Centre de santé et de services sociaux
des Îles

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014-2015

Adopté le 30 juin 2015

Remerciements

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

Yvette Fortier, directrice générale et directrice par intérim des services professionnels
Pierre Arsenault, directeur du soutien à l'autonomie des personnes âgées, de l'hébergement, de la déficience physique et des services hospitaliers
Johanne Cantin, directrice des soins infirmiers et programmes
Claude Cyr, directeur des services administratifs
Philippe Simon Laplante, directeur des ressources humaines

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

Sandra Chiasson, présidente par intérim du conseil des infirmières et des infirmiers
Manon Dubé, présidente du comité d'éthique
Marie-Michelle Cyr, coordonnatrice de la Fondation Santé de l'Archipel
Nancy Leblanc, présidente du comité des usagers
Dr Jean-François Noël, président du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens
Louise Samson, présidente du conseil multidisciplinaire

CSSS des Îles - Dépôt légal – 2e trimestre 2015
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 978-2-924089-08-8 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-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 7

PORTRAIT DE SANTE DE LA POPULATION 8

ORGANIGRAMME 10

LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT 11

- VISITE D'AGRÉMENT 11
- SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 13
- GESTION DES RISQUES 13
- DIRECTION DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ADULTES, DU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME ET SERVICES MULTIPROGRAMMES (DSAPA-CRDITSA ET SERVICES MULTI PROGRAMMES) 17
- SANTÉ PUBLIQUE 24
- DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DIRECTION SANTÉ PHYSIQUE (DSI) 25
- DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS 32
- DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES (DRH) 37
- DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS (DSA) 40

ATTESTATION DES AUDITEURS 43

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2014 51

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION 69

ENTENTE DE GESTION 2014-2015 70

CONSEIL D'ADMINISTRATION 74

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET CONSEILS PROFESSIONNELS 74

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 75

ANNEXES 95

- CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS 95
- CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII) 100
- COMITÉ DES USAGERS 104
- COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 107
- MÉDECIN EXAMINATEUR 112
- COMITÉ DE RÉVISION 113
- COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ 113
- COMITÉ D'ÉTHIQUE 114
- CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM) 116

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Au ministre de la Santé et des Services sociaux, à la clientèle et à la population desservie par le Centre de santé et de services sociaux des Îles

L'année financière 2014-2015 s'est terminée le 31 mars 2015. Avec la fin de l'année, le conseil d'administration et le CSSS des Îles ont cessé leurs activités. Le CISSS des Îles prend la relève.

Au cours de l'année, deux sujets principaux ont retenu notre attention : la visite d'Agrément et un second plan de redressement budgétaire (PRB). Le CSSS des Îles a obtenu l'Agrément pour quatre (4) ans avec des redditions de comptes à trois (3) dates fixes : 17 novembre 2014, 31 janvier 2015 et 17 novembre 2015. Cette certification a permis la reconnaissance de nos bons coups à tous les niveaux de l'organisation. Nous venons de prendre le virage de l'amélioration continue. À partir du plan de redressement budgétaire 2013-2015, nous avons déposé un nouveau plan soutenu. La mesure la plus importante est l'assurance salaire. Nous sommes persuadés de l'atteindre et de la maintenir au fil des années.

Nous avons révisé le plan d'organisation et l'organigramme.

Dans le cadre de la loi 10, nous avons été nommés un CISSS avec le maintien de nos quatre (4) missions. C'est la reconnaissance de notre particularité en milieu insulaire. Nous remercions le ministre de son écoute. Dans le même cadre, la directrice générale a été reconduite dans le rôle de présidente-directrice générale, ce qui permet une continuité des travaux entrepris.

Nous remercions le personnel clinique et de soutien pour leur implication quotidienne.

Nous remercions l'équipe médicale pour sa participation à la cogestion et sa prestation de services professionnels.

Nous remercions les membres du comité de direction et les gestionnaires pour leur capacité d'adaptation aux changements et aux bonnes pratiques.

Nous remercions le conseil d'administration qui a été présent et nous a soutenus tout au long de la dernière année.

Nous remercions les partenaires de notre réseau local, le Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de santé et services sociaux Gaspésie - les Îles de leur appui.

Yvette Fortier
Présidente-directrice générale

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

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 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 2015.

Yvette Fortier
Présidente-directrice générale

Le CSSS des Îles en bref

Budget d'exploitation de 43 861 658 M$

445 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 : 12 619 personnes (Institut de la statistique Québec 2013)

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

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 du spectre de l'autisme : CRDITSA)

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 les résultats de la dernière année du plan. Globalement, les objectifs ont été atteints ou en cours de réalisation. Le lecteur y trouvera plus de détails dans le rapport de chaque direction.

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

- Formation sur le développement social le 9 octobre 2014 destinée aux gestionnaires.
- Participation de la direction générale au premier forum Horizon 2025 pour l'agglomération des Îles-de-la-Madeleine.
- Participation au comité développement social du territoire et support au projet MADA.

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

- Au 31 mars 2015, 71 % de la population est desservie au GMF.
- Intensification du nombre d'usagers desservis en SAPA et du nombre d'interventions. Développement de l'offre de soutien à domicile pour les soins palliatifs par l'ajout de ressources infirmières.
- Cinq composantes sur six sont implantées à plus de 80 %, dont deux, à 100 %. Le plan d'action locale a été révisé. Composantes « soutien » et « gouvernance » de l'approche adaptée aux personnes âgées implantées à 100 %. Les quatre autres sont en cours (formation, algorithme de soins cliniques, intervention et évaluation).
- Durée moyenne de séjour à l'urgence des personnes de 75 ans et plus a connu une légère augmentation passant de 11.3 à 12.5.
- L'offre de service en santé mentale a poursuivi ses travaux afin de prendre le virage 1re ligne. Les services psychosociaux, la consultation externe de psychiatrie et le module de psychiatrie travaillent à moderniser l'offre de service, les rôles et responsabilités des intervenants dans le but de maintenir une liste d'attente acceptable dans ce secteur. Le projet de réorganisation du travail a pris fin en février 2015.
- Le taux moyen d'utilisation des services d'urgence par la clientèle santé mentale a connu une légère baisse passant de 30 en 2013-2014 à 27. Toutefois, la DMS a connu une légère hausse passant d'une moyenne de 11, à 12,7 en 2014-2015. Cette augmentation s'explique par la non-disponibilité de lits d'hospitalisation.
- Pour le programme négligence pour les jeunes en difficulté le nom retenu est *Destination Famille* et les activités de groupe se poursuivent depuis son implantation en 2013.

- En DITED et déficience physique (DP), le plan de reconfiguration des places en hébergement est en cours.
- Soutien à l'implantation d'un point de service TCC/AVC aux Îles.
- Maintien des taux de réponse aux premiers services pour la clientèle DP DITED dans les délais exigés par le plan d'accès. La cible était de 90 % et nous atteignons 100 %.
- Travaux importants pour rétablir l'Option-Répit destiné aux proches aidants ayant un enfant avec un handicap DI-TED et DP.

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

- Mise à jour de plusieurs outils de surveillance et de gestion en prévention des infections
- Mise à jour du protocole de la téléthrombolyse en phase aigüe de l'AVC ischémique
- Projet d'optimisation des processus en soins de courte durée
- Consolidation des activités réalisées en dyade pour les soins infirmiers.
- Projet d'optimisation des processus au bloc opératoire et activités ambulatoires spécialisées à l'aide d'un Kaizen.
- Visite d'Agrément en juin 2014. Certification obtenue pour quatre (4) ans. Nomination de champions qualité dans chaque direction pour assurer le développement d'une culture d'amélioration continue.
- Formation LEAN à tous les gestionnaires avec codéveloppement.
- Mise sur pied de rencontres bisannuelles sur la gestion stratégique intégrée des risques en présence des conseils, gestion des risques, commissaire aux plaintes, comité des usagers, directeurs. Accent sur la qualité et sécurité des soins. Rencontre animée par la direction générale.

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

- Plan stratégique de développement RH 2012-2015 en cours de réalisation.
    - Mise à jour du plan de main d'œuvre faite.
    - Mise en œuvre des plans d'action sur l'amélioration du climat de travail à la suite du sondage réalisé au cours de l'année antérieure.
    - Mise en œuvre de l'optimisation du processus de gestion de la liste de rappel.
    - Plan de formation mis en œuvre : Notamment, formation Oméga, PDSB, trouble grave du comportement (TGC), mesures de contention, leadership infirmier.
- Cinq approches participatives avec des projets d'organisation du travail (POT) réalisées.
- Objectifs atteints en ce qui concerne le temps travaillé en heures supplémentaires (infirmières : 3,35 %, autres catégories : 2,36 %), sauf pour le recours à la main-d'œuvre indépendante en inhalothérapie et à la pharmacie, le taux global est par contre de 0, 25 %. La gestion de la présence au travail a été déficiente. Le résultat est de 8,92 % et nous n'avons pas atteint notre cible de 5 %. Les efforts nécessaires se poursuivent afin de retrouver les résultats de 2012-2013.

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

- Projet de réapprovisionnement à l'unité de soins critiques.
- Projet de rénovation majeure pour les activités de stérilisation en évaluation.
- Tableau de bord avec des données financières utilisé tout au cours de l'année et ajout des indicateurs cliniques de plus en plus précis et variés.
- Analyse des DF de la région 11. Le CSSS des îles démontre une performance importante en comparaison avec ses pairs.
- Travaux de déploiement du DME, DSQ.
- Plan d'organisation administratif révisé automne 2014.

NOTRE FONDATION

Fondation Santé de l'Archipel

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 CISSS des Îles d'équipements médicaux et de soins infirmiers à la fine pointe du confort, de la sécurité et de la technologie. Depuis le tout début des activités de financement de la Fondation, plus de 2 000 000 $ ont été amassés.

Conseil d'administration

Le conseil d'administration de la Fondation a tenu neuf rencontres ordinaires et une rencontre extraordinaire durant l'année financière 2014-2015. Au 31 mars 2015, les membres du conseil d'administration sont : Lise Leclerc (présidente), Jean-Yves Lapierre (vice-président), Lucille Tremblay (trésorière), Aïda-Dina St-Laurent (secrétaire), Yvette Fortier (DG du CSSS des Îles), Luc Miousse, Jérôme Aucoin, Lorraine Hainault, Simon Lajeunesse et Donald Vigneau.

Argent reçu

L'Équipée Santé (porte-à-porte) de novembre 2014 a permis d'amasser 31 963 $, incluant 7 077 $ provenant de la campagne interne auprès des employés.

Ce montant a été réparti comme suit :

- Achat de deux fauteuils autobloquants pour les chambres des naissances.
- Achat d'une balançoire vestibulaire à effet calmant pour le CRDITSA.
- Achat d'un microscope ORL (en partie payé par la Fondation).

La Fondation a organisé une dégustation prestige en octobre 2014 qui a rapporté plus de 35 000 $ de profit, et dont 25 000 $ seront investis dans la campagne de radiologie du CISSS, pour laquelle la Fondation s'est engagée à contribuer à la hauteur de 50 000 $ sur trois ans.

Voici les principaux achats réalisés par la Fondation au cours de l'année financière 2014-2015 :

- Achat d'une table d'examen manuelle pour l'infirmière pivot en oncologie.
- Don ciblé par la Caisse populaire Desjardins des Ramées, la Caisse populaire de Fatima et Desjardins Sécurité financière permettant l'achat d'un appareil à signes vitaux pour l'infirmière pivot en oncologie.
- Dons ciblés pour le Pavillon Eudore-LaBrie (dons en mémoire) permettant l'achat d'un vélo stationnaire, d'un jeu de quilles, d'un jeu de balles, d'un chien en peluche, d'un coussin gel, tactile et visuel, et d'un tableau magnétique sur support roulant.
- Don ciblé personnel qui a permis l'achat d'un fauteuil, d'un fauteuil-lit, d'une radio CD et de cinq CD de musique pour les soins palliatifs.
- Don ciblé Télébec de 5 000 $ et don ciblé de la Fondation du Centre jeunesse Gaspésie les Îles de 1 600 $ pour permettre l'intégration des enfants en difficulté au terrain de jeux.
- Achat d'un vidéolaryngoscope.
- Don ciblé d'Opération Enfant Soleil (OES) en 2014 de 14 050 $: deux Neopuff, une attache tige soluté, un circuit echauff/humdif pour Neo puff, quatre ensembles cathéter et accessoires pour cathéter, un mannequin bébé, une chambre multisensorielle comprenant : un *Baghouse swing*, un *vibrating slipper*, un *sensory intégration sctruture matting set*, un *vibro music cushion* et un *starter sensory system*. Aussi, OES a versé 1 142 $ via le Regroupement Loisirs des Îles, pour l'achat d'une variété de jeux de plage et de terrain de jeux (football, parachute à main, tennis, basketball), ainsi que trois parasols et un équipement de natation en mer. Enfin, OES a attribué 9 600 $ au Fonds d'entraide l'Envol pour l'année 2014.

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'avaient 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 % ont 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 qui reçoivent 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.

