infantile	1 510 / 531 usagers	1 448 / 421 usagers
Services psychosociaux	3 249 / 660 usagers	2097 / 521
Psychologie Services généraux	(inclus dans services psychosociaux)	405 / 72
Orthophonie enfant	293 / 48 usagers	272 / 42 usagers
Nutrition	369 / 218 usagers	361 / 190 usagers
JEUNES EN DIFFICULTÉ		
Jeunes en difficulté	770 / 109 usagers *selon les critères régionaux de l'Agence	609 / 44 (Usagers en attente de service santé mentale 2e ligne)

Programme dépendance 1re ligne

- Consolidation du mécanisme d'accès Dépendance 1re ligne vers les services de 2e ligne de réadaptation en Dépendance. Services rendus à 101 usagers en 1re ligne. Démarches en cours pour la mise en place d'une clinique toxicomanie. Déménagement de l'intervenante de la 2e ligne à proximité de la CEP (consultation externe en psychiatrie).
- Soutien au comité de prévention en toxicomanie et autres dépendances. Suivi du plan d'action.

Services cliniques

Unité de soins familiaux

- Augmentation des suivis en anticoagulothérapie (de 185 à 234 usagers).
- Début des suivis à distance d'usagers ayant une maladie chronique (SCIAD).
- Début des travaux pour l'instauration de l'accueil clinique en GMF.
- Formation de deux infirmières et d'une nutritionniste afin d'introduire les suivis bariatriques aux Îles et ainsi réduire les déplacements externes.

GUICHET D'ACCÈS		
	2011-2012	**2012-2013**
Nombre d'usagers inscrits au Guichet d'accès	4 518	2 157
Nombre de demandes en attente d'inscription	0	0
Nombre d'usagers inscrits et pris en charge	2 265	3 055

Services courants

- Prévention et dépistage : augmentation par rapport à l'année précédente.
- Augmentation des interventions en IVG (interruption volontaire de grossesse).
- Augmentation des interventions dans le programme CAT (Centre d'abandon du tabac).
- Augmentation des suivis de diabète.

SERVICES COURANTS		
	2011-2012	**2012-2013**
Clinique des voyageurs	394 usagers 489 interventions	479 usagers 902 interventions
Vaccination antigrippale saisonnière	3 232 personnes	3 267 personnes
Dépistage en ITSS	81 personnes	71
Interruption volontaire de grossesse	8 personnes	9
Centre d'abandon du tabagisme	10 (+2 groupes)	29 (+1 groupe)
Clinique anticoagulothérapie	185 personnes	2 340 / 234 usagers
Suivi diabète	238 personnes	1 199 / 286 usagers

À l'urgence, afin de mettre toutes les chances de leur côté pour se protéger et protéger les usagers, ces employées se sont fait vacciner contre l'influenza.

Consultations spécialisées

- Augmentation du nombre de visites des urologues.
- Nombre de consultations (audio, champs visuels, chirurgies, gynécologie, médecine interne, photothérapie, orthésie, biométrie) : En 2012-2013 : 15 581 consultations.
- Nombre de consultations dans les spécialités médicales : pneumologie, cardiologie, dermatologie, allergies, hémato, rhumatologie, cardiologie neurologique, gastrologie, etc.
  En 2012-2013 : 1 491.
- Pour les consultations chirurgicales : ORL, orthopédie, ophtalmologie, plastie, etc.: En 2012-2013 : 4 627.
- Installation d'appareils pour effectuer des photos du fond d'œil en ophtalmologie afin de permettre différents traitements sur place, entre autres les injections oculaires, ce qui permet d'éviter des déplacements à l'extérieur des Îles.

Programme déficience physique

- Soutien au réseau local de services intégrés pour personnes vivant une situation de handicap.
- Soutien à l'organisme *Fibromyalgie et sclérose en plaques* pour la recherche d'un local : installation au CLSC prévue en 2013.
- Poursuite des démarches pour le Projet de développement de *Répit pour la clientèle DP-DITED.*
- Début des travaux pour la mise en place d'un point de service pour la clientèle TCC/AVC.

Programme DITED

- Mise en place et formation continue en troubles graves de comportement et trouble envahissant du développement. L'APPR (Agente planification, programmation et recherche) participe à la communauté de pratique provinciale.
- Développement d'une place de répit spécialisée.
- Évaluation des responsables de ressources non institutionnelles en cours.
- Soutien à l'Intégration de plus de 20 enfants vivant une situation de handicap au terrain de jeux.
- Soutien à l'intégration de jeunes adolescents dans des activités de loisirs et de sports.
- Soutien à l'Association des personnes handicapées des Îles (APHI) pour la réalisation d'activités telles que *La Ballade Papillon*.
- Révision de l'offre de services.
- Abolition de tous les postes éducateurs et réaffectation des titulaires de postes. Création de nouveaux postes de professionnels (psychoéducateur, APPR, ergothérapeute).
- Transfert de 4 intervenants au programme DITED du CSSS des Îles.
- Évaluation des besoins de la clientèle et transfert des usagers au programme services DITED.
- Rencontre de toutes les familles des usagers ainsi que les responsables de ressources non institutionnelles afin de leur présenter la nouvelle offre de service.
- Formation continue pour le développement de l'expertise.
- Rédaction du projet clinique en DITED et rencontre avec les partenaires concernés.

Programme santé mentale

- Poursuite des travaux de hiérarchisation des services de 1re et 2e ligne.
- Transfert des intervenantes SI-SIV dans les locaux du CLSC et supervision clinique de ces intervenantes par le Centre national d'excellence en santé mentale.
- Début de la Formation pour l'implantation de thérapie de groupe pour la clientèle Trouble de personnalité limite (TPL).

STATISTIQUES EN SANTÉ MENTALE		
	2011-2012	**2012-2013**
Nombre d'admissions au module de psychiatrie	50	30
Jours-présence	887	668
Jours-présence attente hébergement	617	218
Durée moyenne de séjour	13,9	12,4

Organisation communautaire

- Contribution à la création d'un nouvel organisme *Hommes & Gars* qui a pour mission de promouvoir la santé et de contribuer au mieux-être de la population masculine de l'archipel.
- Interventions de concertation dans le cadre du Trou Noir : Document de référence regroupant tous les services dont les personnes ou familles vivant ou anticipant de vivre « le trou noir » pourrait avoir besoin.
- Participation à l'évaluation des services en langue anglaise.
- Participation à l'organisation du grand rassemblement du 7 février 2013 : À table pour le développement social.
- Projet de revitalisation de La Villa Plaisance : Projet d'étude en cours.
- Activité de sensibilisation sur le surendettement.

DIRECTION DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES, DE L'HÉBERGEMENT, DE LA DÉFICIENCE PHYSIQUE ET DES SERVICES HOSPITALIERS (DSAPA-H-DP-SH)

SAPA (Soutien à l'autonomie des personnes âgées)

Le continuum de services lié au programme du *soutien à l'autonomie des personnes âgées* est en constante évolution dans le but de s'adapter aux besoins changeants de la population madelinienne. Des efforts considérables sont déployés par l'équipe du soutien à domicile afin de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées dans leur milieu naturel. Le soutien à domicile qui s'effectue avec la contribution de partenaires du réseau local a alors des effets tout au long du continuum de services pour les personnes âgées. Un des effets les plus remarquables de l'intensification du soutien à domicile est qu'au début de l'année 2011, le CHSLD avait 76 lits occupés alors qu'en 2013, le nouveau Centre d'hébergement Eudore-LaBrie qui regroupe 64 lits n'est pas occupé à leur pleine capacité.

Soutien à domicile

Le suivi auprès des personnes en perte d'autonomie s'est grandement resserré au cours de la dernière année. L'utilisation de l'outil de validation ISO-SMAF, qui permet de mieux cerner les besoins de cette population, en est un bon indicateur. Au cours du dernier exercice financier, 279 évaluations ont été effectuées auprès de la clientèle visée par les intervenants, comparativement à 137 évaluations pour l'année 2011-2012.

Le soutien à domicile s'est adapté aux besoins manifestés en faisant passer le nombre d'interventions de 14 344 (2011-2012) à 27 077 (2012-2013), soit une augmentation de 88.6 %. Le temps alloué directement à l'usager par les différents intervenants s'est également accru de 69.1 %, passant de 8 832 heures à 14 937 heures. Comme nous le disions précédemment, beaucoup d'efforts sont déployés par le CSSS des Îles pour soutenir l'autonomie des personnes âgées à domicile et dans les résidences privées. Les moyens utilisés pour atteindre cet objectif ont été de :

- Élargir les plages horaires de service par l'équipe du soutien à domicile pour une meilleure couverture des besoins. Cet élargissement s'est fait en journées et en heures.
- Intensifier les soins cliniques en ajoutant des ressources humaines et en réorganisant le travail. La mise en place de dyades en soins infirmiers entre infirmières et infirmières auxiliaires est un bel exemple.
- Augmenter les heures de technicienne en réadaptation physique pour soutenir l'ergothérapeute dans le maintien des capacités résiduelles des usagers.
- Augmenter la couverture des soins d'assistance par la signature d'ententes en services achetés auprès des entreprises d'économie sociale.
- Intensifier les soins d'assistance dispensés par les auxiliaires familiales du CSSS des Îles en augmentant le pourcentage de temps alloué directement à l'usager.

Voici les variations en pourcentage (%) du nombre d'interventions et du nombre d'heures directes allouées en 2012-2013, comparativement à l'année précédente :

SOUTIEN À DOMICILE		
	NOMBRE D'INTERVENTIONS	**NOMBRE D'HEURES DIRECTES**
Soutien infirmier à domicile	33.6 %	39.1 %
Inhalothérapie à domicile	3,4 %	0,9 %
Auxiliaires familiales	7.1 %	6,7 %
Psychosociaux à domicile	11.8 %	27.6 %
Ergothérapie à domicile	(24.9 %)	2.8 %
Physiothérapie à domicile	51.8 %	85.2 %

Ressources non institutionnelles (RNI)

Le CSSS des Îles compte plusieurs partenaires du milieu pour répondre aux besoins d'hébergement des personnes âgées, des personnes ayant une déficience intellectuelle ou des troubles de santé mentale. Parmi ceux-ci, nous retrouvons quatorze ressources non institutionnelles (RNI) qui soient de type familial (RTF) ou encore intermédiaire (RI). Au cours de la dernière année, nous avons reconfiguré le déploiement des places pour les personnes âgées parmi 4 ressources intermédiaires et signé des ententes de service avec celles-ci. Contrairement aux années précédentes, nous ne retrouvons pratiquement plus de listes d'attente pour la clientèle âgée nécessitant une place d'hébergement en ressource intermédiaire.

Un fait marquant de l'année 2012-2013 aura été la négociation d'entente de gestion entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les associations des ressources non institutionnelles du Québec. Cette négociation a généré et génère encore beaucoup d'incertitude auprès de nos ressources non institutionnelles, car l'association RESSAQ, qui représente 13 de nos 14 RNI, n'a pas encore signé d'entente avec le gouvernement. L'impact appréhendé par les ressources concerne principalement les rétributions (montant consenti par usager) pour celles-ci.