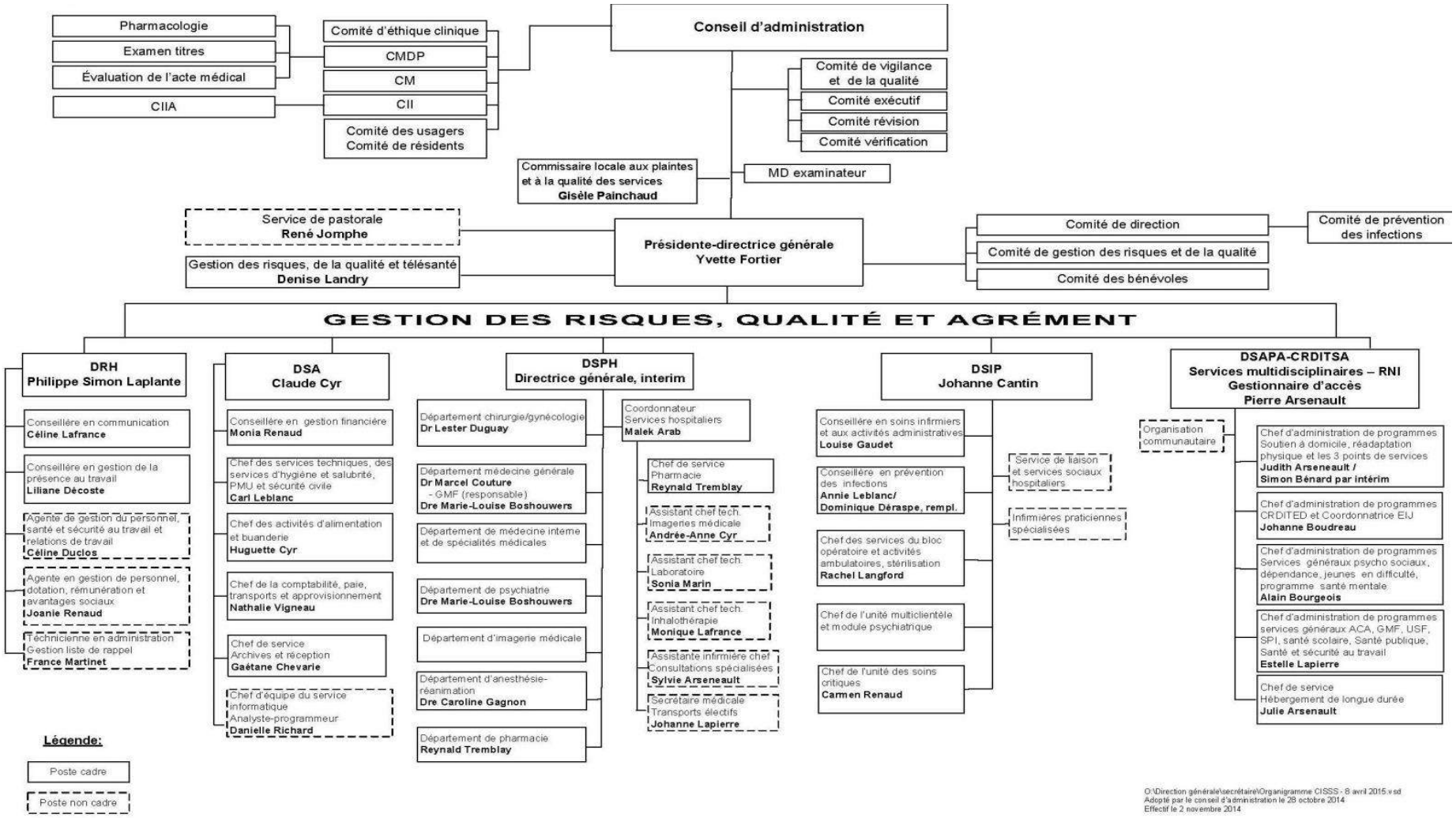
Des éléments préoccupants demeurent…

- 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

VISITE D'AGRÉMENT

Visite d'agrément du 2 au 5 juin 2014, sous le programme conjoint du CQA et Agrément Canada.

Résultats

- Type d'agrément obtenu : Agréé
- Taux de conformité : 86 %

ENSEMBLE DES NORMES			
CONFORMITÉ	NON-CONFORMITÉ	SANS OBJET	TOTAL
2 261	297	72	2 630

Amélioration des résultats comparativement à la dernière visite de 2011

- 2008-2011: 82% de conformité
- 2011-2014: 86% de conformité

Points forts

- Approche centrée sur la clientèle
- Approche populationnelle
- Gouvernance engagée et sensible aux besoins de la population, de la clientèle et des intervenants
- Équipe médicale impliquée et collaboratrice
- Environnement physique (salubrité, équipement)

Points d'amélioration

- Approche de gestion intégrée des risques et de la qualité
- Performance clinique (culture de la mesure)
- Plan de mesures d'urgence (actualisation)
- Documentation (mise à jour, données probantes)
- Pratiques organisationnelles requises

Mesures de suivi

- Plan d'amélioration continue de la qualité
  - Mise en œuvre du plan d'amélioration prescrit avec le dépôt des preuves, le 17 novembre 2014, de 43 critères sur les pratiques organisationnelles requises (POR)
    - Résultats obtenus : 33 critères jugés conformes.

- Nomination d'un champion qualité par direction pour assurer le suivi du plan d'amélioration
- Poursuite des travaux sur les POR et les normes sur l'excellence des services
  - Dépôt des preuves de 72 critères, prévu le 17 novembre 2015.

Sondage du CQA sur la mobilisation du personnel et des médecins

Sondage réalisé auprès du personnel et des médecins, du 11 novembre au 16 décembre 2014

Résultats

- taux de réponse obtenu : 47%
- les résultats de l'établissement sont jugés satisfaisants, car il y a présence d'au moins cinq (5) indicateurs arborant un code couleur jaune et une cote de 66,7% du taux de satisfaction.

COMPARAISON ENTRE LE DEGRÉ DE MOBILISATION DU PERSONNEL DU CSSS DES ÎLES ET CELUI OBSERVÉ DANS D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE TAILLE SIMILAIRE

INDICATEURS	CSSS DES ÎLES NOMBRE : 224			AUTRES ÉTABLISSEMENTS NOMBRE : 2 870			CODE DE COULEUR COMPARAISON
	Résultats en %	Limite du résultat		Résultats en %	Limite du résultat		
		Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure	
Réalisationj	**77**	75	79	**77**	72	81	Jaune
Implication	**76**	74	78	**77**	72	82	Jaune
Collaboration	**77**	75	79	**78**	72	83	Jaune
Soutien	**66**	63	68	**70**	62	76	Jaune
Communication	**66**	63	68	**68**	60	75	Jaune
Leadership organisationnel	**57**	54	59	**63**	52	71	Jaune
Leadership du gestionnaire	**73**	71	76	**77**	70	82	Jaune
Sécurité et environnement de travail	**71**	69	73	**69**	63	74	Jaune

Mesures de suivi

- Mise en place de stratégies pour améliorer les indicateurs suivants
  - Leadership organisationnel
  - soutien

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Dans la démarche d'appréciation de la satisfaction de la clientèle, les usagers donnent leur opinion sur des aspects spécifiques sur les services reçus. Près d'une centaine de questionnaires remplis par la clientèle ont été analysés en 2014-2015 provenant principalement de l'urgence, de l'unité d'un jour, de la clinique de préadmission, des consultations spécialisées, de l'UMC et du CLSC de Cap-aux-Meules. L'approche humaniste du personnel est grandement appréciée. Cependant, la dimension de la confidentialité s'avère un élément à améliorer.

Pour améliorer l'expérience client, le système de rendez-vous a été complètement réaménagé et le centre des prélèvements a été réorganisé. Une importante campagne de sensibilisation sur la confidentialité a été faite en collaboration avec le secteur des archives et le comité d'éthique.

GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques (CGR) a tenu 3 réunions. Un nouveau membre représentant le CMDP s'est joint au comité.

Activités :

- Mise à jour des quatre politiques sur la gestion des risques
  - Processus de consultation auprès des gestionnaires et instances consultatives.
  - Révision des quatre politiques et intégration dans un seul document intitulé la gestion des risques (A-118), lequel inclut trois (3) procédures et deux (2) annexes dont celle sur la divulgation.
  - Diffusion de la politique à travers l'organisation par les différents comités.

- Élaboration d'une politique sur la gestion intégrée de risques
  - Consultations auprès des instances consultatives.

- Révision du règlement numéro 27 du conseil d'administration sur la divulgation de l'information à un usager, sa famille ou son représentant à la suite d'un accident
  - Consultation auprès des instances consultatives, puis adoption par le CA.

- Révision des règles de fonctionnement du comité de gestion des risques. Le comité a recentré son rôle en alimentant davantage le CA sur les situations à risque et la sécurité des soins. Suite à des analyses plus structurées, assure le suivi de ses recommandations.

- Choix du sujet de la prochaine analyse prospective sur le processus de nettoyage entre les cas à la salle d'opération.

- Participation à la *Semaine nationale de la sécurité des patients* de l'ICSP du 27 au 31 octobre 2014
  - Promotion de la pratique organisationnelle requise (POR) sur les deux identificateurs de l`usager;
  - Distribution à travers l'organisation d'affiches, d'aide-mémoires et de collants;
  - Rappels diffusés à travers l'établissement sur la procédure à suivre pour procéder à l'identification de l'usager;
  - Audits dans neuf (9) secteurs d'activités;

- Diffusion des résultats dans les équipes et inscription sur le portail d'*Agrément Canada.*

- Suivi et implication dans le plan d'action sur l'application des mesures de contrôle
  - Mise en place d'un processus d'analyse des rapports d'incidents et accidents menant à des actions concrètes de résolution de problèmes à la source;
  - Amélioration du contenu des rapports du CGR pour les rendre plus précis, en indiquant les éléments à risque à la suite des analyses des récurrences des événements;
  - Participation au comité de vigie multidisciplinaire sur l'utilisation des mesures de contrôle.

- Recommandations au conseil d'administration
  - S'assurer de l'application des règles obligatoires entourant l'administration des médicaments à haut risque, dont la double vérification indépendante.
  - Indiquer sur les ordonnances médicales individuelles standardisées préimprimées (OMISP) les instructions au personnel clinique à l'effet d'informer le médecin du résultat de l'évaluation de l'usager à la suite d'un traitement ou un changement de la condition physique ou mentale de l'usager.

- Suivi de l'avancement des travaux des sous-comités mis en place pour les risques suivants :
  - Pour les erreurs de médicaments : mise en place de numériseurs sur les départements pour toujours conserver la feuille de prescription au dossier de l'usager et favoriser la transmission rapide des prescriptions médicales à la pharmacie.
  - Prévention des infections : suivi des taux d'infection et des rapports d'éclosions.
  - Comportement agressif de la clientèle (CHSLD) : participation au comité de vigie multidisciplinaire.

Autres activités

- Implantation du nouveau formulaire de déclaration AH-223 à travers l'organisation.
- Présentation des rapports trimestriels aux membres du conseil d'administration et au Comité de vigilance et de la qualité. Diffusion des statistiques sommaires au personnel via le journal interne *La Source.*
- Suivi du tableau de bord des événements déclarés, particulièrement pour les événements sentinelles et les rapports d'analyses approfondies. Diffusion des recommandations aux instances concernées.
- Compilation des données sur les incidents et accidents déclarés dans le registre local et transfert des informations dans le registre national.
- Rédaction d'une chronique régulière sur la gestion des risques dans le bulletin interne *La Source* et de différents rappels dans le feuillet d'information *L'Express.*
- Participation aux activités en lien avec les normes d'agrément et les pratiques organisationnelles requises en matière de sécurité des patients.
- La direction générale a instauré un comité stratégique de gestion des risques interdisciplinaire afin de communiquer les enjeux de qualité et de sécurité des soins et d'échanger sur les solutions à venir. Y participent l'exécutif des conseils, la responsable de la gestion des risques, commissaire aux plaintes, responsable du comité des usagers, les directeurs. Une première rencontre a eu lieu le 30 mars 2015.

Statistiques pour l'année 2014-2015

- 716 déclarations d'événements indésirables provenant de 22 secteurs d'activités différents comparativement à 767 en 2013-2014. Ceci peut être expliqué par une diminution des déclarations en lien avec des comportements agressifs manifestés par les usagers à l'unité de psychogériatrie qui est passé de 112 à 58 déclarations.
- La médication (32%) et les chutes (31%) demeurent les deux catégories regroupant le plus grand nombre d'événements déclarés.
- Selon l'échelle de gravité :
  - 19,5%sont des événements classés comme des incidents (gravité A et B).
  - 79 % sont des accidents sans conséquence ou qui ont nécessité une surveillance ou un traitement non spécialisé (gravité C à E1).
  - 1,5 % sont des événements qui ont nécessité des soins spécialisés avec ou sans prolongation d'hospitalisation dont les conséquences pour un de ces événements auraient précipité le décès imminent d'un usager. Ces événements ont fait l'objet d'analyses approfondies à la suite desquelles des mesures correctives et la divulgation à l'usager ou à ses proches ont été appliquées (gravité E2 à I).
  - Les catégories impliquant des d'événements E2 et plus sont réparties de la façon suivante :

    E2 : chutes, médicaments (insuline et coumadin), traitement (cathéter intermittent et administration d'oxygène), effet personnel (prothèse), matériel (cathéter épidural).

    G : chute (fracture et chirurgie).

    I : traitement (administration d'oxygène).

ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES											
CATÉGORIE D'ÉVÉNEMENT	NIVEAU DE GRAVITÉ										
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	TOTAL
Chute	1	3	116	76	26	2		1			**225**
Diète			2	2	1						**5**
Médicament	9	81	113	26	1	2					**232**
Traitement		3	11	8	3	2				1	**28**
Imagerie diagnostique	1	1									**2**
Laboratoire		3	49	3							**55**
D-RDM	1	1	2	1							**5**
Bâtiment	1		1								**2**
Effet personnel			4	1		2					**7**
Équipement	2	18	1		1						**22**
Matériel	6	2	9	1		1					**19**
Agression	2	1	48	1	6						**58**
Autre	4	5	15	8	24						**56**
Total	**27**	**118**	**371**	**127**	**62**	**9**	**0**	**1**	**0**	**1**	**716**

- Formation en matière de sécurité
    - Formation en obstétrique sur les nouveaux outils d'encadrement clinique
    - PDSB pour la prévention des chutes
    - Formation spécialisée pour la clientèle TGC pour le personnel ciblé
    - OMÉGA (plusieurs groupes).

Comité des pratiques professionnelles interdisciplinaires

Le comité des pratiques professionnelles interdisciplinaires (CPPI) a tenu cinq réunions. Un nouveau membre représentant les pharmaciens s'est joint au comité.

Au cours de l'année 2014-2015, ce comité a procédé à la révision et a assuré la consultation des ordonnances et protocoles auprès du CECII et du comité de pharmacologie pour ensuite les faire adopter par le CECMDP et finalement en assurer la diffusion. Il s'agit de :

Ordonnances collectives

- INESSS (anticoagulothérapie, diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle)
- Initiation d'un traitement pour six semaines afin d'atténuer les symptômes de sevrage à la nicotine
- Application des algorithmes cliniques à l'accueil clinique
- Demande au CMDP du retrait de l'ordonnance collective sur le traitement de l'anaphylaxie secondaire à l'administration d'un médicament ou d'un vaccin.

Ordonnances médicales individuelles standardisées préimprimées (OMISP)

- soins critiques (syndrome coronarien aigu, ténectéplase, tirofiban)
- analgésie IV contrôlée par le patient (ACP)
- obstétrique (nombre = 6)
- psychiatrie (nombre = 6)

Protocoles

- obstétriques (ocytocine)
- INESSS (anticoagulothérapie, diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle)
- Héparine IV en cardiologie

Autres

- Révision de la liste des abréviations, symboles et inscriptions numériques dangereux à ne pas utiliser, adoption par le CMDP et diffusion.
- Avis du comité sur une activité interprofessionnelle pour une demande d'ordonnance collective se rapportant au retrait des cathéters périduraux par des infirmières pour la clientèle d'obstétrique.

DIRECTION DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ADULTES, DU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME ET SERVICES MULTIPROGRAMMES (DSAPA-CRDITSA ET SERVICES MULTI PROGRAMMES)

La direction SAPA-CRDITSA et services multiprogrammes est responsable de différents programmes au service des clients du CLSC, du CRDITSA et du Centre d'hébergement Eudore-LaBrie. Elle voit à ce que l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services offerts à la clientèle soient assurées par ses équipes ou ses partenaires prestataires de services. Voici un aperçu des activités réalisées dans les différents programmes au cours de la dernière année.

Soutien à l'autonomie des personnes adultes

En lien avec les orientations ministérielles « Chez soi : le premier choix », la direction du soutien à l'autonomie des personnes adultes déploie beaucoup d'effort pour que les personnes âgées (PA), les personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) vivent le plus longtemps possible dans leur milieu naturel.

SOINS À DOMICILE - VOLUME DES ACTIVITÉS – INTERVENTIONS/USAGERS POURCENTAGE D'AUGMENTATION				
	2013-2014		**2014-2015**	
	Usagers	**Interventions**	**Usagers**	**Interventions**
Soins infirmiers	445	10 356	445	10 718
			0 %	3.5 %
Inhalothérapie	71	476	67	426
			-5.6 %	-10.5 %
Auxiliaires familiales	130	7 297	102	6 223
			-21.5 %	-14.7 %
Services achetés	49	20 073	71	22 621
			44.9 %	12.7 %
Services psychosociaux	354	3 160	382	3 589
			14,6 %	7.9 %
Ergothérapie	90	328	108	409
			20.0 %	24.7 %
Physiothérapie	86	255	104	315
			20.9 %	23.5 %
Centre de jour	91	158	68	137
			-25.3 %	-13.3 %
TOTAL (usagers différents)	**600**	**41 947**	**603**	**44 170**
			0.5 %	**5.3 %**

L'adaptation du réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA) s'avère à lui seul un enjeu majeur pour le milieu, car l'Archipel fait face à un vieillissement accéléré de sa population. Alors qu'en 2006, 15,4% de la population était âgée de plus de 65 ans, aujourd'hui elle atteint 22,7%. Les perspectives démographiques nous démontrent que cette tendance ne fera que s'accentuer. En 2031, quatre personnes sur dix auront plus de 65 ans. Le repérage, l'évaluation, l'identification des besoins, le plan d'intervention, le choix des services, les ententes avec les prestataires, la prestation de services et l'évaluation de la satisfaction de l'usager sont autant d'éléments qui assurent la qualité et la sécurité des services offerts à cette clientèle âgée.

Activités réalisées au cours de l'année 2014-2015

- Déploiement des différentes composantes du réseau de services intégrés aux personnes âgées à 74.46%, la cible visée dans l'entente de gestion était de 70%.
- Formation des intervenants sur l'utilisation de nouveaux outils cliniques et administratifs permettant l'évaluation de la clientèle, selon le système de mesure ISO-SMAF.
- Évaluation de l'ensemble de la clientèle DP-DITSA et PA visée par le MSSS et élaboration des plans d'intervention interdisciplinaires avec la participation de l'usager (client partenaire).
- Développement du rôle de gestionnaire de cas pour faire l'arrimage des services offerts entre les différents partenaires du réseau.
- Formation de deux formateurs en établissement pour contrer la maltraitance envers les aînés.
- Embauche d'un chef de service par intérim au soutien à domicile pour combler le poste temporairement dépourvu de son titulaire.
- Relocalisation de l'équipe d'auxiliaires familiales et de santé dans un local à proximité du prêt d'équipements pour soutien à domicile.
- Mise en place d'un système double-bacs pour simplifier le processus de réapprovisionnement des fournitures pour les soins infirmiers à domicile.
- Préparation des activités en lien avec le programme intégré d'équilibre dynamique pour prévenir les chutes chez les personnes âgées.

L'Hébergement institutionnel et non institutionnel

Le nombre de jours présences au Centre d'hébergement Eudore-LaBrie s'est élevé à 22 926, comparativement à 22 613 l'année dernière. Le taux d'occupation est donc passé de 96.8% à 98.1%. Depuis l'intensification des services à domicile, le CSSS des Îles ne gère pratiquement plus de liste d'attente pour le CHSLD, malgré le fait qu'environ 25% des personnes admises en institution ne satisfaisaient pas les critères d'accès émis par le MSSS.

Le réseau d'hébergement en amont, soit les ressources non institutionnelles (RNI) et les résidences pour aînés (RPA), ne permet pas de répondre aux besoins des personnes âgées ayant des pathologies complexes. Pour cette raison, la consolidation du réseau d'hébergement pour les personnes âgées entre le domicile et le CHSLD est devenue une priorité, tant pour le CSSS des Îles que la communauté en général.

Activités réalisées au cours de la dernière année

Centre d'hébergement Eudore-LaBrie

- Consolidation des activités de l'unité psychogériatrique par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action visant l'amélioration des services offerts.
- Dispensation de plusieurs formations pour le personnel (les soins en fin de vie, les troubles graves du comportement et l'utilisation des mesures de contrôle).
- Embauche d'une nouvelle chef de service en CHSLD.
- Relance des activités du comité des résidents et du comité milieu de vie.
- Aménagement des lieux de l'Aile A et B dans une approche milieu de vie afin de les rendre plus chaleureux.

Ressources non institutionnelles

Cessation des activités de trois ressources de type familial situées dans les résidences du Foyer du lien, dont l'une était pour personnes âgées atteintes au niveau cognitif et les deux autres étaient en déficience intellectuelle.

- Recrutement de trois nouvelles responsables de ressources d'hébergement dans les mêmes résidences du Foyer du lien, sans coupure de services pour les résidents.
- Consolidation des services professionnels dans la ressource intermédiaire spécialisée.
- Formation des responsables de ressources non institutionnelles (Accueil et intégration d'un nouveau résident, RCR).
- Changement d'Association représentative des ressources de type familial du territoire madelinot. Les RNI ont quitté la RESSAQ pour se joindre à l'ADRAQ.

Services psychosociaux généraux

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

- Offres de service *Jeunes en difficulté* et *Services généraux* écrites.
- Participation au comité régional sur la révision des ententes de collaboration avec le Centre jeunesse et l'Agence.
- Reconduction de l'entente de service avec l'organisme *L'Embellie,* dans le cadre des suivis SIPPE et du programme *Destination Famille*.
- Consolidation des interventions de groupe dans le cadre du programme *Destination Famille*.
- Reconduction des ententes de collaboration avec les Centres de la petite Enfance.
- Consolidation des suivis pour les jeunes requérant une intervention de 2e ligne et de 3e ligne en santé mentale avec l'équipe régionale en pédopsychiatrie.
- Soutien à la réalisation du plan d'action 2011-2015 du groupe persévérance scolaire (GPS).
- Traitement de plusieurs dossiers dans le cadre de l'équipe d'intervention Jeunesse (EIJ) favorisant l'utilisation systématique 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. Neuf situations ont retenu l'attention des membres de l'équipe, dont 3 nouvelles demandes : 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. L'équipe d'intervention jeunesse s'est rencontrée aussi pour neuf discussions cliniques afin d'augmenter la qualité de réponse à la demande d'intervention.

Services généraux, cliniques et d'aide, Santé parentale et infantile, Santé scolaire

- Cibles dépassées pour la vaccination bébé (cible 2015 : 85 %, résultats obtenus : 97,4 %).
- Cliniques pédiatriques en SPI (santé parentale infantile), en collaboration avec les médecins et l'IPS (infirmière praticienne spécialisée) en continu. Maintien des suivis pour la clientèle 3 ans (relance 3 ans) pour évaluation du développement.
- Renouvellement de l'entente avec le *Regroupement en allaitement maternel SeinPathique*
- Augmentation du taux d'allaitement exclusif parmi les bébés allaités,
- Maintien du suivi de grossesse dans le programme SPI (santé parentale infantile) optimisant le continuum de services.
- Mise à jour des cours prénataux et intégration dans le programme SPI favorisant un meilleur suivi des femmes enceintes et une meilleure diffusion d'information (continuité de services dès l'annonce de la grossesse jusqu'à l'accouchement et le suivi du développement de l'enfant jusqu'à l'âge de 5 ans).
- Implication de l'organisme *Hommes et Gars* dans les cours prénataux pour favoriser l'implication du père à la venue d'un enfant.
- Jumelage des programmes OLO et SIPPE afin de favoriser un meilleur suivi des clientèles vulnérables.
- Rencontres régulières du Comité de consultation Périnatalité et Petite enfance (CCPPE) et du sous-comité allaitement. Plan d'action annuel déposé.
- Formation à tous les paliers de l'organisation sur l'allaitement, tel que prévu dans le cadre d'*Amis des bébés*.
- Participation des infirmières scolaires au comité *Saines habitudes de vie en milieu scolaire*.
- Révision annuelle de la programmation scolaire en soins infirmiers en lien avec les Standards de pratique de l'Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec.

VOLUME DES ACTIVITÉS – INTERVENTIONS/USAGERS		
	2013-2014	**2014-2015**
SERVICES GÉNÉRAUX		
Santé parentale infantile	440 usagers 1 852 interventions	430 usagers 1 890 interventions
Services psychosociaux	537 usagers 1 788 interventions	483 usagers 1 777 interventions
Psychologie Services généraux	53 usagers 225 interventions	59 usagers 278 interventions
Orthophonie enfant	47 usagers 338 interventions	54 usagers 337 interventions
Nutrition	174 usagers 322 interventions	178 usagers 329 interventions
JEUNES EN DIFFICULTÉ		
Jeunes en difficulté	89 usagers 914 interventions	96 usagers 1 029 interventions

Programme dépendance 1re ligne

- Soutien au comité de prévention en toxicomanie et autres dépendances. Suivi du plan d'action.

Services cliniques

Services courants GMF

- Maintien de la clinique d'anticoagulothérapie par une infirmière clinicienne (usagers inscrits : 191).
- Évaluation en cours afin de maximiser les suivis SCIAD, en introduisant ces suivis pour les usagers avec maladies chroniques résidant dans les ressources non institutionnelles et par l'inhalothérapeute à domicile.
- Mise en place de l'accueil clinique en soutien au GMF. Élaboration du *Cadre de référence local de l'accueil clinique,* protocoles infirmiers, algorithme de suivi, ordonnances collectives et protocoles adoptés au CECMDP, en octobre 2014. Service en place depuis ce temps.
- Maintien du suivi bariatrique par deux infirmières formées. Téléconsultation avec l'IUCPQ. Augmentation de la qualité des services à la clientèle en leur évitant les déplacements à l'extérieur. Nombre de segments de vols économisés : 170, générant ainsi une économie appréciable dans le cadre du plan de redressement budgétaire.
- Mise en place d'un projet de suivi de clientèle diabétique avec ou sans maladie chronique autre (infirmière, nutritionniste) afin de favoriser la prise en charge médicale de la clientèle orpheline.

GUICHET D'ACCÈS		
	2013-2014	**2014-2015**
Nombre d'usagers inscrits au Guichet d'accès	761	997 au 23 février 2015
Nombre de demandes en attente d'inscription	0	0
Nombre d'usagers pris en charge au cours de l'année	1 852	1 411

Services courants

- Prévention et dépistage : stabilisation du nombre d'évaluations.
- Interventions en IVG (interruption volontaire de grossesse) : stabilisation de la demande.
- Application du programme CAT par deux infirmières formées (Centre d'abandon du tabac)
- légère baisse du nombre d'usagers pour les suivis de diabète.

SERVICES COURANTS		
	2013-2014	**2014-2015**
Clinique des voyageurs	373 usagers 485 interventions	454 usagers 584 interventions
Vaccination antigrippale saisonnière	3 713 usagers	3 682 usagers
Dépistage en ITSS	68 usagers	58 usagers
Interruption volontaire de grossesse	9 interventions	8 interventions
Centre d'abandon du tabagisme	26 usagers 58 interventions	29 usagers 66 interventions
Clinique anticoagulothérapie	207 usagers inscrits	232 usagers inscrits 2826 interventions
Suivi diabète	228 usagers 1 groupe	287 usagers 1 340 interventions

Réadaptation physique

Les services de réadaptation physique comprennent la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie et la nutrition clinique. Les données statistiques présentées ci-dessous sont en lien avec les personnes admises en courte durée ou en soins de longue durée ainsi qu'à une clientèle externe, car les services de réadaptation dispensés à domicile ont été traités dans la section « Soutien à domicile ».

RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS EN RÉADAPTATION				
	2013-2014		2014-2015	
	USAGERS	INTERVENTIONS	USAGERS	INTERVENTIONS
Ergothérapie	289	1 219	297	1 402
Physiothérapie	601	4 193	601	4 450
Orthophonie	64	121	60	183

Programme déficience physique

- Identification d'un intervenant psychosocial dédié à la clientèle relevant du programme Déficience physique.
- Soutien au réseau local de services intégrés pour personnes vivant une situation de handicap.
- Poursuite des démarches pour le Projet de développement de *Répit pour la clientèle DP-DITED adultes et enfants.*
- Mise en place d'un point de service pour la clientèle TCC/AVC avec une entente de service avec l'organisme TCC/AVCGIM.
- Travaux en cours pour la révision des outils de détermination des services aux proches aidants.

Programme DITSA (services spécifiques et spécialisés)

- Bilan de la démarche de hiérarchisation des services 1re et 2e ligne et poursuite des travaux afin de bonifier l'offre de services.
- Modification d'une ressource intermédiaire en résidence de groupe afin d'accueillir la clientèle ayant un trouble grave de comportement (TGC).
- Formation continue en troubles graves de comportement et trouble du spectre de l'autisme. L'APPR (Agente de planification, programmation et recherche) et la psychoéducatrice participent aux communautés de pratique provinciales afin de poursuivre le développement de leur expertise.
- Formation continue pour les intervenants afin de poursuivre le développement de leur expertise.
- Deux formatrices ont été agréées afin d'offrir la formation « Équilibre en situation de TGC ».
- Achat de matériel et équipements spécialisés pour l'aménagement de la chambre sensorielle dans les locaux du CRDITSA.
- Travaux en cours pour développer le répit dans la communauté.
- Consolidation de l'équipe DITSA en 1re ligne (ajout d'heures par une assistante en réadaptation).
- Intégration d'une ergothérapeute dans l'équipe DITSA.