CHSLD

En juin 2012, nous avons déménagé tous les usagers hébergés à la Villa Plaisance et au 3e étage du centre hospitalier vers le nouveau centre d'hébergement Eudore-LaBrie. Ce déménagement a été couronné de succès par plusieurs, dont les usagers eux-mêmes. L'implication des familles, des bénévoles et du personnel aura permis d'atténuer les impacts chez nos résidents.

L'aménagement du nouveau centre d'hébergement Eudore-LaBrie a permis au CSSS des Îles de revoir en profondeur l'organisation du travail. Il a permis également la mise en place d'une unité psychogériatrique pour les usagers ayant des comportements agressifs ou perturbateurs.

Voici quelques activités réalisées au cours de la dernière année :

- Comme chaque année, différentes formations ont été dispensées au personnel évoluant en soins de longue durée dans le but de développer leurs compétences. Parmi ces formations, une traitait des personnes atteintes au niveau cognitif. Cette formation a été offerte aux employés de l'unité psychogériatrique par la Société d'Alzheimer.
- Mise en place d'un comité milieu de vie et désignation d'une conseillère en milieu de vie.

Il est à noter que, depuis l'intensification du soutien à domicile, le CHSLD ne gère plus de liste d'attente pour la clientèle le nécessitant. Bien au contraire, au cours des derniers mois, le centre d'hébergement Eudore-LaBrie n'a pas été occupé à sa pleine capacité.

Inauguration du Pavillon Eudore-LaBrie, le 28 juin 2012 : Pierre Arsenault (chef de service hébergement longue durée), Germain Chevarie (député), Dr Yves Bolduc (ministre), Redger Leblanc (résident du CHSLD), Gilles Pelletier (PDG de l'Agence), Gaston Bourque (président du conseil d'administration du CSSS des Îles) et Marie Gibeault (directrice générale du CSSS des Îles)

Le CHSLD du CSSS des Îles – Pavillon Eudore-LaBrie

Services hospitaliers

Au cours de l'année, il y a eu départ de la directrice des services professionnels et hospitaliers. Cette direction a été scindée en deux. Les services hospitaliers ont été intégrés à la direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées, de l'hébergement et de la déficience physique, alors que les services professionnels sont demeurés sous la gouverne de la direction générale par intérim.

Sous la direction des services hospitaliers, nous retrouvons les équipes de travail affectées à l'imagerie médicale, au laboratoire, à la pharmacie, à l'électrophysiologie, à l'inhalothérapie, à l'accueil et aux archives médicales. Il est à noter que les médecins et les pharmaciens faisant partie de ces services relèvent de la direction des services professionnels.

Voici quelques faits marquants de la dernière année qui touchent certains services :

- En imagerie médicale, nous tentons toujours de recruter un radiologiste. L'absence d'un radiologiste en établissement nous oblige donc à avoir recours à des radiologistes itinérants. Cette situation nous demande une planification et une organisation plus importantes. Elle a également un impact sur les délais d'attente de certains examens pour lesquels nous avons peu de contrôle. Nous devons donc parfois transférer des usagers vers d'autres établissements.

- Pour desservir la clientèle nécessitant des échographies cardiaques, nous avons formé un technologue de l'équipe d'imagerie médicale. Ce dernier est en lien avec un spécialiste en échographie cardiaque par la télésanté.
- Au laboratoire, nous avons réorganisé les prélèvements au CLSC afin de mettre en place un système sans rendez-vous. Cette restructuration est très appréciée par les usagers du réseau. Les prélèvements se font également sans rendez-vous dans les points de service aux extrémités de l'Archipel.
- À la pharmacie, nous avons eu recours à des pharmaciens itinérants pour couvrir toutes les journées de service. Il faut dire que, pendant six mois, nous n'avions pas de pharmacien en poste dans l'établissement. Nous avons tout de même consolidé les activités liées au système automatisé robotisé de distribution des médicaments et à l'approvisionnement des différents secteurs du CSSS des Îles. Nous avons également terminé la mise en place de nouvelles hottes stériles et obtenu les accréditations requises pour préparer les médicaments antinéoplasiques. Cette certification nécessitait l'accréditation de certaines assistantes techniques en pharmacie.
- En inhalothérapie, nous avons eu recours à des inhalothérapeutes itinérants pour pourvoir des postes temporairement dépourvus de leur titulaire. Nous avons aussi revu l'organisation du travail en fonction des besoins de l'établissement. Cette réorganisation a permis de réduire le nombre d'heures travaillées tout en maintenant la qualité du service offert.

DÉFICIENCE PHYSIQUE
Réadaptation

Un projet clinique sur la dysphagie a été réalisé chez 62 résidents du Centre d'hébergement Eudore-LaBrie. Des outils cliniques ont été développés pour permettre la cueillette d'information afin de prévenir la dénutrition des résidents. Tous les intervenants du CHSLD ont reçu une formation qui traite des problématiques liées à la dysphagie.

RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS EN RÉADAPTATION		
	NOMBRE D'USAGERS	**NOMBRE D'INTERVENTION**
Nutrition clinique	260	557, dont 369 en milieu hospitalier, 90 en externe et 98 en CHSLD
Ergothérapie	238	913
Physiothérapie	580	4 471
Orthophonie	59	163

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

- À la suite de l'implantation d'un nouveau système d'information de ressources humaines, le personnel de la direction des ressources humaines a dû soutenir la formation du personnel et des utilisateurs, apporter des corrections au système et poursuivre l'implantation de différents outils du système, tel que la pré affectation, la gestion de la formation, la gestion des horaires de travail, etc.

- Dépôt d'un plan triennal de formation et amélioration des formulaires de demande et de reddition de comptes. Ce plan a été établi en collaboration avec le personnel d'encadrement et les syndicats.

- Actualisation du plan stratégique 2012-2015 pour le CSSS des Îles adopté en 2012, plus particulièrement les volets concernant la direction des ressources humaines, mais aussi, soutenir les autres directions dans la mise en œuvre des volets cliniques de la planification stratégique.

- Participation à l'organisation de trois activités de la Table de concertation en ressources humaines des Îles-de-la-Madeleine. Dans un premier temps, en octobre 2012, formation et conférence de M. Gérard Ouimet, professeur aux HÉC, ayant pour sujet la gestion des employés ayant des difficultés et ceux ayant des troubles de la personnalité. Dans un 2e temps, M. Nicolas Pattee, du groupe CFC conseils, a présenté une formation et une conférence portant sur l'obligation de civilité. Plus de 150 personnes ont participé à ces deux premières activités. La troisième activité portait sur le stress, Dr Serge Marquis a présenté un séminaire et une conférence sur le sujet (tiré de son livre *Le Pensouillard*) devant plus de 400 personnes.

- Planification et mise en œuvre de la hiérarchisation, en collaboration avec la direction des services multidisciplinaires. La démarche a consisté à abolir les postes d'éducateurs spécialisés et de les ouvrir selon les services de 1re ligne et de 2e ligne.

- Application de la modification à la loi modifiant le code des professions (PL-21) impliquant une gestion des activités exercées par certains intervenants sociaux et une réorganisation du travail.
- Établissement d'un plan d'action triennal en matière de planification de la main-d'œuvre. La démarche a consisté à établir un diagnostic de la situation actuelle et à prévoir les écarts des trois prochaines années.

- Mise en œuvre de la réorganisation du travail et des horaires de travail, en collaboration avec le chef de l'hébergement, dans le cadre du transfert des résidents en CHSLD de la Villa Plaisance au Centre d'hébergement Eudore-LaBrie.

- Une réorganisation du travail a été réalisée au secteur du service alimentaire afin de tenir compte du déménagement des résidents en CHSLD au Centre d'hébergement Eudore-LaBrie. Ces changements ont impliqué des déplacements de main d'œuvre.

- Nous tenons à préciser que les démarches de réorganisation du travail mentionnées ci-dessus ont été réalisées en collaboration avec les syndicats.

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT		
	2011-2012	**2012-2013**
Les cadres		
Temps complet	26	23
Temps partiel	4	4
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	0
Les employés réguliers		
Temps complet	180	198
Temps partiel	187	175
Les occasionnels		
Nombre d'employés occasionnels	141	123

- Mise en place du cadre de référence pour les activités d'exception confiées aux non professionnels et autre personnel.
- Mise à jour des outils de suivi et de surveillance des opiacés.
- Implantation d'un plan de soins informatisé iPlan en remplacement du Médiplan.
- Actualisation du comité d'évaluation des soins de plaies.
- Mise à jour de la procédure d'irrigation des CCIVP (cathéter central intraveineux périphérique).
- Développement d'un lien informationnel pour télémédecine avec la clinique spécialisée en soins de plaies de Lévis.

Protocoles, ordonnances collectives, règles de soins

- Développement et rédaction du programme de soins de plaies du CSSS des Îles.
- Mise à jour du protocole des mesures de contrôle.
- Élaboration de nouvelles ordonnances collectives :
  - Post dérivation biliopancréatique
  - Interventions préhospitalières (défibrillation, administration de médicaments en situation d'urgence, utilisation du combitube, ventilation par oxylator)
  - Administration de l'oxygène par lunette nasale et masque
  - Initiation et application du nitrate d'argent
  - Maintien de la perméabilité des cathéters
  - Insulinothérapie en externe Hypoglycémiants oraux
  - Examens paracliniques
  - Titration automatique (CPAP)
  - Dépistage périnatal
- Révision des procédures d'administration et de surveillance des produits sanguins et de ses dérivés.
- Développement des règles de soins :
  - Prévention, traitement et développement des soins de plaies
  - Interprétation de l'indice de pression systolique cheville-bras effectuée
  - Procédure du débridement chirurgical conservateur
  - Administration des médicaments par un non professionnel
  - Thérapie intraveineuse

Audits

- Audits sur la surveillance des opiacés.
- Audits sur l'application de la règle de soins sur les chutes.
- Audits sur l'utilisation du PTI.
- Audits sur les pompes, règles de soins, glycémie capillaire.

Volet formation

- Formation du personnel infirmier sur la distribution unitaire en courte et en longue durée.
- Formation sur les notes évolutives en CHSLD.
- Formation sur les surfaces thérapeutiques.
- Accueil/intégration/suivi des externes en soins infirmiers, des CÉPI (candidate à l'exercice de la profession d'infirmière) et des nouvelles infirmières.
- Formation d'infirmières ressources en soins de plaies.
- Formation du nouveau plan de soins informatisé iPlan de Cristal-Net.
- Midi clinique sur le PTI (plan thérapeutique infirmier).
- Midi clinique et simulation d'urgence sur l'intervention en traumatologie.
- Formation RCR.
- Formation Oméga.
- Formation AAPA (approche adaptée aux personnes âgées) avec approche coopérative pour les préposés aux bénéficiaires (PAB).
- Formation sur l'allaitement.
- Formation en retraitement des dispositifs médicaux (Collège St-Laurent).
- Formation en oncologie (téléformation).
- Formation en soins palliatifs (téléformation).
- Formation à l'examen clinique par l'infirmière professionnelle spécialisée de première ligne (IPSPL) aux infirmières exerçant en soutien à domicile.