- Diffusion de l'offre de service *Soutien spécialisé aux Partenaires*, avec dépliant explicatif et formulaire de demande de services.
- Poursuite du service Conciliation travail-famille afin de permettre aux parents de bénéficier d'un service de garde en milieu scolaire secondaire pour leurs jeunes en situation de handicap.
- 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 (13 – 21 ans) dans des activités de loisirs et de sports.
- Ententes de collaboration signées avec quelques organismes communautaires, tels qu'*Entraide communautaire* et *L'Accalmie* afin de desservir la clientèle.

Le nombre d'interventions effectué par secteur d'activité se répartissait ainsi :

Secteur d'activités	2013-2014	2014-2015
Perte d'autonomie liée au vieillissement	32 539	34 255
Soins palliatifs	973	786
Services en DI-TSA	3011	3 893
Services en DP	3 908	3 800
Services psychosociaux	2 013	1 776
Services de santé courants	8 708	8 969

Programme santé mentale

- Mise en place d'une équipe regroupée (services psychosociaux généraux, santé mentale et dépendances).
- Projet d'organisation du travail (POT) complété en février 2015.
- Offre de service écrite.
- Travaux en cours pour l'introduction des notes évolutives informatisées (eclinibase).
- Consolidation de la réorganisation des services au module de psychiatrie.
- Intégration d'un ergothérapeute dans l'offre de service santé mentale.
- Consolidation de l'offre de services de L'Équipe régionale santé mentale jeunesse en activité.Visite sur une base régulière.
- Présentation de deux projets *Bell Cause pour la Cause* : *Un esprit sain dans un corps sain* (vélos d'exercice en piscine) et *Meublons notre avenir*.

SANTÉ PUBLIQUE

Volet: organisation communautaire / soutien au développement des communautés

La responsabilité populationnelle qui incombe au CSSS dépasse les services rendus aux individus et implique que les services s'attardent à la santé de la population du territoire. Ainsi pour améliorer l'état de santé de la population, l'action collective sur certains déterminants sociaux de la santé et du bien-être (conditions socioéconomiques, logement, habitudes de vie, etc.) est essentielle. Au cours de l'année 2014-2015, le service d'organisation communautaire a apporté une contribution à divers niveaux visant à développer le partenariat et la concertation, le soutien à la vie associative et aux projets issus des communautés et la création de nouvelles ressources.

- Soutien à l'équipe de développement social et participation active aux divers comités issus de ses initiatives (Les Îles en forme et en santé, Action Pauvreté et inclusion sociale, Petite enfance IM).
- Soutien au projet de revitalisation de l'ancienne Villa Plaisance pour développer de l'hébergement pour personnes âgées.
- Participation et soutien constant à diverses tables de concertation ou comités contribuant à consolider le réseau local de services : L'APPUI pour proches aidants, Table Famille, Table Toxicomanie, Table pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées, Table Pauvreté, Table Violence.
- Collaboration et soutien aux gestionnaires et intervenants du CSSS dans différents programmes services pour le déploiement ou la consolidation de l'offre de services : Plan local de santé publique, Fonds d'entraide L'Envol, Options-Répit (ressources de répit pour parents d'enfants vivant un handicap), Fonds d'entraide de Grande-Entrée, Destination famille, Corporation d'aide à domicile L'Essentiel, entre autres.
- Soutien, avec des partenaires du milieu, au développement et à la consolidation de différents services pour les jeunes vivant un handicap: programme surveillance scolaire pour jeunes 12-21 ans; intégration dans les loisirs estivaux de la municipalité des enfants et jeunes 5-21ans.
- Soutien à l'organisation d'activités et à la création (en cours) d'un Groupe d'entraide des personnes vivant avec la fibromyalgie ou des douleurs chroniques.
- Aide à la vie associative (analyse de situations problématiques, structuration ou restructuration, résolution de conflits, information, références, outils de travail, animation d'AGA, dissolution, etc.).
- Représentations (ou liaisons) du CSSS dans des instances d'intérêt communautaire : Table de concertation sur les hydrocarbures, Groupe persévérance scolaire, coopérative jeunesse de services, comité santé d'Havre-Aubert.

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DIRECTION SANTÉ PHYSIQUE (DSI)

Activités particulières

- Participation à la table nationale des DSI du MSSS
- Participation à la table régionale des DSI (région 11)
- Contribution à la planification de la main-d'œuvre infirmière avec la DRH
- Révision des règles de soins infirmiers concernant les chutes et les opiacés
- Mise à jour du protocole des mesures de contrôle
- Cogestion clinico-administrative infirmière et médicale
- Participation au CPPI
- Participation au comité de pharmacologie
- Comité de médecine transfusionnelle
- Révision des politiques
    - Politique des visites
    - Identification des usagers
    - Soins des ongles et des pieds
    - Utilisation des mesures de contrôle

Élaboration de plusieurs outils d'encadrement clinique

- **Ordonnances médicales individuelles standardisées préimprimées (OMISP)**
    - **Psychiatrie** : Examens prétraitement et suivi pour la Clozapine, le Lithium, l'Acide valproïque, Suivi per antipsychotique atypique et Bilan de dépistage.
    - **Périnatalité** : Antibioprophylaxie streptocoque du groupe B intrapartum, postpartum standard médicaments et surveillance, choriamnionite intrapartum ou endométrite postpartum, maturation du col, routine antépartum.
    - **USC** : Tirofiban, le Ténéctéplase et Syndrôme coronarien aigu.
    - Analgésie contrôlée par le patient (ACP).

- **Ordonnances collectives**
    - **DSAPA et services généraux** : dyslipidémie, hypoglycémiants, ajustement de l'insuline, suivi des résultats de laboratoire recommandés pour les usagers diabétiques de type 11, ajustement des antihyperglycémiants oraux.
    - Ajustement de la médication antihypertensive orale pour le traitement de l'HTA.
    - Demander les examens et les analyses de laboratoire recommandés en lien avec le dépistage, le traitement et le suivi des personnes atteintes d'HTA.
    - **Clinique ACO** : ajustement de la posologie de la warfarine, initier les prélèvements de RNI et assurer le suivi des résultats de laboratoire lors du suivi conjoint des usagers sous anticoagulothérapie.
    - **Accueil clinique** : Application de six algorithmes cliniques.
    - Initiation d'un traitement pour six semaines afin d'atténuer les symptômes de sevrage à la nicotine.

- **Protocoles**
    - Adoption des protocoles standardisés de l'INESSS pour la dyslipidémie, les hypolipémiants, l'Insuline, suivi laboratoire pour diabète type 2, ajustement des hypoglycémiants oraux.
    - Ajustement de la warfarine, prélèvement de RNI, gestion des résultats de laboratoire.
    - Mise à jour du protocole des mesures de contrôle.
    - Ajustement de la médication antihypertensive oral.

- Gestion de l'hypertension artérielle (examen, analyse, dépistage, traitement et suivi).

- Rédaction, adoption et diffusion de la FADM non informatisée, version 2014 en remplacement du modèle actuel.

Audits

- Conformité à l'application de la règle de soins sur la surveillance lors de l'administration des opiacés intraveineux.
- Dépistage du risque de plaie à partir de l'échelle de Braden en cours d'hospitalisation.

Volet Développement des connaissances et des compétences

- **Formation**
  - Examen clinique de l'adulte (notion de base en évaluation, système pulmonaire, cardio-respiratoire et abdomen)
  - Formation par visioconférences
    - Oncologie
    - Formation de base sur le VAC
    - Les notions intermédiaires avec la thérapie VAC
    - La prévention des complications reliées aux sutures à risque à l'aide de la thérapie VAC et Prévéna
  - OMÉGA
  - Application du protocole des mesures de contrôle (CHSLD)
  - Réduction de l'utilisation des mesures de contrôle
  - Formation RCR (12 séances)
  - Allaitement maternel et allaitement difficile
  - Formation sur la nouvelle pompe à gavage
  - Formation sur la nouvelle pompe ACP
  - Capsules de formation sur les pompes Plum A +
  - Approche adaptée à la personne âgée
  - IDEA
  - Introduction à la psychiatrie

- **Conférences**
  - Présentation NIICE : Guide du personnel infirmier pour le counselling nutritionnel des patients en MII et présentation de la structure du programme de soutien au patient PROGRES.
  - Mise à jour en PAR, traitements et prise en charge.
  - Nursing et maladies inflammatoires de l'intestin.

- **Midi clinique**
  - Le transfert interétablissements de produits sanguins avec un client et le nouveau formulaire AH-520 Déclaration d'évènement indésirable associé à la transfusion.
  - Séances de démonstration du moniteur/défibrillateur lifepak 12 et 15.

- **Exercices d'urgence-simulation**
  - Exercice code bleu
  - Code orange
  - Exercices urgence AMPRO

    - Accouchement précipité
    - Dystocie des épaules

- Diffusion des mises à jour des méthodes de soins de l'AQESSS

Plans d'action

- Mise en place d'un plan d'action sur l'offre de service lors de l'accouchement, incluant la révision des protocoles et des procédures.
- Plan d'action sur le développement de la pratique en soins infirmiers.
- Mise à jour du plan d'action *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.*

Embauche et intégration

- Intégration et accueil des externes et des nouvelles infirmières.
- Mise en place d'un suivi de préceptorat pour une infirmière.
- Organisation d'une formation et d'un stage en périnatalité dans un centre de néonatalogie à Québec pour une nouvelle infirmière.
- Soutien à l'intégration de personnel infirmier dans de nouvelles fonctions (accueil clinique, immunosuppression, bloc opératoire, obstétrique, etc.).
- Soutien au recrutement et à l'embauche de personnel infirmier.

Unité des soins critiques

- Mise à jour du protocole de téléthrombolyse en phase aigüe de l'AVC ischémique (projet national).
- Coordination des activités du comité de traumatologie et finalisation des procédures de traumatologie (conformité comme centre primaire de traumatologie).
- Mise en place d'un nouveau processus de fonctionnement interne, en lien avec l'approvisionnement des différentes fournitures médicales.
- Contribution à la révision de protocoles cliniques spécifiques en soins intensifs.
- Comité de gestion des lits.
- Coordination des activités pour le réaménagement des locaux (réserve de fournitures médicales et récupération de la salle d'attente de l'urgence).

STATISTIQUES DE L'UNITÉ DES SOINS CRITIQUES			
	2013-2014	**2014-2015**	**ÉCART**
Nombre de visites	21 836	21 279	(557)
Civières	2 353	2357	4
Taux d'occupation des civières	45,8 %	50,76%	4,96%
Durée moyenne de séjour	10,3	11,3	1
% de séjour de plus de 24 heures	8,9 %	11,07%	2,17%
% de séjour de plus de 48 heures	0,5 %	1,01%	0,51
Soins intensifs/jours présence	581	627	46
Taux d'occupation	53,05 %	57,26%	4,22%
Admission soins intensifs	293	261	(32)

Unité multiclientèle

- Projet d'organisation du travail en MOI-TS.
- Révision de l'offre de service en santé physique et en santé mentale.
- Mise en place de la structure d'équipe à géométrie variable avec diade.
- Contribution à l'élaboration d'une politique de la reconnaissance.
- Mise en place d'un tableau d'amélioration continue des processus.
- Formation santé mentale, dyade, rôles et responsabilités.
- Application du programme AMPRO PLUS.
- Application intégrale de la cohabitation.
- Activités d'exercices d'urgence en obstétrique.
- Poursuite du programme AAPA.
- Mise en place d'une programmation de réadaptation pour le module de psychiatrie.
- Embauche d'un chef de service pour l'unité multiclientèle.

STATISTIQUES À L'UNITÉ MULTICLIENTÈLE			
** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée	**2013-2014**	**2014-2015**	**ÉCART**
Jours présence chirurgie	918	868	(50)
Jours présence médecine	4 333	4 452	119
Jours présence médecine-lits courte durée	590	913	323
Jours présence obstétrique	278	210	(68)
Jours présence pédiatrie	27	27	-
Jours présence soins palliatifs	90	264	174
Jours présences psychiatrie - lits santé physique	N/D	23	23
Jours présence hébergement temporaire	27	0	(27)
Jours présence courte durée (23 lits)	6 262	6 757	495
Taux d'occupation courte durée	74,6 %	80.5%[1]	5.6%
Admissions courte durée	852	790	(62)
Jours présence psychiatrie	977	863	(114)
Jours présence psychiatrie longue durée	215	26	(189)
Jours présence psychiatrie légale	n/d	263	263
Jours présence psychiatrie (4 lits)	1 254	1152	(102)
Taux d'occupation psychiatrie	86 %	75.3%	(7.2%)
Admissions psychiatrie	53	40	(13)
Nombre de naissances	81	71	(12)

[1] Ne tient pas compte des jours présence aux soins intensifs

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

Bloc opératoire

- Déploiement du système informatique GIC à la préadmission.
- Formation en amélioration continue des processus.
- Kaisen stratégique (13 projets).
- Analyse et planification en vue de l'implantation du réapprovisionnement.
- Rationalisation de certaines fournitures médicales.
- Rédaction de politiques et procédures.
- Nouveau système de ventilation pour les deux salles d'opération au bloc.
- Changement du revêtement de plancher dans la salle n° 1.
- Processus d'agrément.

Endoscopie

- Réduction du nombre endoscopies causée par l'absence de chirurgiens et de gastro-entérologue (maternité et conditions climatiques).
- Amélioration de la liste d'attente en endoscopie digestive pour atteindre les délais attendus.
- Mise en place d'un outil de surveillance clinique infirmière.

Retraitement des dispositifs médicaux

- Formation en retraitement des dispositifs médicaux.
- Rédaction de politiques et procédures.
- Analyse et planification de projet en vue de la mise aux normes des locaux du service de l'URDM.

Autres équipements

- Achat de 3 cystoscopes flexibles.
- Changement des lampes opératoires dans les deux salles d'opération.
- Achat d'un nouveau microscope ophtalmique.
- Achat d'un microdébrideur en ORL.
- Achat d'une scie à os.
- Achat d'un dermatome électrique.
- Remplacement des 3 pompes pour PCA.

Services ambulatoires

- Opérationnalisation du projet de prise en charge des clientèles en chirurgie d'un jour par l'UMC après les heures de fermeture des services ambulatoire.
- Cholécystectomie par laparoscopie en chirurgie d'un jour.
- Diminution des activités en médecine de jour en lien avec la diminution des activités en endoscopie, en perfusion, en imagerie médicale.
- Formations web structurées pour l'infirmière pivot et les infirmières en salle de traitement oncologique.
- Mise en place du réapprovisionnement automatique en fournitures médicales.

NOMBRE DE VISITES - BLOC OPÉRATOIRE ET SERVICES AMBULATOIRES		
	2013-2014	**2014-2015**
Médecine de jour	3 019	2 371
Clinique de préadmission	729	711
Chirurgie d'un jour	534	552
Chirurgie et autres interventions admises	279	238
Autres chirurgies et interventions ambulatoires	502	528
Endoscopie (nombre de patients)	1 207	870
Nombre d'examens en endoscopie (coloscopie, rectoscopie, gastroscopie et cystoscopie)	1293	947
Visites oncologie	1 574	1 420
Nombre de patients différents en oncologie	157	154
Oncologie (nombre de traitements)	539	400
Urgence oncologique	3	3
Visites infirmière pivot oncologie	754	760
Autres traitements et procédures oncologies	213	168

Prévention des infections

Volet 1- Surveillance

- Consolidation de l'utilisation de Nosokos.
- Surveillance active en lien avec le SARM, ERV, DACD et complications, bactériémies panhospitalières, bactériémies à SARM, gastro-entérite, influenza, ISO.
- Surveillance de MVE (Ebola) et mise en place de la structure locale avec le coordonnateur local des mesures d'urgence, la sécurité civile et la direction de la santé publique.
- Contribution à la gestion de la problématique du taux d'humidité au bloc opératoire.
- Surveillance et planification des travaux de construction avec l'équipe des services techniques.
- Mise à jour des alertes SARM dans les dossiers CSSS et soins à domicile.
- Réalisation de l'étude rétrospective annuelle sur les infections de site opératoire (ISO).

Volet 2 - Protocoles, politiques et procédures

- Révision Politique D-125 Dépistage et contrôle du SARM, de l'ERV et des autres BMR et répertoire d'outils SARM-ERV-autres BMR révisés.
- Procédure pour la documentation électronique des notes de l'IPI.
- Procédure en cas de maladie à virus Ebola.
- Procédure de transport des spécimens au laboratoire.
- Ordonnances collectives pour le dépistage et le suivi SARM-ERV.
- Politique de construction : en validation auprès des services techniques.
- Zones grises : Devis de projet , inventaire complété.
- Mise à jour *Guide de prévention et de contrôle des infections.*

Volet 3 - Éducation et formation

- Formation auprès des nouveaux employés.
- Formation de base en prévention des infections pour le personnel des services techniques et les entrepreneurs externes.
- Formation de base en prévention des infections pour le personnel en hygiène et salubrité.
- Formation sur la procédure en cas de maladie à virus Ebola pour le personnel de l'urgence.
- Semaine de la sécurité des patients; campagnes de lavage des mains à l'USC et au Pavillon Eudore-LaBrie.
- Avis à la population en période de grippe et gastro-entérite pour la promotion de mesures préventives.
- Participation à la campagne de vaccination contre l'influenza.
- Soutien auprès des équipes sur l'utilisation des différents outils de suivi ou de déclaration.

Volet 4 - Évaluation du programme

- Audit sur la thérapie intraveineuse.
- Audit sur le lavage des mains.
- Activité de vérification SSPSM (dépistage à l'admission).
- Diffusion du programme de prévention des infections.

Volet 5 - Communication et information

- Production d'un Plan local de gestion d'une éclosion d'influenza ou de gastro-entérite.
- Examen du document *Mesures de prévention et contrôle des infections à l'urgence* (INSPQ sept 2013) et priorisation des actions.
- Recommandation écrite pour l'examen de l'organisation du travail en hygiène et salubrité sur l'ensemble des quarts de travail.
- Présentation écrite des résultats et recommandations de l'étude rétrospective ISO aux membres du département de chirurgie.
- Rédaction de chroniques dans *la source* et *L'Express*.

Volet 6 – Gestion des éclosions

- Gestion d'éclosion d'influenza au Pavillon Eudore-LaBrie, en avril et décembre 2014, avec création d'un comité spécial d'éclosion, déclaration à la Direction de santé publique et production de rapport.
- Gestion d'une petite éclosion de gastro-entérite au Pavillon Eudore-LaBrie au printemps 2015.

NOMBRE DE CAS – PRÉVENTION DES INFECTIONS		
	2013-2014	**2014-2015**
Nombre de diarrhées associées à la C difficile – nosocomiales/jours présence	5 / 8 738 + 8 cas non attribuables au CSSS	5 / 8 774 + 11 cas non attribuables au CSSS
Nombre de nouveaux cas de SARM	11	10 + 12 cas non attribuables au CSSS
Nombre de nouveaux cas ERV/jours présence	0 / 8 738 + 1 cas non attribuable au CSSS	0 / 8 774
Nombre de nouveaux cas de bactériémie/jours présence	3 / 8 738 + 6 cas non attribuables au CSSS	1 / 8 774 +2 cas non attribuables au CSSS
Travailleurs exposés accidentellement aux liquides biologiques	11	2

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

Le poste à la direction des services professionnels a été pourvu par intérim par la direction générale. Avec la venue de la nouvelle directrice générale, le besoin de pourvoir le poste du DSP à temps plein avec les services hospitaliers a été bien reçu dans l'organisation et est devenu essentiel. Le recrutement actif n'a pas porté fruit. De plus, un moratoire sur les postes de cadres supérieurs a été en vigueur de juin 2014 à mars 2015. La direction a réuni les services professionnels et hospitaliers à partir de novembre 2014 à la suite de la révision du plan d'organisation administratif. Un poste de coordonnateur des services hospitaliers a été créé et pourvu, en appui au directeur et aux équipes.

Faits saillants

- Implication et collaboration importantes des médecins dans la révision des processus et de l'offre de service.
- Consolidation du GMF après réorganisation à la suite du départ de quatre médecins, recul de 2 000 inscriptions en cours d'année, cible de 71% atteinte pour les inscriptions. Résultat : 8 840.
- Départ d'une infirmière IPS au sein du GMF en janvier 2015, recrutement en cours.
- Statistiques : Nombre de médecins dépanneurs en 2013-2014 - 262 médecins dépanneurs, en terme de périodes. En 2014-2015 : 236 médecins dépanneurs, en terme de périodes.
- Révision et/ou rédaction des règlements de médecine générale, médecine interne et chirurgie générale.
- Recrutement d'un résident en chirurgie générale en prévision des départs à la retraite de deux chirurgiens en 2016.
- Exercice de réorganisation dans les services de santé mentale adulte 1re et 2e ligne.
- Dans l'exercice 2016-2020 des PEM des spécialistes, la région a soutenu notre demande d'un 3e poste permanent de chirurgie générale et en médecine interne.
- Travaux de consolidation de l'équipe d'oncologie.

- **Enseignement** : Statistiques - Nombre de stagiaires
  - Gynécologie : en 2013-2014 - 6 étudiants. En 2014-2015 : 1 externe et 3 résidents
    Merci au Dr Simon Lajeunesse!
  - Médecine familiale : en 2013-2014 - 9 externes, 10 résidents, 1 immersion clinique. En 2014-2015 - 8 externes et 10 résidents
    Merci à Dre Rosalie Moreau!
  - Médecine interne : en 2013-2014 – 3 résidents. Aucun pour 2014-2015.
  - En chirurgie générale : 2013- 2014 : 1 externe. En 2014-2015 : 1 résident
    Merci à Dr Lester Duguay!

- Projets SARROS avec étudiants en médecine : À l'été 2014, nous avons accueilli quatre étudiants pendant six semaines. Voici les sujets des quatre projets :
  - Présentation aux médecins sur la détermination du niveau de soins.
  - Dépistage du cancer lors de l'EMP et rédaction d'un dépliant en lien avec l'EMP.
  - ATO et prévention des ISO et application sur la réanimation néonatale
  - L'évaluation de la qualité de l'acte en CHSLD.

- **Recrutement**
  - Participation de l'agente de recrutement à la Journée Carrière en octobre à Montréal, avec Dr Boshouwers et Dr Couture. Cette activité a permis une visite exploratoire pour

une future interniste. Dr Émilie Comeau, Dr Brunet et Dr Blouin ont été recrutés et compenseront pour les départs des deux dernières années.

- En 2014-2015, recrutement d'un pharmacien et poursuite des activités pour combler le 3e poste.

Services hospitaliers

Sous la direction des services professionnels et hospitaliers à nouveau réunis, nous retrouvons les équipes de travail affectées à l'imagerie médicale, au laboratoire, à la pharmacie, à l'électrophysiologie, à l'inhalothérapie, les consultations spécialisées et les transports électifs. Il est à noter que les médecins et les pharmaciens faisant partie de ces services relèvent également de la direction des services professionnels. Le coordonnateur supervise les équipes dont la gestion quotidienne est partiellement réalisée par des assistants-chefs technologues. Le coordonnateur est entré en poste en mars 2015.

Voici quelques faits marquants qui ont touché ces services dans la dernière année.

Imagerie médicale

- En avril 2014, notre radiologiste permanent a quitté son poste pour congé de maladie et n'est toujours pas de retour à ce jour. Nous avons dû recourir à une couverture à distance avec des radiologistes de l'extérieur.
- Deux nouveaux appareils d'échographie ont été acquis à l'automne, soit un appareil dédié au général et l'autre à l'obstétrique. Les deux appareils peuvent par contre être interchangés pour tous les examens.
- Nous avons toujours nos trois technologues accrédités en échographie qui ont su tenir le flambeau et couvrir les urgences et les examens pouvant être effectués par un technologue. Nous parlons ici de deux technologues en échographie standard et d'un technologue en échographie cardiaque.Beaucoup de transferts sont épargnés grâce à ces employés.
- Nous avons pourvu de façon permanente le poste d'assistant-chef technologue. La dernière année a été mouvementée et le personnel réduit dû à plusieurs absences a quand même su maintenir un service hors pair, malgré les concessions et les disponibilités .
- Bravo et merci à toute l'équipe!

Les statistiques :

TYPE D'EXAMEN	NOMBRE 2013-2014	NOMBRE 2014-2015
Graphie	**11812**	**11302**
Scopie	**387**	**219**
Ostéodensitométrie	**266**	**272**
TDM	**2384**	**2224**
Échographie (incluant l'obstétrique)	**2781**	**2258**
Biopsies et interventions sous écho	**145**	**66**
Mammographie	**1407**	**1247**
Résonnance magnétique	**296**	**393**
Angiographie en salle d'opération	**11**	**16**
Échocardiographie	**537**	**402**
Total :	**20017**	**18399**

Laboratoire

- Depuis novembre 2014, un nouvel analyseur de biochimie est en fonction. Nous avons également fait le rehaussement du système informatique du laboratoire, en vue du DSQ. L'implantation du DSQ, qui a eu lieu en avril 2015, est un succès.
- Depuis le printemps 2014, il y a eu deux retraites au laboratoire, dont celle de l'assistant-chef technologue. Trois nouvelles techniciennes ont été engagées. Ce secteur a été affecté par deux congés maladie long terme ce qui a créé une surcharge pour la relève déjà quasi inexistante.
- Dossier Ébola : plusieurs documents ont été préparés dans l'éventualité d'une exposition au virus.
- Nous avons vécu des problématiques liées aux transports d'échantillons. Les spécimens congelés ne peuvent plus être envoyés sur glace sèche. Pascan Aviation n'arrête plus à Mont-Joli, donc les spécimens sont envoyés directement à Québec, ce qui a occasionné un changement du corridor de service.
- Nous avons pourvu le poste d'assistant-chef technologue officiellement en février 2015.

Les statistiques :

DÉPARTEMENT	NOMBRE D'EXAMENS 2013-2014	NOMBRE D'EXAMENS 2014-2015
Biochimie	278175	240840
Hémato	54157	49289
Microbio	23396	19585
Patho	18044	15969
Prélèvement	21045	29217
Cyto	1309	1332
Total	**396126**	**356832**

Pharmacie

- La dernière année a permis de consolider les effectifs de pharmaciens. Conséquemment, les pharmaciens ont participé davantage aux activités cliniques et aux travaux des différents comités de l'établissement.
- Le département de pharmacie du CSSS des Îles a également participé à un projet de télé pharmacie en collaboration avec deux autres centres hospitaliers de la région Gaspésie-Les Îles. La réalisation du projet a permis la mise en réseau des trois départements de pharmacie, l'implantation de la numérisation des ordonnances sur les unités de soins et la mise à jour du logiciel en y intégrant le module de numérisation des ordonnances.
- Nous avons mis en place le bilan comparatif du médicament.
- Embauche en septembre 2014 et nomination d'un chef de pharmacie ce qui amène une réduction de la MOI dans ce secteur.

Les statistiques :

TRANSACTION JOURNALIÈRE	2013-2014	2014-2015
Moyenne par période	436	406
Moyenne par jour	15.57	14.51
Total annuel	5679	5283

Inhalothérapie

- Nous avons embauché deux (2) nouvelles inhalothérapeutes, à l'été 2014 ce qui a permis d'éliminer la MOI dans ce secteur. Ces nouvelles inhalothérapeutes comblent des besoins sporadiques pour éviter les heures supplémentaires et l'épuisement des employés sur place lors de périodes plus achalandées.
- Nous avons une nouvelle entente avec la compagnie en soins respiratoires, *VitalAire*. Cette entente permet d'offrir une journée/semaine de plus à l'horaire d'une inhalothérapeute à temps partiel. *VitalAire* offre des appareils bipap aux usagers souffrant de maladies respiratoires chroniques. C'est une source de revenus pour le CISSS.
- Lors de la révision du plan d'organisation, nous avons joint à cette équipe le laboratoire d'électrophysiologie.

Les statistiques (Unité technique) :

DÉPARTEMENT	2013-2014	2014-2015
Inhalothérapie	85692	51249
Physiologie respiratoire	60160	71225

Télésanté

Un total de 540 inscriptions a été recensé dans l'interface de réservation intégrée des systèmes de visioconférence (IRIS) du RUIS-Laval, ce qui représente une augmentation de près de 25% comparativement aux 400 inscriptions de l'année dernière. Les catégories de visioconférences sont réparties de la façon suivante : 26 % représentent des activités de téléformation, 46 % sont des activités de téléconsultation avec ou sans patient (discussion de cas) ou de téléinterprétation et, finalement, 28 % sont des rencontres administratives. Cette technologie améliore l'accessibilité à des soins et services ce qui contribue de façon significative à diminuer les coûts rattachés aux déplacements des usagers.