Infirmières ayant suivi la formation sur les soins des plaies. De gauche à droite: Louise Gaudet, Lucie Patton, Sylvie Arseneau, Josianne Leblanc, Nathalie Grenier, Guylaine Turbide, Anick Massé et Estelle Lapierre. (Étaient absentes lors de la prise de photo: Carmen Renaud, Sylvie Benoit, Marylin Boudreau, Noëlla Cormier, Odette Gaudet, Bernadette Landry et Linda Bourque.)

Participation à des comités

- Comité des fournitures médicales
- Comité de centralisation des rendez-vous
- Comité de révision des centres de prélèvements
- Comité de mise en place du iPLAN
- Comité des mesures de contrôle
- Comité d'amélioration de la performance en courte durée et urgence
- Table régionale des DSI
- Comité AAPA-comité de veille

Unité des soins critiques

- Révision sur les processus de fonctionnement interne en lien avec la durée moyenne de séjour (DMS).
- Révision du processus d'attribution des congés.
- Mise en place de la procédure de facturation du service ambulancier non requis.
- Comité de gestion des lits.
- Comité de travail sur les mesures d'urgence.
- Comité AAPA (Approche adaptée à la personne âgée).

STATISTIQUES DE L'UNITÉ DES SOINS CRITIQUES			
	2011-2012	**2012-2013**	**ÉCART**
Nombre de visites	25 297	23 579	(1 718)
Civières	2 971	2 413	(558)
Taux d'occupation des civières	78 %	57 %	(21 %)
Durée moyenne de séjour	13,9	12,4	(1,5)
% de séjour de plus de 24 heures	18 %	14 %	(4 %)
% de séjour de plus de 48 heures	3 %	3 %	---
Soins intensifs/jours présence	882	611	(270)
Taux d'occupation	80,55 %	55,80 %	(24,75 %)
Admission soins intensifs	323	278	45

Unité multiclientèle

- Relocalisation de la courte durée.
- Mise en place du service des fournitures médicales.
- Réorganisation des chambres de naissance.
- Comité de gestion des lits.
- Application du programme AMPRO.
- Activités d'exercices d'urgence en obstétrique.
- Formation en allaitement.
- Mise en place des chariots à médicaments.
- Participation aux travaux d'Agrément Canada.

Jour de déménagement à l'unité de courte durée

STATISTIQUES À L'UNITÉ MULTICLIENTÈLE			
** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée	**2011-2012**	**2012-2013**	**ÉCART**
Jours présence chirurgie	633	670	37
Jours présence médecins	4 982	4 550	(432)
Jours présence médecine lits courte durée	590	445	(145)
Jours présence obstétrique	363	225	(138)
Jours présence pédiatrie	40	40	---
Jours présence soins palliatifs	369	208	(161)
Jours présence hébergement temporaire	742	211	(531)
Jours présence courte durée (23 lits)	7 719	6 349	(1 370)
Taux d'occupation courte durée	91,95 %	75,63 %	(16,32 %)
Admissions courte durée	889	764	(125)
Jours présence psychiatrie	887	668	(219)
Jours présence psychiatrie longue durée	617	218	(399)
Jours présence psychiatrie (4 lits)	1 504	886	(618)
Taux d'occupation psychiatrie	103 %	60,68 %	(42,32 %)
Admissions psychiatrie	50	30	(20)
Nombre de naissances	82	76	(6)

Bloc opératoire et services ambulatoires spécialisés, unité de retraitement des dispositifs médicaux

- Mise en place du temps d'arrêt pour toutes les spécialités.
- Formation en retraitement des dispositifs médicaux.
- Révision des procédures de retraitement.
- Démarche d'implantation du GIC (système de gestion des chirurgies).
- Modification temporaire de l'offre de service (10 mois) en raison du remplacement d'un congé de maternité par des chirurgiens remplaçants avec des expertises différentes.
- Mise en place de la nouvelle norme de pratique de la coloscopie en solo.

NOMBRE DE VISITES - BLOC OPÉRATOIRE ET SERVICES AMBULATOIRES		
	2011-2012	**2012-2013**
Médecine de jour	2 405	2 617
Clinique de préadmission	555	532
Chirurgie d'un jour	575	503
Chirurgie admis	245	248
Autres chirurgies simples	564	505
Endoscopie (nombre de patients)	1 096	1 039
Nombre d'examens de coloscopie	695	683
Visites oncologie	1 348	1 671
Nombre de patients différents	164	156
Oncologie (nombre de traitements)	399	560
Urgence oncologique	0	1
Visites infirmière pivot oncologie	814	855
Autres traitements et procédures oncologies	158	202

Prévention des infections

- Mise à jour du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.
- Mise en application de la gestion active de la liste des porteurs SARM en externe par un dépistage des porteurs à l'unité d'un jour, initiation de la même démarche auprès des soins à domicile.
- Réalisation de l'étude rétrospective annuelle sur les infections de site opératoire, ajout d'un indicateur pour la cure de hernie inguinale.
- Analyse prospective sur le lavage des petits instruments.
- Élaboration et mise à jour de procédures et de politiques diverses (exemple : procédure de transport des spécimens au laboratoire, politique travaux de construction, éclosion influenza, tuberculose, nettoyage de glucomètre, etc.).
- Recherche d'information sur la procédure à suivre en cas d'éclosion sur un bateau de croisière, sur les outils de contrôle de qualité en hygiène et salubrité, sur la légionellose et sur l'amiantose.
- Participation à divers comités : gestion des risques, conseil d'administration, soins infirmiers, direction des soins infirmiers, sensibilisation prévention des infections (CSPIN).
- Gestion des éclosions (gastro-entérite, influenza).
- Suivi et encadrement de la pratique au CSSS.

NOMBRE DE VISITES - BLOC OPÉRATOIRE ET SERVICES AMBULATOIRES		
	2011-2012	**2012-2013**
Nombre de diarrhées associées à la C-difficile – nosocomiales/jours présence	3 / 7 988	1 / 6 788
Nombre de nouveaux cas de SARM	27	18
Nombre de nouveaux cas ERV/jours présence	1 / 7 988	0 / 6 788
Nombre de nouveaux cas de bactériémie/jours présence	1 / 7 988	1 / 6 788
Travailleurs exposés accidentellement aux liquides biologiques	9	11

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET SERVICES HOSPITALIERS

La direction des services professionnels et services hospitaliers s'assure de l'organisation professionnelle et scientifique des départements cliniques dans les services pharmaceutiques et diagnostiques (laboratoires et imagerie médicale). Au sujet des services hospitaliers, cette direction est responsable du laboratoire, de la pharmacie, de l'imagerie médicale, des archives et de l'accueil ainsi que de l'inhalothérapie et de l'électrophysiologie.

Durant l'année 2012-2013, cette direction a été réorganisée et, en mars 2013, les services hospitaliers ont été mis sous la direction du SAPA et la Direction des services professionnels sous la Direction générale par intérim.

La direction des services professionnels regroupe les chefs des départements cliniques suivants : médecine générale, psychiatrie, radiologie, anesthésie, chirurgie, médecine interne. L'année a été marquée par une révision de la pratique médicale avec l'appui d'un médecin expert.

Faits saillants

- Implication de quatre médecins dans le remplacement du DSP, durant une période de 6 mois.
- Révision de la pratique médicale et mise en place d'une centrale téléphonique de rendez-vous.
- Consolidation du GMF et progression des inscriptions (8 000).
- Intégration de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) dans le GMF.
- Exercice de réorganisation dans les services de santé mentale 2e ligne et pédopsychiatrie.
- Révision des règlements des différents départements en cours.
- Recrutement : radiologiste.

TÉLÉSANTÉ

Faits saillants

- Mise en place d'une organisation structurée en télésanté dans différents secteurs : chirurgie bariatrique, échographies cardiaques avec lecture à distance, photos de fond d'œil avec lecture à distance (dépistage rétinopathie diabétique).
- Consolidation de la visioconférence permettant formations et consultations à distance.

GESTION DES RISQUES

Faits saillants

- Neuf rencontres du comité de gestion des risques.
- Nouveau membre au sein du comité qui représente les usagers.
- Cadre de référence sur la gestion intégrée de la qualité élaboré et adopté par le conseil d'administration.
- Participation à la *Semaine nationale de la sécurité des patients de l'ICSP,* dont trois kiosques à la cafétéria. Les thèmes abordés : la prévention des chutes, la promotion du lavage des mains et la vaccination antigrippale.
- Test de conformité sur le lavage des mains auprès des employés.
- Concours sur l'identification de situations à risques reliées aux chutes.
- Présentation des rapports trimestriels aux membres du conseil d'administration.
- Réalisation à 70 % du plan d'action 2012-2013.
- Compilation des données sur les incidents/accidents dans le registre local et transfert des informations dans le registre national semestriellement.
- Élaboration d'une analyse prospective sur le lavage des petits instruments (trempage, nettoyage et transport). Mise en œuvre des recommandations dans toutes les installations du CSSS complétée.
- Chronique régulière sur la gestion des risques dans le journal interne *La Source*.
- Conformité aux normes et aux pratiques organisationnelles requises par *Agrément Canada*.

Sous-comités de travail

- Laboratoire : suivi des déclarations - travaux sur le modèle de requêtes de demande d'examens.
- Chutes : application des mesures de contrôle (contentions).
- Prévention des infections : gestion des déchets biomédicaux (grille d'observation).
- Médico-nursing (équipements dédiés, révision de protocoles de médicaments et de surveillance).

Statistiques pour l'année 2012-2013

- 616 déclarations d'événements indésirables provenant de 22 secteurs d'activités différents.
- La médication et les chutes sont les 2 catégories regroupant le plus grand nombre d'événements déclarés.
- Selon l'échelle de gravité :
    - 83 % des événements sont classés comme incidents ou accidents sans conséquence pour l'usager.
    - 16 % des accidents ont nécessité une surveillance ou un traitement non spécialisé.
    - 1 % ont nécessité des soins spécialisés avec hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation. Pour ces derniers événements, l'élaboration d'une analyse détaillée, la mise en place de mesures correctives et la divulgation à l'usager ou à ses proches sont répertoriées sur des formulaires additionnels.

DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Les faits saillants

Financier

Au cours de l'exercice, le CSSS des Îles a poursuivi les efforts de rationalisation de ses dépenses et d'optimisation de ses ressources. Bien que l'établissement a conclu son exercice avec un déficit de 2,8M, il faut considérer que les résultats tiennent compte de réductions budgétaires touchant l'ensemble des ministères et totalisant 1,2 million pour le CSSS des Îles au terme de l'exercice 2012-2013.