De façon globale, les projets de téléconsultations et téléinterprétations qui ont permis d'éviter un déplacement pour un usager sont :

- suivi post chirurgie bariatrique (176)
- échographie cardiaque (228)
- suivi de plaies complexes (4)
- autres : santé mentale, pédopsychiatrie, réadaptation (86)
- téléthrombolyse pour la prise en charge de la phase hyper aiguë de l'AVC (3)

Projets à venir

Nous travaillons actuellement au développement de projets de télésanté avec une firme de consultants. Un rapport d'évaluation des besoins en télésanté pour notre établissement a été produit en décembre 2014. Nos quatre principaux projets sont :

- La télédermatologie pour instaurer un service d'interprétation à distance de photos de la peau et une clinique virtuelle de consultations en dermatologie.
- En oncologie : par la mise en place d'une équipe de trois médecins en lien avec une équipe d'hémato-oncologues de Québec et des téléconsultations avec l'implication de l'infirmière pivot en oncologie.
- En cardiologie : par des activités de téléinterprétation de stimulateurs cardiaques, de téléconsultations pour les maladies de l'aorte et d'insuffisance cardiaque.
- En ophtalmologie pour permettre le dépistage de la rétinopathie pour tout patient diabétique une fois par année, conformément aux lignes directrices canadiennes. Les images du fond d'œil seront interprétées à distance par un ophtalmologiste de Québec. Actuellement, nous avons les équipements sur place et la formation pour les infirmières est prévue à l'automne 2015.

Consultations spécialisées

- Nombre de consultations (audio, champs visuels, chirurgies, gynécologie, médecine interne, photothérapie, orthésie, biométrie) : 14 566 consultations. (15 463 en 2013-2014).
- Nombre de consultations dans les spécialités médicales : pneumologie, cardiologie, dermatologie, allergies, hémato, rhumatologie, cardiologie neurologique, gastrologie et autres est passé de 1 491 à 1 747.
- Pour les consultations chirurgicales : ORL, orthopédie, ophtalmologie, plastie, etc. : 5 179 consultations (4 754 en 2013-2014).
- Les tests effectués (audiogramme, champs visuels, photothérapie, bilan urodynamique et biométrie) : 1 406 tests effectués jusqu'à ce jour.
- Arrivée d'une nouvelle infirmière en immunologie 3 jours/semaine.

Transports électifs

- À la suite de la révision des critères pour les accompagnateurs, il y a moins de revendications à ce sujet, le formulaire est accessible et bien défini.
- Le fait d'avoir ajouté un accompagnateur pour une chirurgie majeure, investigation de néo et procédure sous sédation a largement contribué à la satisfaction de la clientèle.
- L'accès direct au service de radiologie et de laboratoire (pour les rapports d'examens) évite une perte de temps pour nous et les archives puisqu'on peut maintenant faire sortir les rapports directement dans notre bureau, si besoin, pour les transferts.
- L'établissement, de concert avec le CSSS de Percé (Chandler), a mis en place un projet pilote de consultations et chirurgies orthopédiques simples au niveau de la hanche et du genou. Le délai d'attente pour cette clientèle est moindre. Les commentaires reçus de la clientèle pour ce service sont très positifs. La clientèle en fait la publicité.
- L'absence de radiologiste sur place, l'accès limité à la résonance magnétique et des requêtes de tests urgents compte tenu de la gravité des clients ont occasionné une hausse de demande des transports (40 segments de vols).
- Notre équipe des transports participe à des appels en conférence téléphonique avec l'Agence de santé et les autres établissements de la région pour discuter de nos façons de faire et des questionnements par rapport à l'application de la politique régionale des transports. Ces rencontres étaient grandement appréciées par tous.
- Une attention particulière est portée à l'information remise aux patients. Des dépliants ont été mis à jour expliquant la politique des transports.
- Le nombre total des usagers transférés est de 1 785 (2014-2015) et le nombre de voyages ou déplacements pour cette même période est 3 570.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES (DRH)

La direction des ressources humaines s'est vu attribuer la responsabilité des communications conformément au plan d'organisation entré en vigueur le 2 novembre 2014.

- Participation au bilan de la hiérarchisation CRDITSA et collaboration à la réorganisation du travail requise.
- Collaboration à la réorganisation du travail dans les secteurs de la santé mentale, services généraux psychosociaux.
- Participation, en collaboration avec la DSIP à la réorganisation du travail à l'unité multiclientèle. L'organisation du travail emprunte le modèle des dyades et implique une réduction des effectifs d'environ 4 ETC (équivalents temps complet).
- Collaboration au plan d'action en CHSLD afin d'assurer une gestion de la formation (TGC, PSDB, mesures de contrôle et Omega) et conception d'une liste de rappel dédiée à l'unité psychogériatrique.
- Participation aux activités de la Table de concertation en ressources humaines des Îles, notamment à l'organisation de formations et de conférences portant sur la communication, la résolution de conflits, *Lean* (modèle Toyota) et sur le programme de qualité de vie au travail *Entreprise en santé*. Un peu plus de 100 personnes ont participé aux formations et environ 300 personnes aux conférences.
- Suivi du plan d'action RH portant sur l'amélioration et le maintien du climat de travail. Ce suivi a permis de mettre à jour plusieurs politiques, procédures et formulaires en lien avec le climat de travail: formation, gestion de la liste de rappel, évaluation du rendement, horaires de travail et jours fériés.
- La direction des ressources humaines a participé également au suivi du plan d'action de l'établissement visant l'amélioration du climat de travail avec les partenaires suivants : comité de direction, l'ensemble du personnel d'encadrement et les syndicats.
- Élaboration d'un nouveau plan d'action visant à diminuer le taux d'assurance salaire et d'augmenter la présence au travail.
- Mise en place, avec la collaboration du Cégep de la Gaspésie-les-Îles, d'une formation d'infirmière sur le territoire de l'archipel. Une cohorte de 9 infirmières auxiliaires du CISSS recevra cette formation à compter du trimestre de l'automne 2015 jusqu'au printemps 2018. Cette formation s'inscrit dans le plan main d'œuvre infirmière 2015-2020 qui prévoit la nécessité d'embaucher 30 infirmières sur 5 ans.
- Élaboration d'un plan de main d'œuvre permettant d'identifier environ 82 départs à la retraite pour l'ensemble de l'établissement et des titres d'emploi d'ici les prochaines cinq années. Un plan d'action pour le recrutement des infirmières a été déposé. Un 2e sera proposé pour les autres titres d'emploi.
- Mise à jour du plan d'action sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise avec le partenaire CAMI, notamment le programme « mellow yellow » permettant d'identifier les membres du personnel qui sont bilingues.
- Pour ce qui est de la santé et de la sécurité des personnes salariées, le comité paritaire a repris ses activités avec de nouveaux membres et en effectuant une mise à jour des règles de fonctionnement et du plan d'action en matière de santé et sécurité au travail.
- À la suite de la révision du processus de gestion de la liste de rappel, nous avons mis à jour les règles de fonctionnement de la liste de rappel en mettant en place la pré affectation (PIGE). Cette révision permettra l'optimisation du processus.

- Au cours de l'hiver 2014-2015, une formation destinée aux cadres sur la gestion et l'amélioration continue de la qualité est amorcée. Il s'agit du 2e volet d'une formation visant à fournir les outils (*Lean*) aux gestionnaires à la gestion du changement et à la révision des processus en favorisant la mobilisation des équipes de travail. De cette formation découle également du coaching avec les directeurs et des activités de co développement avec l'ensemble des cadres.
- Collaboration au projet « La gratuité des stationnements au CISSS des Îles, j'y tiens, j'y participe » ayant permis de compléter l'objectif du premier volet de la campagne, soit de récolter 70 000$ auprès des employés, des médecins et des cadres. La campagne afin d'atteindre l'objectif d'amasser 40 000$ auprès de la communauté est toujours en cours.

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT		
	2013-2014	**2014-2015**
Les cadres		
Temps complet	22	20
Temps partiel	4 (2 etc)	3 (2 etc)
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	
Les employés réguliers		
Temps complet	191	195
Temps partiel (équivalent temps complet)	133	132
Les occasionnels		
Nombre d'employés occasionnels (équivalent temps complet)	73	74

*etc : Équivalent temps complet

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

En regard de la gestion et contrôle des effectifs, nous affirmons que nous avons respecté le nombre d'heures rémunérées prescrit et comparable de janvier à mars 2014 (Loi 15).

CONTRATS DE SERVICE

Nous affirmons que nous n'avons conclu aucun contrat de service avec une personne physique ou un contractant autre qu'une personne physique comportant une dépense de 25 000 $ et plus, entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2015.

Service des communications

- Présentation de chroniques variées sur les ondes de CFIM
- Collaboration au Portail des Îles de la Madeleine pour diffusion des avis et écriture d'un blogue « santé »
- Mise à jour et traduction de plusieurs dépliants de l'établissement
- Maintien de la page Facebook de l'établissement
- Mise à jour du site Internet de l'établissement
- Diffusion d'un bulletin interne *La Source*, à la suite des séances du conseil d'administration
- Diffusion d'un feuillet *L'Express*, à tous les deux mardis.Suivis auprès des médias lors de demandes des journalistes ou animateurs radiophoniques
- Révision de la politique sur les communications.

DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS (DSA)

La direction des services administratifs regroupe les secteurs de soutien suivants :

- Secteur des finances et de la budgétisation
- Secteur de la paie
- Secteur de l'informatique
- Secteur des services techniques et du génie biomédical
- Secteur de l'hygiène et salubrité
- Secteur de la sécurité
- Secteur de la buanderie
- Secteur de l'alimentation
- Secteur de l'approvisionnement
- Secteur de la réception, de l'admission et des archives

Secteurs de soutien

Informatique

L'établissement a poursuivi le déploiement du système dossiers santé Québec (DSQ), les domaines pharmacie (Jean Coutu et Proxim) et laboratoire (CISSS des Îles) sont maintenant versés dans le DSQ. De plus, le visualiseur est maintenant déployé dans tout le CISSS des Îles, ainsi que dans toutes les cliniques médicales.

La mise à niveau des postes de travail en *Windows 7* s'est poursuivie au cours de l'exercice, en date de la fin d'exercice il restait encore 25 postes à rehausser sur un total de 371 postes informatiques. Ces 25 postes demandent plus de travail, car certains logiciels ne fonctionnent plus avec *Windows 7*.

Services techniques

Aucun projet majeur ne s'est concrétisé au cours de l'exercice 2014-2015, cependant les équipes ont continué de travailler avec acharnement afin d'améliorer l'état des ressources matérielles et des installations. Le rapport d'agrément du 3 juillet 2014 cite : « l'environnement physique de l'établissement est moderne et bien entretenu. Les équipes d'entretien ménager et de salubrité font un excellent travail. De façon générale, les équipements sont bien rangés, ce qui permet une circulation sécuritaire fluide pour les usagers et les résidents. Au niveau écoénergétique, l'établissement est un des chefs de file du réseau de la santé, plusieurs activités sont mises de l'avant pour diminuer les répercussions sur l'environnement comme le compostage, la gestion des déchets et le recyclage. Des stratégies novatrices sont en place et ont permis la réalisation d'économies importantes pour l'établissement par exemple avec les voitures électriques. »

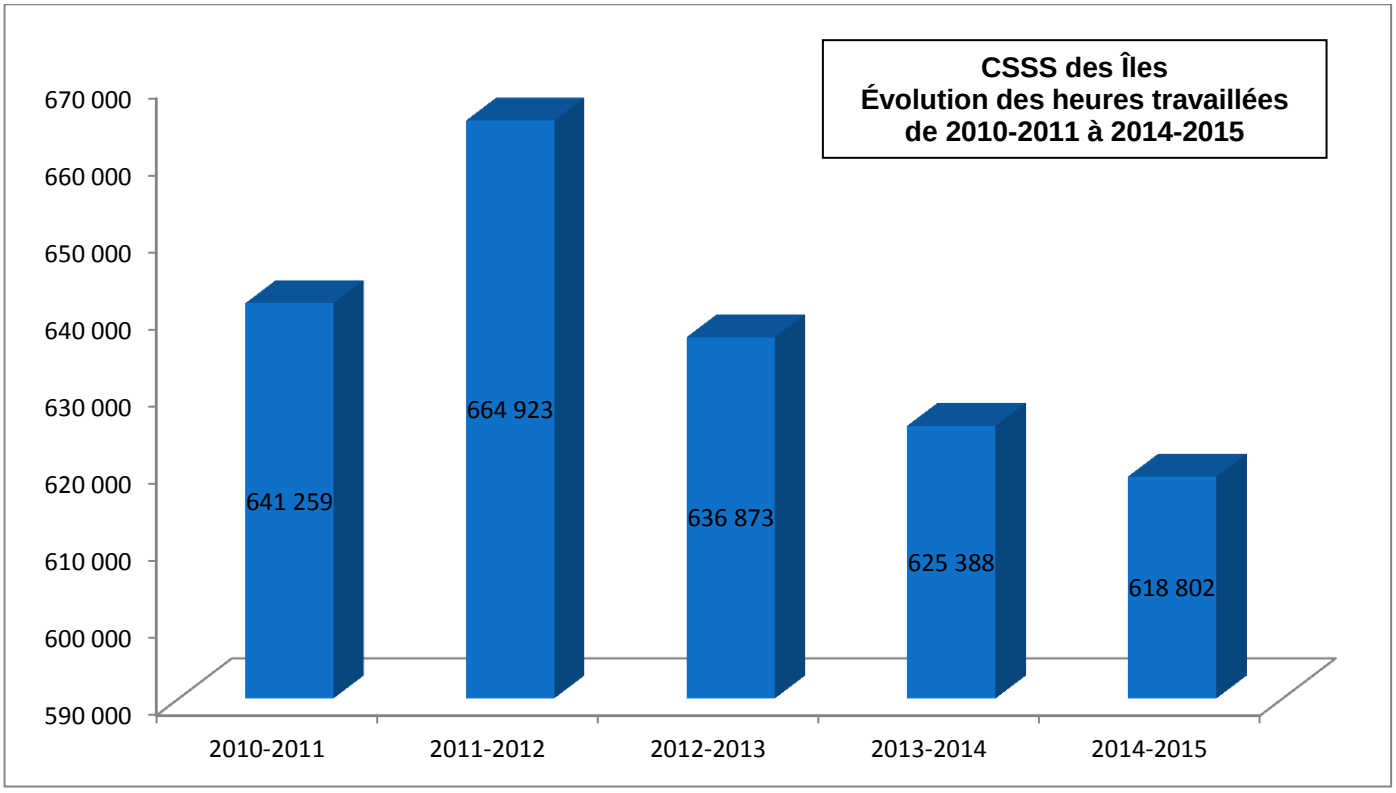
Sécurité

Au cours de l'automne 2014, 16 employés du secteur ont reçu la formation de sécurité privée - gardiennage, laquelle présente la profession d'agente ou agent de gardiennage et du contexte légal d'exercice de la profession, son rôle en situation d'urgence, ainsi que les techniques de secourisme.