Plusieurs éléments positifs sont à retenir comme l'atteinte de la cible en matière de présence au travail qui situe maintenant l'établissement dans les meilleurs de la province. À ce chapitre, depuis les trois dernières années le nombre d'heures d'absentéisme est passé de près de 70 588 heures à 42 000 heures. En terme d'heures travaillées, nous pouvons observer une réduction de près de 25 000 heures travaillées comparativement à 2011-2012, principalement dans le secteur des gardes privées. Le dernier exercice financier a été propice à l'évaluation et à l'analyse de la performance de l'ensemble des activités de l'organisation. Les résultats de cette analyse mettront la table au prochain plan de redressement budgétaire 2013-2015 qui permettra l'atteinte de l'équilibre budgétaire au terme de 2014-2015, tout en intégrant une réduction de financement récurrente totalisant 2 millions au terme de 2013-2014.

Secteurs de soutien

Un projet d'optimisation prometteur et innovateur fut amorcé au cours de l'exercice 2012-2013, il s'agit d'un nouveau mode de réapprovisionnement automatique en fournitures des différents départements comme l'urgence, le bloc opératoire, etc. À terme, le projet permettra d'économiser près de 55 heures en temps infirmiers, préposés aux bénéficiaires tout en améliorant notamment la fiabilité du réapprovisionnement et la rotation des stocks. Au 31 mars 2013, quatre départements sur plus d'une douzaine au total sont maintenant fonctionnels avec le nouveau mode de réapprovisionnement, soit l'unité multiclientèle, le laboratoire, la pharmacie et le CHSLD.

L'exercice 2012-2013 a aussi permis le passage obligé à un nouveau système de plans de soins infirmiers touchant l'unité multiclientèle et les soins de longue durée. L'ancien plan de soins datait de plus de 20 ans et il était jugé à risque. Le nouveau plan de soins permettra à terme l'intégration de formulaires informatisés et ainsi contribuer à optimiser les méthodes de travail.

Le déménagement dans le nouveau Centre d'hébergement Eudore-LaBrie et le passage au service en vrac a permis d'optimiser les heures travaillées au service alimentaire.

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

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

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Corbeil Boudreau et associés 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 Corbeil Boudreau et associés peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Marie Gibeault
Directrice générale

Claude Cyr
Directeur des services administratifs

ATTESTATION DES AUDITEURS

Aux membres du conseil d'administration du CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES inclus dans la section auditée du rapport financier annuel qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013, ainsi que les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs nets (de la dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660 puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction relative aux états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en oeuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit assortie de réserves.

Fondement de l'opinion avec réserves

Ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de

location-exploitation alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 "Immobilisations corporelles louées" du Manuel de l'ICCA, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation au Normes comptables comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2013 et au 31 mars 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Opinion avec réserves

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe "Fondement de l'opinion avec réserves", les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES au 31 mars 2013, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation des déficits cumulés, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur la Santé et les Services sociaux du Québec, à l'Annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans ses pratiques comptables.

Cap-aux-Meules, le 18 juin 2013

Corbeil Boudreau & Associés inc. (1)

Corbeil Boudreau & Associés inc.
675, chemin principal
Cap-aux-Meules (Québec)
G4T 1G6

Téléphone : 418-986-5122
Télécopieur : 418-986-6321

(1) Par France Painchaud, CPA auditrice, CA

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2013**		
				R	**PR**	**NR**
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Le calcul de la subvention à recevoir – Écart de financement – Immobilisations est erroné.	2011-12	C	Corrigé en 2012-2013	R		
Non-respect des Normes comptables canadiennes pour le secteur public relativement à la comptabilisation des contrats de location d'immeubles	2011-12	R	Directive du MSSS			NR
Non-respect des Normes comptables canadiennes pour le secteur public relativement à la comptabilisation des obligations envers les employés en congé parental et en assurances-salaire.	2011-12	R	Comptabilisé en 2012-2013	R		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Les unités de mesure de certains centres d'activités ont été estimées (#6601 - #6604 - #6606 - #6607)	2011-12	C				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
S/O						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Non-respect du règlement sur l'autofinancement des activités accessoires.	2011-12	C	Corrigé en 2012-2013	R		
Pour le stationnement, les frais généraux imputés estimés à un montant correspondant aux revenus.	2011-12	C	Sera réglé en 2013-2014			NR
Rapport à la gouvernance						
La politique de l'établissement concernant les conflits d'intérêts ne commande pas une déclaration d'intérêts des membres du conseil d'administration et de la direction lorsqu'il est pertinent de le faire	2011-12	O	Sera réglé en 2013-2014			NR

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2013

Nom de l'établissement	Code	Page
CSSS des Îles	1104-4088	200

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exploitation	Immobilisations	Total	
		Ex. courant (r.de p358,C3)	Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	01	41,346,320	5,805,384	47,151,704	49,733,789
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	02	7,322		7,322	7,713
Contributions des usagers	03	1,730,958	xxxx	1,730,958	1,626,157
Ventes de services et recouvrements	04	788,915	xxxx	788,915	852,556
Donations (FI:P294)	05		81,191	81,191	78,494
Revenus de placement (FI:P302)	06	15,732		15,732	13,597
Revenus de type commercial	07	43,801	xxxx	43,801	39,562
Gain sur disposition (FI:P302)	08		30,760	30,760	4,000
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (FI:P302)	11	53,615		53,615	122,419
TOTAL (L.01 à L.11)	12	43,986,663	5,917,335	49,903,998	52,478,287
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	31,061,444	xxxx	31,061,444	31,775,886
Médicaments	14	1,448,564	xxxx	1,448,564	1,217,447
Produits sanguins	15	481,826	xxxx	481,826	356,784
Fournitures médicales et chirurgicales	16	1,040,469	xxxx	1,040,469	1,068,985
Denrées alimentaires	17	416,021	xxxx	416,021	424,680
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	2,042,147	xxxx	2,042,147	2,056,208
Frais financiers (FI:P325)	19	207,095	2,817,571	3,024,666	1,711,370
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	605,461	30,835	636,296	453,989
Créances douteuses	21	5,920	xxxx	5,920	
	22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	xxxx	3,201,557	3,201,557	2,585,154
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	xxxx			
	25	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (FI:P325)	27	9,433,907		9,433,907	9,059,028
TOTAL (L.13 à L.27)	28	46,742,854	6,049,963	52,792,817	50,710,531
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(2,756,191)	(132,628)	(2,888,819)	1,767,756

Colonne 2: établissements publics seulement

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION

Nom de l'établissement: CSSS des Îles
Code: 1104-4088
Page: 204

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉS

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (Découvert bancaire) 01	606,427		606,427	257,974
Placements temporaires 02				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408) 03	6,672,027	244,063	6,916,090	7,133,419
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400) 04	467,932	60,216	528,148	553,360
..... 05	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Créances interfonds (dettes interfonds) 06	696,362	(696,362)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408) 07	3,283,826	(4,867,155)	(1,583,329)	(4,079,693)
Placements de portefeuilles 08	297		297	297
Frais reportés liés aux dettes 09		133,422	133,422	1,078,317
..... 10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
..... 11	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p360, FI: p400) 12	35,463		35,463	61,829
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12) 13	11,761,334	(5,124,816)	6,636,518	5,105,593
PASSIFS				
Emprunts temporaires (FI: p403) 14	17,000,000	2,428,555	19,428,555	32,887,592
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408) 15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401) 16	4,816,085	474,532	5,290,617	5,339,364
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées 17	xxxx	2,509,432	2,509,432	2,356,753
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401) 18	35,078	331,181	366,259	288,955
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294) 19	419,116	453,730	872,846	744,580
..... 20	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403) 21		42,373,934	42,373,934	21,773,322
Passifs environnementaux 22	xxxx			
Passif au titre des avantages sociaux futurs 23	3,564,673		3,564,673	3,283,268
..... 24	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p361, FI: p401) 25				
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25) 26	25,834,952	48,571,364	74,406,316	66,673,834
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 - L.26) 27	(14,073,618)	(53,696,180)	(67,769,798)	(61,568,241)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations (FI: p420, 421, 422) 28	xxxx	53,731,812	53,731,812	50,442,695
Stocks de fournitures (FE: p360) 29	711,618	xxxx	711,618	644,338
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400) 30	150,465		150,465	194,124
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30) 31	862,083	53,731,812	54,593,895	51,281,157
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT 32				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32) 33	(13,211,535)	35,632	(13,175,903)	(10,287,084)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-05)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: établissements publics seulement
L.06, C.3: le montant doit être égal à zéro
L.32 : applicable aux établissements privés seulement

Note 1 : STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Il a pour responsabilité d'offrir l'accès aux services et le mandat de dispenser des services en lien avec ses missions ainsi que de coordonner le réseau local de services intégrés pour la population du territoire des Îles-de-la-Madeleine.

Le siège social du centre est situé à Cap-aux-Meules. Les points de service sont répartis sur le territoire des Îles-de-la-Madeleine. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

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

Note 2 : DESCRIPTIONS DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Référentiel comptable
Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

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

Utilisation d'estimations
La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent 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.

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

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

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

- le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à court terme et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts entre les fonds d'exploitation et d'immobilisations sont comptabilisés directement à l'état des surplus (déficits) cumulés.

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

- activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'Agence.

- activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend dans la limite de ses objets et pouvoirs en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centre 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 les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires
Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

- les activités accessoires complémentaires sont celles qui 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. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve le stationnement et les locations de télévisions.

- les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

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

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

Revenus
Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des agences ou d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'établissement, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'établissement comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles 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, exonérations et 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. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

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 du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu. Elles sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services
Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs
Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds (établissement public uniquement)
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.

Frais payés d'avance
Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks
Les stocks sont 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.

Immobilisations
Les immobilisations sont comptabilisées au coût et elles sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire et sur une période établie dans la Politique de capitalisation des immobilisations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les périodes établies pour chacune des catégories sont en fonction de leur durée de vie utile et sont les suivantes :

- Bâtiments 20 ans à 40 ans
- Équipements médicaux et ameublement 8 ans à 25 ans
- Équipements de transport 8 ans à 15 ans
- Autres mobiliers et équipements 5 ans à 25 ans
- Aménagement de terrain 10 ans
- Améliorations locatives 10 ans
- Informatique et bureautique 3 ans

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.

Dettes à long terme
Les emprunts sont comptabilisés au montant encaisse lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec
Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement dans son rapport financier annuel.

Régime de retraite
Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de

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

Avoir propre
L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires. L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Instruments financiers
Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements (agences). Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2013 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.

Note 3 : MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs
Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers. À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS relié aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés. Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir - MSSS	38 146 $	304 566 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	38 146 $	304 566 $
Charges-avantages sociaux	38 146 $	304 566 $
Subventions - MSSS	38 146 $	304 566 $

Subventions (transferts) gouvernementales
Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public). En vertu de cette norme, si un établissement octroie une subvention, il doit constater une

dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où un établissement est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), il doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les établissements bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des établissements qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable
La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations. Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2013
Subventions à recevoir – Immobilisations – Écart de financement – Réforme comptable	(26 372)$
Subventions – Gouvernement du Québec	
Surplus (déficits) de l'exercice	(26 372)$

Note 4 : PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), l'établissement a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration. Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier

annuel, lesquelles incluent également celles des activités du Fonds d'immobilisations. Les prévisions budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration relatives aux activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation sont comparées aux données réelles correspondantes :

		Réel	Budget
		1	2
ACTIVITÉS PRINCIPALES			
REVENUS			
Financement de l'Agence ou du MSSS			
Budget net avec incidence sur trésorerie	01	40 447 628 $	39 462 651 $
Rectificatif (au net)	02	17 039 $	51 169 $
Budget sans incidence sur la trésorerie	03		
Produits sanguins	04	442 930 $	
Rénovations fonctionnelles mineures (EPC)	05		
Augmentation (ou diminution) du financement	06	435 942 $	420 318 $
Variation des revenus reportés	07	2 781 $	162 877 $
Sous-total (L.01 à L.07)	08	41 346 320 $	40 097 015 $
Revenus provenant des usagers	09	1 730 958 $	1 746 238 $
Revenus d'autres sources	10	227 376 $	267 278 $
Autres revenus non budgétisés	11	630 886 $	492 691 $
Total des revenus (L.08 à L.11)	12	43 935 540 $	42 603 222 $
CHARGES			
Coûts directs bruts des centres d'activités ou sous-centres d'activités	13	45 633 611 $	44 606 338 $
Transferts de frais généraux	14		
Charges non réparties	15	1 068 908 $	562 247 $
Total des charges (L.13 à L.15)	16	46 702 519 $	45 168 585 $
Surplus (déficit) des activités principales avant contributions de l'avoir propre et interfonds (L12 – L.16)	17	(2 766 979)$	(2 565 363)$
Contributions de l'avoir propre et interfonds (au net) (préciser) Contributions au fonds d'immobilisations	18	(134 890)$	
Surplus (déficit) des activités des activités principales après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.17 + L.18)	19	(2 901 869)$	(2 565 363)$
ACTIVITÉS ACCESSOIRES			
Revenus	21	51 123 $	250 780 $
Charges	22	40 335 $	245 655 $
Surplus (déficit) des activités accessoires (L.21 – L.22)	23	10 788 $	5 125 $
Surplus (déficit) du fonds d'exploitation après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.19 + L.23)	24	(2 891 081)$	(2 560 238)$

Note 5 : LES AVANCES BANCAIRES

Au 31 mars 2013, le montant maximum des avances bancaires mises à la disposition de l'établissement était de 17 000 000 $ au taux des acceptations bancaires canadiennes, à la date de l'emprunt, plus 0.30 %, incluant tous les frais, échéant le 31 mars 2013. Ces avances bancaires sont garanties par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Note 6 : ÉVENTUALITÉ

En date du 14 juin 2013, les analyses des rapports financiers pour les exercices terminés le 31 mars 2006, le 31 mars 2007, le 31 mars 2008, le 31 mars 2009, le 31 mars 2010, le 31 mars 2011 et le 31 mars 2012 n'étaient pas complétées. Conséquemment, le rapport financier pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 n'inclut pas les éventuels redressements qui pourraient résulter de ces analyses.

NOTE 7 : OPÉRATIONS AVEC LA FONDATION

Au cours de l'exercice, l'établissement a reçu des dons de la Fondation Santé de l'Archipel pour un montant de 13 322 $. Ces dons ont servi à l'achat de divers équipements pour 11 170 $, diverses fournitures pour 831 $ et une valeur de 1 321 $ a été reçue comme don en nature d'équipements.

NOTE 8 : CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice 2011-2012 ont été reclassés afin de rendre leur présentation identique à celle de l'exercice 2012-2013.

DESCRIPTION ET RÉFÉRENCE		ENGAGEMENT 2012-2013	SUIVI PÉRIODIQUE	
			Résultats 2011-2012	Résultats 2012-2013
1.1	Santé publique			
1.1F	Enfants recevant 1re dose en CLSC vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	96,8 %	96.3 %	**88,4 %**
1.1G	Enfants recevant 1re dose en CLSC vaccin contre méningocoque de sérogroupe C dans les délais	90,9 %	93,8 %	**94 %**
1.1J	Enfants recevant 1re dose en CLSC vaccin RRO	89,9 %	92,6 %	**96 %**
1.1L	Écoles qui implantent l'approche École en santé	87,5 %	87,5 %	**82,8 %**
1.3	**Soutien à domicile**			
1.3.5	Nombre d'heures de service de soutien à domicile par différents modes de distribution (CSSS-mission CLSC)	33 866 h	52 473 h	**48 177 h**
1.4	**Déficience physique**			
1.45.04	Taux des demandes de service traitées en CSSS selon les délais (tous âges et toutes priorités)	90 %	100 %	**100 %**
1.5	**Déficience intellectuelle et TED**			
1.5	**Taux des demandes de service traitées en CSSS selon les délais (tous âges et toutes priorités)**	**90 %**	**100 %**	**86,7 %**

Entente de Gestion (suite)

DESCRIPTION ET RÉFÉRENCE		ENGAGEMENT 2012-2013	SUIVI PÉRIODIQUE	
			Résultats 2011-2012	Résultats 2012-2013
1.8	**L'accès aux services de santé mentale**			
1.8.9	Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux recevant des services de 1re ligne en CSSS	215 adultes 41 jeunes	199 adultes 18 jeunes	**178 adultes** **28 jeunes**
1.8.5	Nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services de soutien d'intensité variable (SIV)	25	13	**15**
1.8.6	Nombre moyen d'adultes qui ont reçu un suivi intensif dans le milieu (SIM)	6	2	**4**
1.9	**Santé physique**			
	Urgence			
1.9.1	Durée moyenne de séjour – Global (heures)	-12 h	13,9 h	**12,48 h**
1.9.3	% de + de 24 heures – Global	-14 %	17,21 %	**15,77 %**
1.9.4	% de + de 48 heures - Global	0 %	2,7 %	**3,3 %**
	Chirurgie			
1.9.2.3	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées pour une chirurgie de la cataracte	90 %	80,7 %	**98,4 %**
1.9.2.4	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour (à l'exception de la cataracte)	90 %	93,6 %	**95,6 %**
1.9.15	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	90 %	99,2 %	**100 %**
3.1	**Ressources humaines**			
3.1	Ratio des heures en assurance-salaire vs heures travaillées	5,61 %	5,7 %	**4,61 %**
3.2	% heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	6,81 %	3,67 %	**3,67 %**
3.3	**% de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier**	**0,39 %** **0,44 %**	**0,37 %** **0.44 %**	**0,13 %**

CONSEIL D'ADMINISTRATION

En date du 31 mars 2013, les membres du conseil d'administration sont :

Gaston Bourque, Président (Élu par la population)

Élie Chevrier, Vice-président (Coopté par le C.A.)

Marie Gibeault, Secrétaire-Directrice générale

France Arseneau (Comité des usagers)

Jérôme Aucoin (Désigné par la Fondation Santé de l'Archipel)

Donald Bouchard (Coopté par le C.A.)

Lauraine Bourque (Cooptée par le C.A.)

Mario Cormier (Comité des usagers)

Dr Marcel Couture (CMDP)

Andrée Cyr (Élue par la population)

Manon Cyr (Conseil multidisciplinaire - CM)

Julie Decoste (Conseil des infirmières et infirmiers - CII)

Liliane Decoste (Personnel non clinique)

Robert Deraspe (Coopté par l'Agence)

Marc Joncas (Coopté par le C.A.)

Francis Simard (Coopté par le C.A.)

Damien Turbide (Organismes communautaires)

1 poste vacant (Coopté par l'Agence)

COMITÉS OBLIGATOIRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET CONSEILS PROFESSIONNELS

Comité de gestion des risques

Comité de révision

Comité de vérification

Comité de vigilance et de la qualité

Comité de gouvernance et d'éthique

Comité des usagers

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Archipel (CMDP)

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Conseil multidisciplinaire (CM)

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

En référence au code d'éthique et de déontologie des administrateurs, aucun cas ne fut traité par rapport à un manque audit code au cours de l'année 2012-2013. Ce code d'éthique et de déontologie a été révisé en 2013 et adopté le 1er octobre de la même année.

Centre de santé et de services sociaux
des Îles

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS

Conseil d'administration
du Centre de santé et de services sociaux des Îles

Révisé et adopté par le conseil d'administration
Le 1er octobre 2013

Édition
Coordination de l'édition : Marie Gibeault
Mise en pages : Céline Lafrance
Tiré du *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux* préparé par l'AQESSS en novembre 2012

Distribution
CSSS des Îles
Direction générale
430 chemin Principal
Cap-aux-Meules (Québec) G4T 1R9
Téléphone : 418 986-2121

Site Internet : **www.csssdesiles.qc.ca**

Dépôt légal – 4e trimestre 2013
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-924089-06-4 (PDF)

AVANT-PROPOS

En vertu du paragraphe 2 de l'article 181.0.0.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), le comité de gouvernance et d'éthique d'un établissement de santé et de services sociaux doit élaborer un Code d'éthique et de déontologie, conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30) applicable aux membres du conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux. Afin de soutenir ses établissements membres, l'AQESSS a élaboré un projet type de Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs.

Ce projet type de Code d'éthique et de déontologie des administrateurs d'un établissement édicte des obligations éthiques et déontologiques. Par éthique, il faut entendre des valeurs morales tandis que la déontologie fait référence à un ensemble de règles et de normes de conduite.

En outre, il contient une section sur le comité de discipline (section 8.3). Cette section permet d'appliquer les dispositions du dernier alinéa de l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*. Elles prescrivent ce qui suit : « *Le rapport annuel doit en outre faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires*[1], *de leur décision et des sanctions imposées par l'autorité compétente*[2] *ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année* ».

L'AQESSS recommande que le Conseil d'administration d'un établissement privilégie, à des fins strictement disciplinaires, la création d'une instance distincte du comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement. Du point de vue de l'AQESSS, l'auteur d'une règle de conduite, en l'occurrence l'ensemble des membres du comité de gouvernance et d'éthique, ne devrait pas être confronté à l'interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, nous croyons que cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable à l'administrateur en cause. Toute approche disciplinaire exige le plus grand respect des règles de justice naturelle. De plus, l'article 8.2.2. *g)* du Code, tel que proposé par l'AQESSS, prévoit que le comité de gouvernance et d'éthique doit en évaluer périodiquement son application et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant. Cette fonction s'inscrit dans le cadre de son mandat dévolu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) alors que l'appréciation de la conduite des administrateurs n'en fait pas partie.