Approvisionnement

Le projet de réapprovisionnement automatique des fournitures s'est poursuivi dans deux secteurs volumineux, ceux de l'urgence et du bloc opératoire. Rappelons que ce processus de réapprovisionnement fait partie des recommandations d'une étude menée par les HEC portant sur la productivité de la logistique hospitalière. Le rapport d'Agrément du 3 juillet 2014 commente ainsi le projet en cours au sein du CSSS des Îles « des résultats exemplaires et dignes de mention ».Finances

Au cours de la dernière année, le CSSS des Îles a poursuivi son effort de rationalisation de ses dépenses et l'optimisation de l'utilisation de ses ressources. Au terme de l'exercice 2014-2015, l'établissement a enregistré un déficit de 933 925 $. N'eut été de la dégradation de la présence au travail au cours de l'exercice à un niveau en deçà de la cible attendue, l'équilibre budgétaire aurait été atteint pour la première fois depuis plus de dix ans. Rappelons que le déficit annuel est maintenant moindre que le financement récurrent retranché par le MSSS depuis 5 ans, qui atteint 2,5 millions de dollars au terme de l'exercice 2014-2015. Ceci témoigne de la progression positive et soutenue de l'établissement dans la réduction de ses dépenses.



Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS des Îles	1104-4036	100-00 /

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et 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 non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

12/06/2015	Yvette Fortier	
Date	Nom	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
Date	Nom	Signature de la personne désignée
	Fonction	

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut "en production" du rapport a été modifié pour celui de "en approbation". Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.

ATTESTATION DES AUDITEURS

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS des Îles	1104-4058	119-00 /

ATTESTATION DU TIMBRE VALIDEUR DU RAPPORT FINANCIER ANNUEL AUDITÉ

Par la présente, nous attestons que les travaux d'audit ont porté sur le rapport financier annuel AS-471 dont les pages ont un timbre valideur identique à celui figurant au pied de page de la présente attestation et portant notre signature.

Signature de l'auditeur indépendant: Conseil Boudreau & Associés inc.

Date : Le 12 Juin 2015

Lieu : CAP-aux-Meules

INSTRUCTIONS:

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS ET AUTRES INFORMATIONS FINANCIÈRES EST PRÉSENTÉ AVEC LA PAGE 120.

POUR CE FAIRE, IMPRIMER AU PRÉALABLE LA PAGE 120, JOINDRE LE RAPPORT DE L'AUDITEUR **SIGNÉ** À LA SUITE DE CELLE-CI ET NUMÉRISER LE TOUT DANS UN FICHIER. ENSUITE, INSÉRER CE FICHIER PDF AU AS-471.

L'AUDITEUR DOIT ÉGALEMENT S'ASSURER QUE SON RAPPORT EST CONFORME À LA NCA 700 DU MANUEL DE CPA CANADA.

L'AJOUT DE LA PAGE 120 AU FICHIER PDF PERMET DE CONSERVER LA NUMÉROTATION AU AS-471.

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré 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 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes 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 pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ses 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 celle-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 œuvre 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 avec réserve.

Fondement de l'opinion avec réserve

Ainsi qu'il est exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitations, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «Immobilisations corporelles louées», du *Manuel de comptabilité CAP Canada pour le secteur public,* 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 aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pas été déterminées.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe de fondement de l'opinion avec réserve, 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 2015 ainsi que des résultats des ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et 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 en ce qui à trait à ses pratiques comptables.

Conseil Boudreau & Associés inc. (1)

Le 12 juin 2015

(1) France Painchaud, CPA auditeur, CA

INSTRUCTIONS :

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES UNITÉS DE MESURE ET LES HEURES TRAVAILLÉES ET RÉMUNÉRÉES DOIT ÊTRE PRÉSENTÉ AVEC LA PAGE 130.

POUR CE FAIRE, IMPRIMER AU PRÉALABLE LA PAGE 130, JOINDRE LE RAPPORT DE L'AUDITEUR À LA SUITE DE CELLE-CI ET NUMÉRISER LE TOUT DANS UN FICHIER. PUIS INSÉRER CE FICHIER PDF AU AS-471.

L'AJOUT DE LA PAGE 130 AU FICHIER PDF PERMET DE CONSERVER LA NUMÉROTATION AU AS-471.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les unités de mesure et sur les heures travaillées et rémunérées

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré de santé et de service sociaux des Îles

Nous avons procédé, conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et à l'annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, à l'audit des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Ces informations, compilées par le Centre de santé et de services sociaux des Îles selon les définitions et explications contenues dans le *Manuel de gestion financière* (MGF) publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sont incluses dans le rapport financier annuel aux pages 330, 352, 650 et 660. La responsabilité de ces unités de mesure et de ces heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications contenues dans le MGF incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces informations en nous fondant sur nos travaux d'audit.

Notre audit a été effectué conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à fournir l'assurance raisonnable que ces informations sont exemptes d'anomalies significatives. L'audit comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications du MGF. Il comprend également l'évaluation, le cas échéant, des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction de l'établissement, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble de ces informations.

À notre avis, les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées ont été compilées par le Centre de santé et de services sociaux des Îles, pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, dans tous leurs aspects significatifs, conformément aux définitions et explications contenues dans le MGF publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Corbeil Boudreau & Associés inc. (1)

Le 12 juin 2015

[1] France Painchaud, CPA auditeur, CA

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

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

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2015**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Non-respect des normes comptables						
canadiennes pour le secteur public relativement à la comptabilisation des contrats de location d'immeubles	2011-2012	R	Directives du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Un contrat pour un intérim d'un poste cadre ne respectait pas l'article 2 du règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres	2013-2014	C	Le contrat n'a pas été renouvelé. À partir du 21 juin 2014 la personne a été rétribuée comme employée.	R		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Nous avons relevé des cas de non-conformité à la "Directive concernant les frais de déplacement des personnes engagées à honoraires par les organismes publics".	2013-2014	C	Sera réglé en 2015-2016			NR
Pour le stationnement, les frais généraux aux activités accessoires sont estimés à un montant correspondant aux revenus.	2011-2012	C	Les dépenses afférentes au stationnement sont imputées intégralement aux activités accessoires	R		

Le système de compilation des unités de mesure du service #7400 - Déplacement des usagers émet comme hypothèse que le retour d'un usager est effectué dans le même sous-service que son départ ce qui n'est pas toujours réel.	2014-2015	C	Une demande de correction sera faite au fournisseur informatique pour 2015-2016.			NR
Rapport à la gouvernance						
Lors de la vérification des résolutions du conseil d'administration ratifiant les demandes d'autorisations d'emprunt au MSSS, nous avons relevé des non concordances dans les dates et numéros des emprunts autorisés et les résolutions. De plus pour un emprunt, la résolution du conseil d'adminstration envoyée au MSSS n'a pu être retracée aux procès-verbaux.	2013-2014	O	Nouvelle méthode de classification des documents reliés aux emprunts	R		
La politique de l'établissement concernant les conflits d'intérêts ne commande pas une déclaration d'intérêts des membres du conseil d'adminisatration et de la direction lorsqu'il est pertinent de le faire.	2011-2012	O		R		

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2015

Nom de l'établissement: CSSS des Îles | Code: 1104-4085 | Page / Can.: 204-06 /

Tous les fonds | Exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	267 472		267 472	1 309 157
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	4 864 238	398 740	5 262 978	6 251 126
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	558 292	71 866	630 158	720 319
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	534 681	(534 681)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	3 271 175	(4 675 977)	(1 404 802)	(1 468 621)
Placements de portefeuille	8	297		297	297
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	144 699	144 699	144 499
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	5 159		5 159	14 724
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	9 501 314	(4 595 353)	4 905 961	6 971 501
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	17 600 000	2 545 617	20 145 617	20 951 868
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	3 933 040	501 356	4 434 396	4 451 554
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	1 724 445	1 724 445	1 640 676
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	15 624	398 740	414 364	412 080
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	407 195	783 268	1 190 463	1 467 319
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	42 900 682	42 900 682	43 394 793
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	3 749 687	XXXX	3 749 687	3 706 073
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25				
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	25 705 546	48 854 108	74 559 654	76 024 363
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(16 204 232)	(53 449 461)	(69 653 693)	(69 052 862)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	53 466 120	53 466 120	54 169 665
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	691 125	XXXX	691 125	601 557
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	232 982		232 982	144 192
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	924 107	53 466 120	54 390 227	54 915 414
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(15 280 125)	16 659	(15 263 466)	(14 137 448)

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

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

AS-471 Rapport financier annuel | Gabarit LFRG 2015.1.0 | Révisée: 2017-2015

Timbre validé: 2015-06-12 15:25:43 | Rapport v 1.0

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

1. CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). 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 des Îles-de-la-Madeleine.

Le siège social de l'établissement 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 assujettiaux impôts sur le revenu.

a. Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

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

L'établissement poursuivra ses activités comme antérieurement, n'étant pas fusionné d'après l'article 8 de la loi.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

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

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

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

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

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

b. Utilisation d'estimations

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

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

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

c. Comptabilité d'exercice

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

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

d. 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.

e. Revenus

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

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et

d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

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

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

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

f. Revenus provenant des usagers

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

g. 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.

h. Autres revenus

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

i. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi*

concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

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

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

k. Charges inhérentes aux ventes de services

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

l. Instruments financiers

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

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

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

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

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

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

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

ii. Débiteurs

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

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

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

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

iv. Créditeurs et autres charges à payer

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

v. Dettes à long terme

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

vi. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

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

m. Passifs au titre des avantages sociaux futurs

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

comprennent les droits parentaux.

i. Provision pour assurance-salaire

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

ii. Provision pour vacances

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

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

iii. Provision pour congés de maladie

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

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

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

iv. Régime de retraite

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

n. Immobilisations

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

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

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

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

o. Frais payés d'avance

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

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

p. Stock de fourniture

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

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

q. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et fonds d'immobilisation. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

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

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

r. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.
Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

s. Classification des activités

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

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

- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

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

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

t. Centres d'activités

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

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

u. Unités de mesure

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

v. Avoir propre

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

3. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

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

4. DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 16 juillet 2014 relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisation.

5. INSTRUMENTS FINANCIERS

a. Impacts sur les états financiers

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

b. Amortissement des frais reportés liés aux dettes

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

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

6. DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 6 929 326 $, au taux effectif de 2,109 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 305 082 $ et un dernier versement de 5 708 998 $, échéant en 2018.	6 624 244 $	6 929 326 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 496 551 $, au taux effectif de 2,0817 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 27 586 $ et un dernier versement de 386 207 $, échéant en 2018.	468 964 $	496 551 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 716 748 $, au taux effectif de 2,944 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 108 670 $ et un dernier versement de 1 738 718 $, échéant en 2024.	2 716 748 $	- $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 474 702 $, au taux effectif de 2,904 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 73 735 $ et un dernier versement de 811 087 $, échéant en 2024.	1 474 702 $	- $
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 1994, d'une valeur nominale de 38 522 900 $, au taux effectif de 9,3750 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 1 540 916 $ et un dernier versement de 3 081 832 $, échéant en 2018.	6 163 664 $	7 704 580 $
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2000, d'une valeur nominale de 1 198 000 $, au taux effectif de 6,403 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 59 900 $ et un dernier versement de 359 400 $, échéant en 2015.	359 400 $	419 300 $
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec	- $	1 548 437 $

	Exercice courant	Exercice précédent
en 2009, d'une valeur nominale de 1 843 377 $, au taux effectif de 3,2452 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 73 735 $ et un dernier versement de 1 548 437 $, remboursé durant l'exercice.		
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2011, d'une valeur nominale de 1 721 134 $, au taux effectif de 3,418 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 68 845 $ et un dernier versement de 1 376 909 $, échéant en 2017.	1 514 599 $	1 583 444 $
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 3 144 030 $, au taux effectif de 2,428 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 135 862 $ et un dernier versement de 2 328 858 $, échéant en 2018.	2 736 443 $	2 872 305 $
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 4 149 237 $, au taux effectif de 2,463 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 165 970 $ et un dernier versement de 3 153 417 $, échéant en 2019.	3 817 298 $	3 983 267 $
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2013, d'une valeur nominale de 18 276 006 $, au taux effectif de 2,122 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 731 040 $ et un dernier versement de 14 620 806 $, échéant en 2018.	16 813 925 $	17 544 966 $
Billet à terme contracté en 2013, d'une valeur nominale de 298 233 $, au taux de 2,40 %, remboursable par versements mensuels de 8 594 $ incluant capital et intérêts, échéant en 2016.	110 234 $	209 422 $
Billet à terme contracté en 2013, d'une valeur nominale de 80 155 $, au taux de 3,25 %, remboursable par versements mensuels de 1 449 $ incluant capital et intérêts, échéant en 2018.	50 580 $	58 165 $
Contrat de location-acquisition d'une valeur nominale de 39 850 $ au taux de 6,70 %, remboursable par versements trimestriels, échéant en 2017.	23 601 $	31 995 $
Contrat de location-acquisition d'une valeur nominale de 27 453 $, au taux de 6,475 %, remboursable par versements trimestriels, échéant en 2019.	26 280 $	- $
Contrat de location-acquisition d'une valeur nominale de 32 329 $, au taux de 7,86 %, remboursable par versements mensuels, remboursé durant l'exercice.	- $	4 455 $
Contrat de location-acquisition d'une valeur nominale de 93 890 $, au taux de 10,25 %, remboursable par versements mensuels, remboursé durant l'exercice.	- $	8 580 $
Total	42 900 682 $	43 394 793 $

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

	$
2015-2016	3 349 039 $
2016-2017	3 257 555 $
2017-2018	3 245 257 $
2018-2019	3 224 568 $
2019-2020	1 681 390 $
2020-2021 et subséquents	28 142 873 $
Total	42 900 682 $

7. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

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

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	3 178550 $	2 487 714$	2 410 493 $	3 255 771$	3 178 550 $
Assurance-salaire	389 051 $	1 427 182$	1 447 247 $	368 986 $	389 051 $
Provision pour maladie	125 792 $	838 056 $	863 508 $	100 340 $	125 792 $
Droits parentaux	12 680 $	56 421 $	44 511 $	24 590 $	12 680 $
Allocation rétention hors-cadre					
Congés fériés	109 823 $	1 285 563$	1 282 232 $	113 154 $	109 823 $
Congés mobiles	15 879 $	26 846 $	28 908 $	13 817 $	15 879 $
Total	3 831 775 $	6 121 782$	6 076 899 $	3 876 658$	3 831 775 $

8. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortisse-ment cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	33 370 $		33 370 $	33 370 $
Aménagement des terrains	344 254 $	194 818 $	149 436 $	140 628 $
Bâtiments	61 987 558$	24 438 070$	37 549 488 $	47 205 793 $
Améliorations locatives	386 572 $	225 154 $	161 418 $	188 769 $
Améliorations majeures aux bâtiments	10 434 463$	1 030 152 $	9 404 311 $	
Matériels et équipements	7 095 578 $	5 721 038 $	1 374 540 $	1 717 130 $
Équipements spécialisés	13 370 822$	8 750 706 $	4 620 116 $	4 706 988 $
Matériel roulant	71 211 $	30 298 $	40 913 $	48 440 $
Développement informatique				
Réseau de télécommunication	98 604 $	14 790 $	83 814 $	93 674 $
Location-acquisition	79 464 $	30 750 $	48 714 $	34 873 $
Projets en cours				
Total	93 901 896$	40 435 776 $	53 466 120 $	54 169 665 $

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentés respectivement aux pages 420-00 à 422-00 du AS-471 ou 361 à 363 du AS-475.