---

1. En l'occurrence, un « comité de discipline » institué par le conseil d'administration. Ce comité peut être institué par résolution ou par l'adoption d'un règlement, à la discrétion du conseil d'administration de l'établissement (voir les dispositions de l'article 181 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* modifiées par la *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*, L.Q. 2011, c. 15, art. 32).
2. C'est-à-dire le « conseil d'administration » de l'établissement.

Quant à la composition du comité de discipline, l'AQESSS suggère que les membres soient nommés par et parmi les administrateurs de l'établissement. Nous recommandons qu'il soit composé d'une majorité de membres indépendants et présidé par un tel membre, à l'exception du président du Conseil d'administration, en raison de la présence potentielle d'une situation de conflit d'intérêts. Par ailleurs, il serait approprié, si possible, qu'un des membres de ce comité possède une compétence en matière d'éthique ou de déontologie. Ce membre pourrait être celui qui siège au comité de gouvernance et d'éthique, en raison de cette compétence. Enfin, le nombre de membres de ce comité de discipline peut varier entre trois (3) ou cinq (5) membres, selon le nombre d'administrateurs d'un établissement.

TABLE DES MATIÈRES

Préambule 4
Article I – Dispositions générales 5
Article II – Définitions et interprétation 6
Article III – Principes d'éthique 8
Article IV – Règles de déontologie 9
Article V – Administrateurs indépendants 11
Article VI – Conflit d'intérêts 12
Article VII – Fin du mandat 14
Article VIII – application du code 15
Article IX – Processus disciplinaire 17
Article X – Diffusion du Code 19
Article XI – Dispositions finales 19
Annexe I (Article 8.1.2 de ce Code) 20
Annexe II (Article 5.1 de ce Code) 21
Annexe III (Article 6.4 de ce Code) 22
Annexe IV (Article 6.5 de ce Code) 23
Annexe V (Article 6.8 de ce Code) 24
Annexe VI (Article 9.5 de ce Code) 25
Bibliographie 26

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le CSSS des Îles et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du Conseil d'administration du CSSS des Îles pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des Conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

Les membres du Conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des Établissements qu'ils administrent et de la population desservie.

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS des Îles s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le Conseil d'administration du CSSS des Îles met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le CSSS des Îles est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, notamment, le respect des droits des usagers, l'équité dans son offre de service, une accessibilité et une continuité des soins et des services, une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel du CSSS des Îles. Également, le CSSS des Îles se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 PRÉAMBULE

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET CHAMP D'APPLICATION

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration du CSSS des Îles, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

- Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur du CSSS des Îles. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 FONDEMENT

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;

b) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;

c) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le Conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;

d) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;

e) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

f) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;

g) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;

h) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;

i) **Établissement** : désigne le CSSS des Îles;

j) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;

k) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;

l) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;

m) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;

n) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement[3];

o) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;

p) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

---

3. Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste[4].

3.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt du CSSS des Îles et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

3.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.

3.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.

3.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

3.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.

3.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.

3.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.

3.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

---

4. ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Éthique et directeur général*, février 1987, p. 5.

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs[5].

DISPONIBILITÉ ET PARTICIPATION ACTIVE

4.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

RESPECT

4.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

4.3 L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

4.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.

SOIN ET COMPÉTENCE

4.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

NEUTRALITÉ

4.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

---

5. AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

4.7 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

TRANSPARENCE

4.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

4.9 L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

DISCRÉTION ET CONFIDENTIALITÉ

4.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

4.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.

4.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

RELATIONS PUBLIQUES

4.13 L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias.

CHARGE PUBLIQUE

4.14 L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

4.15 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

BIENS ET SERVICES DE L'ÉTABLISSEMENT

4.16 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil

d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

4.17 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

AVANTAGES ET CADEAUX

4.18 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

4.19 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

INTERVENTIONS INAPPROPRIÉES

4.20 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

4.21 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

5.1 L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

6.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;

b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;

c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;

d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;

e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

6.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).

6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

6.9 La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nul, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

ARTICLE VII – FIN DU MANDAT

7.1 Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

7.2 L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.

7.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

7.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

7.5 L'administrateur 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 de l'Établissement.

ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.

8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :

a) Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);

b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;

c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;

d) Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;

e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;

g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

8.3.1 Au besoin, le Conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois membres et, d'un membre substitut, nommés par et parmi les

administrateurs de l'Établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.

- 8.3.2 De plus, le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

8.3.4 Le Comité de discipline a pour fonctions de :

a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;

c) Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.

9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.

9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

9.5 Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être contraires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

9.6 Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

9.7 Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être contraires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

9.9 Le Comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours *(à titre indicatif)* suivant la réception des

allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) Un état des faits reprochés;

b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;

c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;

d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

9.10 En application de l'article 9.9 *d)* du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.

9.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux (*R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).

9.12 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

9.14 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives (*L.R.Q., c. A-21.1).

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

10.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

10.2 Le rapport annuel de gestion du CSSS des Îles doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration de l'Établissement.

11.2 Révision

11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les cinq ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

ANNEXES

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Membres du CECMDP

Dr Marcel Couture
Dr Luc Dansereau
Madame Marie Gibeault, directrice générale
Dre Amélie Hubert, trésorière
Dr Steeve Lessard
Dr Jean-François Noël, président

Membre sortant

Dre Claudette Harvey

Cette année, le CECMDP s'est réuni à 8 reprises et il y a eu 3 assemblées générales du CMDP. Le CEACMDP a tenu 6 rencontres et le Comité de Pharmacologie s'est réuni à 3 reprises. Enfin, le comité des Titres a siégé à 4 reprises.

Contexte

Pour le CMDP, l'année s'est amorcée avec le départ de la DSPH, Dre Édith Grégoire.

Quatre membres du CECMDP se sont vus partager les responsabilités professionnelles du DSPH pendant une période de transition de quatre mois. Il s'agit des *Docteurs Marcel Couture, Luc Dansereau, Claudette Harvey et Jean-François Noël*. Bien qu'imparfaite, cette situation a permis aux membres du CECMDP de s'impliquer davantage dans divers comités de direction et de réellement expérimenter cette nouvelle notion de cogestion médico-administrative. Ces responsabilités ont aussi donné l'occasion d'établir et de consolider des liens plus formels avec l'Agence et le MSSS. Dans cet effort de cogestion, le CMDP de l'Archipel a ainsi gagné une grande crédibilité auprès des instances régionales et provinciales.

Malgré tout, la situation financière du CSSS demeure extrêmement préoccupante et l'Établissement est en redressement budgétaire et en réorganisation de services. Après l'accompagnement demandé à l'Agence il y a près d'un an, 2 experts-conseils viennent maintenant épauler la direction des services professionnels et hospitaliers et la direction des services infirmiers. Il s'agit du Dr Daniel Tardif et de madame Céline Corbeil.

Le plan de redressement mis sur pied a fait l'objet de communications et est accessible sur le site du CSSS.

Le CMDP a aussi poursuivi sa réorganisation de l'offre de services médicaux afin d'améliorer la qualité des soins et aussi d'augmenter l'efficience dans leur distribution.

Dans la même foulée, tel que mentionné l'an dernier, dans un souci d'optimisation des soins, le CECMDP a fait des recommandations au C.A. concernant la structure départementale et le Plan d'organisation.

Ainsi, les soins en périnatalité se retrouvent maintenant sous l'égide du service de périnatalité du département de médecine familiale et le département de périnatalité n'existe plus.

Comité de révision des services

Le comité a poursuivi son travail de partage de tâches notamment entre les départements de médecine familiale et de médecine interne. Ce travail se poursuivra aussi avec le département de psychiatrie et éventuellement avec les autres départements.

Suivi des comités

Comité des titres et effectifs médicaux

Le comité des titres a poursuivi son travail habituel de nomination et renouvellements de privilèges. Soulignons l'arrivée des *D^re^ Mylène Deraspe, D^re^ Annie McNicoll et D^re^ Rose-Marie Patry*, trois nouveaux médecins de famille. Ajoutons l'arrivée prochaine du *Dr Bernard Rodrigue*, radiologiste.

Notons les départs des *D^re^ Céline Finn*, psychiatre, *Dr Pierre Beaulieu*, anesthésiste, et *D^re^ Josée Labrecque*, omnipraticienne.

Ajoutons le départ prochain en congé sabbatique du *Dr Robert Hanel*. Nous en profitons ici pour le remercier pour ses excellents services rendus et lui souhaitons bonne chance dans ses nouveaux projets.

Enfin, nous venons d'apprendre le départ officiel pour la retraite du *Dr Lorne Arsenault* en septembre prochain. Nous lui souhaitons évidemment une retraite bien méritée et aurons certainement la possibilité de saluer ses services à une occasion spéciale.

CEACMDP

Le CEACMDP a poursuivi son bon travail habituel. En plus de l'étude des cas de morbidité et de mortalité, plusieurs études par critères explicites ont été effectuées pour évaluer la qualité de l'acte médical dans divers services. Les recommandations du CEAMDP sont toujours très pertinentes.

Comité de Pharmacologie

Le travail du comité de pharmacologie s'est poursuivi sous la nouvelle présidence du *Dr Luc Cyr*.

Plusieurs ordonnances collectives, protocoles médicaux et médicamenteux ont été adoptés.

En outre, afin de faciliter spécifiquement le cheminement et la mise en application des protocoles de toutes sortes, la création d'un comité de *pratiques professionnelles interdisciplinaires* a été recommandée à la direction par le CECMDP. Ce comité est actuellement en formation et devrait voir le jour sous peu.

Révision des règlements des départements

La révision des nouveaux règlements du département de médecine familiale est en cours et l'approbation finale approche. Avec la réorganisation des services médicaux, la révision des règlements de tous les départements sera une priorité pour l'année qui vient.

Informatisation

La technologie WiFi est maintenant disponible dans l'établissement. Le nouveau DCI Cristal-Net est en fonction pour les services infirmiers. Le CSSS n'a toujours pas de DME. Le département de médecine générale étudie actuellement différentes possibilités conjointement avec la FMOQ et l'ASSSGIM.

Services cliniques

Avec le travail amorcé en cogestion lors de l'intérim des quatre membres du CECMDP pour le remplacement du DSP, le CECMDP a poursuivi beaucoup de dossiers pour améliorer la qualité des soins tout au long de l'année. Il s'est aussi allié au Dr Daniel Tardif comme médecin-conseil expert. Entre autres, il y a eu poursuite des travaux d'amélioration dans les services d'imagerie médicale avec le Dr Paul Langis, responsable intérimaire du département. Il y a aussi eu continuité dans le suivi des dossiers entamés au laboratoire.

Du côté de la médecine familiale, le département vient de renouveler son mandat GMF avec comme objectif, entre autres, une augmentation de la prise en charge en première ligne.

En santé mentale et en psychiatrie, l'organisation des services en est actuellement en refonte totale sous la supervision du Dr Tardif.

Les services chirurgicaux et du bloc opératoire seront aussi revus à la suite du rapport de M. Forgues.

En pharmacie, l'offre de service est actuellement en révision et le département a maintenant un chef à distance qui vient périodiquement, monsieur Reynald Tremblay.

Plus récemment, dans le service de périnatalité, les membres du comité exécutif ont été saisis de préoccupations concernant la qualité de soins et la standardisation des pratiques infirmières. Afin de maintenir le service de périnatalité de façon sécuritaire, le département de médecine générale a réagi rapidement en permettant aux médecins de famille obstétriciens d'être dégagés de certaines tâches pour pouvoir se soutenir en duo lors des gardes. Cette solution temporaire aura évidemment des impacts sur les autres services en médecine générale. Aussi, le CECMDP est déjà en démarches auprès des partenaires concernés pour remédier à cette situation.

Conclusion

La situation budgétaire du CSSS est très préoccupante. Un redressement financier est toujours en cours et une réorganisation des services est amorcée. Ce plan a été diffusé.

Pour le CMDP, en conservant toujours comme leitmotiv la qualité des soins, le travail d'optimisation dans la distribution des soins doit se poursuivre. La structure départementale reste à travailler et la révision des règlements de départements sera prioritaire.

Beaucoup de décisions restent à prendre et des choix difficiles sont à prévoir. Les dernières réunions du Conseil d'administration nous en donnent un aperçu. La participation et l'implication du corps médical à cette réorganisation sont essentielles.

Le CMDP compte aussi développer des liens de collaboration avec le CII et le CM afin de partager une vision globale commune pour l'amélioration des soins.

Nous sommes d'avis que l'ensemble des professionnels et des employés du CSSS doivent avoir cette vision commune afin de prendre le virage attendu pour retrouver l'équilibre budgétaire tout en conservant une qualité de soins optimale. Tous doivent s'approprier cet objectif.

Le CMDP offre aussi son soutien et sa collaboration au conseil d'administration.

À la vision que je partageais, l'an dernier :

Des soins adaptés et de qualité pour le plus grand nombre

J'ajoute cette année :

Avec un effort de cogestion médico-administrative

Et je demeure toujours optimiste quant à l'amélioration des services dans notre Établissement.

Jean-François Noël, MD, Président
CMDP de l'Archipel
29 mai 2013

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Il importe de rappeler que le CII est une instance consultative professionnelle mandatée par la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux (L.Q. c 42 199). À l'image de l'année mouvementée et de restructuration au sein du CSSS, le CECII a fait un processus de réflexion et d'évaluation des soins infirmiers dans l'organisation. Pour ce faire, le CECII, en plus de ses réunions ordinaires, a tenu quelques journées de travail pour tenter de faire le constat de la situation actuelle et d'élaborer un plan pour maintenir les acquis, travailler sur les forces, mais surtout corriger les lacunes et améliorer l'efficience des soins infirmiers. Ainsi, voici ce qui est ressorti du début de ces travaux.

Constat

Une révision des documents disponibles en soins infirmiers sur plusieurs des unités du CSSS a été faite. Premier constat positif, tout le personnel des unités approchées a été en mesure de nous orienter vers la documentation présente, ce qui peut laisser présager qu'au besoin on saurait où consulter. Cependant, il en ressort que la documentation n'y est pas accessible de façon uniforme. Les diverses ordonnances collectives et les protocoles du CSSS ne sont pas tous disponibles dans les quelques manuels de référence des unités. Certains protocoles ou ordonnances n'ont pas fait l'objet d'une révision depuis de nombreuses années et quelques-uns proviennent d'autres centres, sans jamais avoir été adaptés à la réalité locale, le processus pour le faire étant long et ardu. De plus, beaucoup de procédures et d'habitudes de pratique n'ont jamais été mises par écrit sous forme de règles de soins infirmiers. Ceci vaut aussi pour les programmes d'orientation sur les diverses unités, qui pourraient être approfondis et officialisés.

Sur une note plus positive, tous les postes infirmiers ont accès au logiciel des méthodes de soins informatisés élaborées par une équipe de l'AQESSS. Ces outils pratiques et conviviaux servent à soutenir la pratique professionnelle. Selon la conseillère-cadre en soins infirmiers, il faut poursuivre la promotion de cet outil au sein des infirmières du CSSS des Îles jusqu'à ce qu'il soit utilisé à son plein potentiel.

Le CECII s'est concentré sur son mandat d'appréciation de la qualité des soins infirmiers dans le CSSS. Par contre, il a été très difficile pour le CECII d'infirmer ou de confirmer si la prestation des soins infirmiers au sein du CSSS répond aux standards usuels de la profession, car en plus des règles de soins non écrites :

- Il n'existe pas de lien officiel entre le comité de la gestion des risques, qui reçoit les déclarations d'incidents, et le CECII.
- Il n'existe pas d'instrument de mesure de qualité des soins infirmiers utilisé par l'organisation.
- Il n'existe pas de procédure officielle afin de déclarer ou de faire le constat d'une procédure déficiente en soins infirmiers.
- Il faut par ailleurs rappeler que le CECII n'a pas le mandat de faire l'évaluation d'un événement sentinelle.

De surcroît, le CECII s'est inquiété du rapport de la dernière évaluation professionnelle de l'OIIQ et est préoccupé en ce qui a trait au processus d'attribution d'un poste infirmier au sein du CSSS.

Dans un premier temps le CSSS a obtenu des cotes « passable » ou « faible » dans toutes les situations cliniques évaluées par l'OIIQ. Toutefois, cette situation fut rétablie au cours de l'année, ce qui laisse croire que le CSSS a la capacité de rajuster la pratique des soins infirmiers, s'il se dote des

outils nécessaires et que chacun y joue son rôle clinique ou d'encadrement et fait preuve de leadership infirmier.

Ensuite, le CECII a constaté l'absence d'évaluation de l'expertise infirmière lors de l'attribution d'un poste en soins infirmiers. Nous avons donc formulé, en octobre dernier, une recommandation à la direction générale et au conseil d'administration, tel que stipulé dans nos mandats, afin de demander une rectification de la situation. À ce jour, le CECII est en attente d'un accusé de réception et d'une réponse sur l'orientation envers cette recommandation de la part d'un conseil officiel du CSSS.

Finalement, pour l'aider dans l'évaluation de la situation actuelle, le CECII a fait circuler un sondage sur le rôle infirmier et a entrepris l'élaboration d'un porte-folio auprès de ses membres. Le premier outil n'ayant fait l'objet que de peu de réponses, il n'a pu aider à tirer de réelle conclusion objective. Toutefois, il semble que les infirmières n'ont pas l'impression de mettre en œuvre toute l'étendue de leur champ de pratique. En contrepartie, le porte-folio a permis de faire plusieurs observations intéressantes. En effet, le CECII a ciblé un échantillon représentatif de ses membres pour remplir ce porte-folio. Il en ressort que les infirmières sont polyvalentes et riches en formations et en expérience professionnelle diverse. Par contre, cette polyvalence freine le développement d'une expertise réelle dans un domaine particulier des soins infirmiers. De plus, la plupart des infirmières se sont montrées intéressées à faire partie de divers comités afin de partager leur expérience et de développer l'expertise si on leur en fait la demande et leur en donne les moyens.

Actions entreprises

La situation économique actuelle du CSSS étant préoccupante, le CECII n'a pu se contenter de ne faire qu'un processus de réflexion. Nous avons dû, au même moment, au cours de l'année, mener des actions concrètes afin de commencer à améliorer l'efficience des soins infirmiers. Le CECII est d'avis que le rehaussement des soins infirmiers passe par la revalorisation du rôle et du leadership des infirmières. C'est ainsi qu'en plus des actions déjà mentionnées, le CECII a fait des approches auprès de diverses instances du CSSS.

Tout d'abord, la direction générale fut approchée afin de requérir que le CECII soit inclus dans le processus de restructuration en cours. Aucune offre ou invitation concrète n'a encore été apportée en ce sens. Plus récemment, le CECII a également demandé à la conseillère à la gestion des risques d'être informé de toute situation récurrente impliquant la qualité des soins infirmiers. La portée de ces deux offres sera donc à évaluer dans la prochaine année.

D'autre part, notre collaboration a aussi été offerte au conseil multidisciplinaire (CM – qui n'est pas actif présentement, mais a néanmoins répondu positivement) et au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), qui s'est également montré enthousiaste. À cet effet, ce dernier conseil a suggéré à la direction générale de mettre sur pied un comité multidisciplinaire, incluant le CII, pour l'élaboration des procédures. Nous sommes enchantés par cette approche et nous espérons recevoir une invitation en ce sens dans la prochaine année.

Enfin, nous avons tenté en vain de relancer le Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), ce sous-comité n'étant plus présent aux réunions régulières du CECII depuis plus d'un an.

Pour ce qui est de la problématique de la documentation et de l'accès aux données en soins infirmiers, des approches ont été faites auprès de l'OIIQ et d'autres centres de soins. Des perspectives intéressantes d'entente pour des accès aux données probantes sont en cours. De plus, grâce à la consultante en soins infirmiers, madame Céline Corbeil, le CSSS devrait bientôt être muni

de plusieurs outils d'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Le CECII et la DSI ont aussi débuté un centre de documentation infirmier, de type intranet, qui sera accessible pour tous les membres du CII dès que possible. La demande est cependant en attente depuis plusieurs mois auprès du service informatique.

Dans le même ordre d'idée, le CECII a voulu faire une révision des dossiers des usagers afin de s'assurer que la documentation infirmière était dans les normes. Devant l'annonce du changement de logiciel de plan de soins infirmiers sur toutes les unités du CSSS, le CECII a remis à plus tard ces travaux.

Le CECII a aussi voulu contribuer au développement du leadership infirmier et à la formation continue de ses membres. Pour ce faire, nous avons regardé ce qui s'est fait par le passé et avons opté pour de la formation sous forme de mises en situation cliniques. Sous le principe de la pratique réflexive, le CECII a élaboré des formations en trois étapes, soit un midi-clinique de réflexion avant la situation, la situation en tant que telle et ensuite un retour constructif. Une première activité qui a eu lieu en février dernier a été rendue possible grâce à la collaboration de plusieurs de nos membres, de certains membres du personnel du CSSS et de l'équipe médicale. En mars, la formation a dû être annulée en raison d'une éclosion de grippe.

Objectifs pour les prochaines années

Le CECII se doit de devenir plus imputable de la qualité des soins infirmiers au sein du CSSS afin de bien remplir les mandats confiés par la Loi et le C.A. du CSSS. Pour ce faire, nous allons continuer le processus de rehaussement des soins infirmiers mis en branle. Ce processus n'est pas linéaire, mais plutôt dynamique. C'est-à-dire qu'il faudra à l'occasion revenir sur l'étape d'évaluation pour s'assurer de rester dans une culture d'amélioration et d'efficience. C'est ainsi que le CECII devra utiliser des outils de mesure objectifs. Plus spécifiquement, le CECII veut :

- Réaliser, en collaboration avec la DSI, au moins deux audits différents par année sur la qualité des soins infirmiers;
- Augmenter sa présence dans les processus décisionnels qui ont un effet direct sur la qualité des soins infirmiers;
- Continuer son approche de collaboration avec les autres instances permanentes du CSSS, tels le CMDP, le CM et le comité de gestion des risques;
- Remettre sur pieds le CIIA;
- Renforcer son implication dans la formation continue des infirmières.

Il s'agit évidemment de grands défis à relever pour lesquels il faudra faire preuve de créativité et de persévérance. Il faut garder en tête qu'un leadership infirmier fort et des soins infirmiers de qualité sont non seulement souhaitables pour notre profession, mais un incontournable pour la santé de la population.

Julie Decoste, présidente du CII

COMITÉ DES USAGERS

Le comité est formé de France Arseneau (présidente), Mario Cormier (vice-président), Rachelle Richard (présidente du comité des résidents), Ghislaine Chevarie, Chantal Naud, Nancy Leblanc, Andrée Cyr et Carole Leduc (personne ressource).

Le comité des usagers d'un CSSS a le mandat de représenter toutes les clientèles de l'établissement. Il exerce principalement les cinq fonctions suivantes :

1) Renseigner les usagers sur leurs droits et obligations.
2) 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.
3) Défendre les droits et intérêts collectifs des usagers.
4) Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute la démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter plainte.
5) S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents.

Représentations du comité

- Conseil d'administration du CSSS des Îles
- Comité de vigilance de qualité de l'établissement
- Comité de la gestion des risques de l'établissement
- Comité de révision de l'établissement
- Tout autre comité où la présence des membres est requise

Au cours de l'année 2012-2013, le comité s'est réuni à neuf reprises et a tenu une assemblée générale. Ces rencontres ont notamment permis de revoir globalement le rôle du comité et de mettre en place des outils de travail afin d'en améliorer le fonctionnement. Le comité a procédé à l'embauche d'une personne ressource à temps partiel afin d'assurer le suivi des dossiers et de voir à la gestion et à l'administration de notre comité.

Objectifs 2013-2014

- Continuer le travail déjà amorcé sur l'analyse des statistiques relatives aux listes d'attente.
- Prise en charge de la clientèle orpheline du territoire.
- Localisation de la salle d'attente.
- Diffusion de capsules à la radio communautaire.
- Élaboration d'un plan d'action avec un suivi rigoureux.
- Utilisation d'outils de promotion
- Un de nos principaux dossiers pour la prochaine année sera de développer des outils pour mieux se faire connaitre auprès de la population, ainsi que du CSSS des Îles.

Nous avons à cœur le bien-être des usagers et l'amélioration des services.

France Arseneau, Présidente du comité des usagers

COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Notons que le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a quitté son poste le 15 février 2013 et que la nouvelle commissaire est entrée en poste le 3 avril 2013.

Entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2013, vingt-cinq nouvelles plaintes ont été déposées. Cela représente une diminution de plaintes, car en 2011-2012, le Commissaire avait reçu 42 plaintes.

En date du 15 février, deux plaintes n'étaient pas réglées. Une plainte de l'année précédente n'était toujours pas réglée et devait être soumise au comité de révision.

Les principaux sujets de plaintes étaient :

- Le processus pour les prises de sang, le matin au CLSC (délai d'attente)
- L'aspect financier
    - Frais d'hébergement (contribution) des adultes hébergés
    - Politique de déplacement des usagers (accompagnateurs)

Quant aux plaintes acheminées au Protecteur du citoyen en cours d'exercice, nous avons reçu la conclusion du Protecteur du citoyen concernant un dossier et la direction générale en a été informée.

Le commissaire aux plaintes a fait de l'information continue sur ses services grâce à la distribution de dépliants et la pose d'affiches. Des pancartes ont été affichées sur les murs de l'hôpital afin de bien indiquer où se trouvait le bureau du Commissaire aux plaintes et son horaire de travail. Dans le bulletin interne *L'Express* du 5 mars 2013, on fait mention du départ du commissaire aux plaintes et de l'arrivée de la nouvelle commissaire. De plus, la nouvelle commissaire aux plaintes a participé à une rencontre avec les gestionnaires afin de leur parler de ses fonctions.

Au total, 32 plaintes ont été reçues, dont 7 ont été adressées au médecin examinateur de l'établissement.

Deux plaintes récentes ont été soumises au nouveau médecin examinateur. Pour les cinq plaintes soumises au précédent médecin examinateur, une a été analysée et conclue. Il restait donc quatre dossiers non réglés. Ces dossiers n'ont pas été analysés selon le délai prévu par la Loi (45 jours) et donnent ainsi ouverture à un recours auprès du comité de révision visé aux articles 49 et 51 de cette Loi.

Paul Cyr-Rodgers

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Soulignons que ce comité relève du conseil d'administration du CSSS des Îles et veille à ce que l'établissement s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers. Il doit aussi s'assurer, entre autres, qu'un suivi soit apporté aux recommandations émises par le commissaire ou le Protecteur du citoyen.

Le comité de vigilance a recommandé au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de mettre en place un formulaire d'évaluation de la satisfaction des usagers après que la plainte soit analysée et conclue.

Au cours de l'année 2012-2013, le Comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à trois reprises. Ces rencontres ont notamment permis de revoir globalement le rôle de ce comité et de mettre en place des outils de travail (tableau de bord et autres) afin d'en améliorer le fonctionnement. Les membres siégeant à ce comité sont :

- Gaston Bourque, président du comité
- Marie Gibeault, directrice générale
- France Arseneau, membre du conseil d'administration
- Andrée Cyr, membre du conseil d'administration
- Denise Landry, conseillère mesures d'urgences et gestion des risques
- Monsieur Paul Cyr-Rodgers, commissaire local aux plaintes

COMITÉ D'ÉTHIQUE

Pour la période 2012-2013, le comité a tenu six réunions.

Aucun cas n'a été soumis au comité pour cette période couverte par ce rapport d'activités.

L'activité principale qui a été menée par le comité, pour cette période, est la préparation, la distribution et la compilation du sondage relatif à la confidentialité au sein de l'organisation du CSSS des Îles. Nous tenons à remercier madame Michelle Pimont qui a agi à titre de personne ressource dans ce dossier. Sa précieuse collaboration est l'un des facteurs qui ont permis l'aboutissement de ce projet.

Cent onze sondages ont été reçus et compilés. Ils ont permis de dégager quelques constats et des pistes d'intervention pour améliorer certaines problématiques identifiées.

Manon Dubé et Philippe-Simon Laplante ont présenté les résultats au comité de direction du CSSS des Îles. Il a été convenu que le comité d'éthique allait travailler de concert avec le CSSS des Îles dans ce dossier dans la prochaine année.

Également les résultats du sondage ont été diffusés dans L'Express grâce à la collaboration de madame Céline Lafrance, conseillère en communication. Le comité souligne l'implication importante de madame Lafrance dans le dossier du respect de la confidentialité. Avant même l'idée du sondage, elle sensibilisait déjà tous les intervenants de l'organisation à ce sujet dans les outils de communication du CSSS des Îles. De plus, elle a été une collaboratrice de premier plan pour le suivi du sondage, sa promotion et sa diffusion.

Encore une fois les membres du comité sont allés rencontrer les étudiants du cours d'éthique du CÉGEP en procédant à une simulation d'étude de cas. Cet automne l'activité a eu lieu le 22 novembre 2012. Cette activité demeure un incontournable et est très stimulante. Une autre est planifiée pour le 16 avril 2013.

Depuis l'ouverture du Centre d'hébergement Eudore-LaBrie, madame Lucie Patton peut participer aux activités du comité. Les membres du comité sont bien heureux de ce dénouement.

D'un autre côté, le comité a perdu deux membres très appréciés qui ont donné plusieurs années d'implication pour la cause de l'éthique. Il s'agit de madame Marguerite Cyr et de monsieur Hughes Poirier. Les membres du comité tiennent à remercier sincèrement madame Cyr et monsieur Poirier pour leur dévouement et leur professionnalisme.

Membres actuels

Une invitation sera lancée dans *La Source* afin de solliciter des gens à déposer leur candidature, si l'un des postes vacants (4) les intéresse.

Membres du comité d'éthique		
	Secteur d'activité représenté	**Fin du mandat**
Poste vacant	Médecine	
Jeanne Poirier	Public	1er avril 2013
Philippe Simon Laplante	Administration	1er avril 2013
David Thériault	Philosophie	1er avril 2014
René Jomphe	Pastorale	1er avril 2013
Julie Fowler	Soins infirmiers	1er avril 2014
Poste vacant	Interventions psychosociales	
Lucie Patton	Soins infirmiers longue durée	1er avril 2014
Manon Dubé	Droit	1er avril 2014

Actions à venir en 2012-2013

- Continuer l'analyse des cas soumis.
- Développer des outils pour mieux se faire connaître au sein du CSSS des Îles et de la population en général.
- Organiser des activités qui répondent aux besoins exprimés dans le sondage sur la confidentialité.
- Améliorer les connaissances des membres du comité.
- Poursuivre les activités avec le CÉGEP des Îles.
- Obtenir un financement récurrent pour les activités du comité.
- Obtenir une couverture en responsabilité civile du comité et de ses membres.
- Prévoir la possibilité d'organiser de nouveau une activité de ressourcement et de formation pour le comité d'éthique ou pour les différents intervenants.

Manon Dubé,
Présidente du comité éthique
31 mars 2013

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Les membres

Le conseil multidisciplinaire des Îles regroupe environ 105 membres impliqués dans 26 champs d'expertise de niveau professionnel et technique.

Les objectifs de l'année 2012-2013

- Faire connaître le Conseil multidisciplinaire aux différents professionnels et techniciens du CSSS des Îles par l'entremise des chefs de services ou de programmes ainsi qu'aux nouveaux employés avec la pochette d'accueil.
- Mettre en place un exécutif représentatif des différents points de services

Comité exécutif

Un seul candidat accepte la mise en candidature : Sandrine Chiasson

Comités de travail

Aucune démarche d'avis

Conclusion

Cette année, les membres de l'exécutif se sont rendus disponibles afin de présenter le conseil multidisciplinaire lors de différentes rencontres d'équipe sur invitation du chef de services ou de programmes. Une seule invitation leur a été transmise à cet effet.

Le manque de temps est la principale raison mentionnée expliquant le peu de participation à l'exécutif.

Une prochaine tentative sera faite en septembre 2013 afin de nommer un exécutif représentatif des différents points de services et élaborer un plan d'action. Notons qu'un projet d'organisation du travail psychosocial a été accepté par le Ministère et pourra susciter la mise en place de comités de pairs travaillant sur des objectifs concrets.

Lucie Ouellet, DSMPS-CRDITED