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

9. GESTION DES RISQUES FINANCIERS

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

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissementau risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire),

les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	267 472 $	1 309 157 $
Placements temporaires		
Débiteurs - Agences et MSSS	5 288 097 $	6 251 126 $
Autres débiteurs	630 158 $	720 319 $
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	(1 404 802 $)	(1 468 621) $
Placements de portefeuille	297 $	297 $
Total	4 513 750 $	5 503 121 $

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum.

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

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

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 86% pour l'exercice 2014-2015 et 87% pour l'exercice 2013-2014 du montant total recouvrable.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	591 183 $	720 319 $
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours		
De 30 à 59 jours		
De 60 à 89 jours		
De 90 jours et plus	40 260 $	1 505 $
Sous-total	40 260 $	1 505 $
Provision pour créances douteuses	1 285 $	1 505 $
Sous-total	38 975 $	0 $
Total des autres débiteurs	630 158 $	720 319 $

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses:	1 505 $	28 410 $
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	220 $	23 864 $
Montants recouvrés	0 $	3 041 $
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	1 285 $	1 505 $

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

b. Risque de liquidité

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

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

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer, les dettes à long terme, les intérêts courus et les avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé

aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	3 933 040 $	3 963 466 $
De 6 mois à 1 an :		
De 1 à 3 ans :		
De 3 à 5 ans :		
De plus de 5 ans :		
Total des autres créditeurs	3 933 040 $	3 963 466 $

c. Risque de marché

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

L'établissement *est exposé au risque suivant:*

i. Risque de taux d'intérêt

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

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	20 145 617 $	20 951 868 $
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	1 724 445 $	1 640 676 $
Dettes à long terme	42 900 682 $	43 394 793 $

Les emprunts temporaires totalisent 20 145 617 $ et portent intérêt au taux des acceptations bancaires 0.05%. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 44 625 127 $, un montant de 1 724 445 $ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 42 900 682 $, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. De ce montant, un montant de 42 689 987 $ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS ou l'Agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 210 695 $ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

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

10. BIENS DÉTENUS À TITRE DE FIDUCIAIRE

À titre de fiduciaire, l'établissement administre les biens suivants au profit des bénéficiaires :
compte bancaire.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés *à la page 375 du AS-471.*

11. OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'établissement est apparentéavec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées *aux pages* 612-00 à 647-00 du AS-471.

12. CHIFFRES COMPARATIFS

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

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS des Îles	1104-4088	358-00 /

Fonds d'exploitation — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	42 680 970	43 584 632		43 584 632	42 763 844
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	8 015				7 779
Contributions des usagers (P301)	3	1 679 341	1 839 975	XXXX	1 839 975	1 739 943
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	451 499	521 187	XXXX	521 187	510 585
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	16 500	17 148		17 148	15 501
Revenus de type commercial (P351)	7	108 500	XXXX	30 015	30 015	53 376
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	121 029	32 824	75 034	107 858	109 295
TOTAL (L.01 à L.11)	12	45 065 854	45 995 766	105 049	46 100 815	45 200 323
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	31 940 248	32 278 144	13 882	32 292 026	31 236 908
Médicaments (P750)	14	1 561 540	1 099 193	XXXX	1 099 193	1 498 277
Produits sanguins	15	503 325	415 396	XXXX	415 396	499 084
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	1 095 463	1 031 848	XXXX	1 031 848	1 093 818
Denrées alimentaires	17	393 000	391 256	XXXX	391 256	391 406
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	2 078 405	2 002 559	XXXX	2 002 559	2 018 903
Frais financiers (P325)	19	235 000	220 505	XXXX	220 505	209 699
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	437 751	495 376	49 445	544 821	376 263
Créances douteuses (C2:P301)	21					
Loyers	22	165 974	166 052		166 052	175 361
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	8 859 139	8 861 864	9 220	8 871 084	8 743 699
TOTAL (L.13 à L.24)	25	47 269 845	46 962 193	72 547	47 034 740	46 243 418
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(2 203 991)	(966 427)	32 502	(933 925)	(1 043 095)

ENTENTE DE GESTION 2014-2015

DESCRIPTION ET RÉFÉRENCE		ENGAGEMENT 2014-2015	SUIVI PÉRIODIQUE
			Résultats 2014-2015
1.1 Santé publique			
1.01.12.B1-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine, auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (prénatale), au cours de l'année de référence.	0,5	**0**
1.01.12.B2-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine, auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (postnatale 1), au cours de l'année de référence.	1	**0**
1.01.12.B3-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine, auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (postnatale 2), au cours de l'année de référence.	0,25	**0,25**
1.01.12.B4-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine, auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (postnatale 3), au cours de l'année de référence.	0,15	**0,01**
1.01.13.EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	70	**12,5 %**
1.01.14.EG2	Proportion des enfants recevant 1re dose en CLSC vaccin contre DCaT-VPI-Hib ou DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	95	**100%**
1.01.15.EG2	Proportion des enfants recevant 1re dose en CLSC vaccin contre méningocoque de sérogroupe C dans les délais	95	**100%**
1.01.19.1-PS	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (diarrhées associées au C Difficile)	Seuil établi à 4,4 cas / 10 000 jours-présence	**5 / 8774 + 11 cas non attribuables au CISSS des Îles**
1.01.19.2-PS	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthiciline)	Seuil établi à 0,56 cas / 10 000 jours-présence	**1 / 8774 + 2 cas non attribuables au CISSS des Îles**
SAPA			
1.03.05.01-PS	Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par différents modes de distribution (CSSS-mission CLSC)	54 887 h	**55 065 h**

1.03.06-PS	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	70	**74,76 %**
DÉFICIENCES			
1.45.45.02-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, priorité urgente)	90	**N/A**
1.45.45.03-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, priorité élevée)	90	**100**
1.45.45.04-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès (toutes déficiences, tous âges, priorité modérée)	90	**100**
DÉPENDANCE			
1.07.05-PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1re ligne en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par le CSSS	106	**60**
SANTÉ MENTALE			
1.08.05-PS	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	19	**28**
1.08.06-PS	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	5	**11**
1.08.09-PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	263	**219**
SANTÉ PHYSIQUE			
1.09.01-PS	Séjour moyen sur civière (durée)	12	**11,3 h**
1.09.03-PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0	**1 %**
1.09.20.00-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central, traitées dans les délais (ensemble des chirurgies)	90	**0**
1.09.20.01-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central, traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	90	**0**
1.09.20.02-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central, traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	90	**0**
1.09.20.03-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central, traitées dans les délais pour une chirurgie	90	**91,7**

	de la cataracte		
1.09.20.04-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central, traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	90	**82,8**
1.09.20.05-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central, traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	90	**97,6**
1.09.27-PS	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	71	**71**
1.09.31-PS	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur une civière	10	**11,05 %**
1.09.32.00-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an (ensemble des chirurgies)	0	0
1.09.32.01-PS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90	**64,3%**
1.09.33.02-PS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	**71,4 %**
1.09.34.00-EG2	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	90	**non atteint**
1.09.35.00-EG2	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	90	**Atteint sauf graphies scopies et mammo**
1.09.36.00-EG2	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	90	**Atteint sauf mammo et scopies**
1.09.37.00-EG2	Proportion des rapports transcrits complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	90	**10 jours**
HYGIÈNE ET SALUBRITÉ			
2.02.02	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	**50 %**
RESSOURCES HUMAINES			
3.01-PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,06	**8,92**
3.05.01-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	6,53	**3,31 %**
3.05.02-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,39	**2,03 %**

3.06.01-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0	**0,25 %**
3.06.02-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0	**0**
3.06.03-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0	**0**
3.06.04-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0	**0**
3.07-PS	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de 1re ligne titularisées et offrant des services de 1re ligne	2	**1**
3.08-PS	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main d'œuvre	100	**N/D**
3.09-PS	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100	**N/D**
3.10-PS	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat	100	**N/D**
3.13-PS	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	100	**N/D**
3.14-PS	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100	**N/D**
DÉSENCOMBREMENT DES URGENCES			
4.01.01-EG2	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers des lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée	3	**2,7**
4.01.05-EG2	Nombre moyen de patients par CH en en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3	**0**
4.01.06-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	3	**0**
RÉPERTOIRE DES RESSOURCES			
6.01.01-EG2	Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS) mises à jour dans les délais	95	**N/D**

CONSEIL D'ADMINISTRATION

En date du 31 mars 2015, les membres du conseil d'administration sont :

- Gaston Bourque, Président (Élu par la population)
- Élie Chevrier, Vice-président (Coopté par le C.A.)
- Yvette Fortier, Secrétaire-Directrice générale
- France Arseneau (Remplace Andrée Cyr, élue par la population)
- Jérôme Aucoin (Désigné par la Fondation Santé de l'Archipel)
- Lauraine Bourque (Cooptée par le C.A.)
- Helena Burke (Cooptée par l'Agence)
- Mario Cormier (Comité des usagers)
- Dr Marcel Couture (CMDP)
- Robert Deraspe (Coopté par l'Agence)
- Marc Joncas (Coopté par le C.A.)
- Nancy Leblanc (Comité des usagers)
- Marie-Josée Noël (Cooptée par le C.A.)
- Francis Simard (Coopté par le C.A.)
- Damien Turbide (Organismes communautaires)
- Poste vacant (Conseil des infirmières et infirmiers - CII)
- Poste vacant (Personnel non clinique)
- Poste vacant (Conseil multidisciplinaire - CM)

Le conseil d'administration a tenu sept séances régulières et quatre séances extraordinaires.

COMITÉS 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

Comité des pratiques professionnelles interdisciplinaires

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 2013-2014. 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

Mot du Président

C'est avec plaisir que je vous transmets mon quatrième rapport annuel à titre de président du CMDP de l'Archipel.

Vous constaterez qu'il se veut le reflet des activités professionnelles réalisées par nos comités dans le cadre de leurs obligations légales. Le rapport actuel insistera sur les activités principales du CECMDP pour l'année financière qui se termine. Vous pourrez vous référer aux rapports des différents comités et départements pour compléter les informations.

Rappelons que le CMDP de l'Archipel regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Îles. Il a pour mandat principal d'apprécier la qualité et la pertinence des services que fournissent ses membres. En outre, il assiste le directeur général (DG) et lui donne son avis sur l'organisation et la prestation des soins en tenant compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficients. Il doit aussi exercer ses fonctions en conformité avec la mission et les ressources dont dispose l'établissement.

Vu le caractère particulier de la pratique médicale sur notre territoire insulaire, le CMDP a la responsabilité d'une distribution des soins pour une population captive et partage une vision de soins de qualité appropriés pour un milieu communautaire et rural comme le nôtre. Ainsi, le CMDP favorise la contribution commune des membres de ses différents départements à la hauteur de leurs compétences pour répondre aux besoins de la population.

De plus, au cours de la dernière année, dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP a encouragé ses membres à une approche participative de cogestion avec l'ensemble des acteurs impliqués dans les soins. Le CMDP a porté une attention particulière aux activités régulières des départements et des comités obligatoires. Conjointement à la direction des services professionnels, de nombreux efforts ont été déployés en ce sens.

LE CMDP

Le CMDP de l'Archipel est actuellement composé de 40 membres réguliers : 24 médecins membres actifs, 8 médecins membres associés, 2 pharmaciens et 6 dentistes. Ajoutons à ce nombre près de 200 membres associés consultants ou dépanneurs. Vous pouvez consulter les détails au tableau 1.

Cette année, sur le plan des départs et arrivées d'effectifs locaux, notons les démissions officielles de Dr Robert Hanel, interniste, et Dr Steve Arnold, omnipraticien. Mentionnons les nominations du Dr Patrick Blouin, omnipraticien, et Dr Mathieu Brunet, omnipraticien, qui est en processus de nomination. Ces deux médecins de famille commenceront leur pratique à l'été 2015. Ajoutons la nomination de Dr Souissi, anesthésiste, qui amorcera sa pratique en octobre prochain. Enfin, notons le changement de statut comme membre associé du Dr Bernard Rodrigue, radiologiste, vu son absence depuis plus d'un an.

Le CMDP s'est réuni à l'occasion de deux assemblées ordinaires et d'une assemblée générale annuelle qui s'est tenue le 11 juin 2015.

Dr Marcel Couture siégeait comme représentant du CMDP au conseil d'administration jusqu'à sa dissolution récente par le projet de loi 10.

TABLEAU 1 – PORTRAIT DES MEMBRES		
		Nombre
Membres au début de l'exercice	Omnipraticiens	26
	Spécialistes	196
	Pharmaciens	2
	Dentistes	7
	Total	**231**
Nominations	Omnipraticiens	2
	Spécialistes	7
	Pharmaciens	0
	Dentistes	0
	Total	**9**
Non-renouvellements	Spécialistes dépanneurs	5
Départs	Omnipraticiens	2
Membres à la fin de l'exercice	Omnipraticiens	26
	Spécialistes	198
	Pharmaciens	7
	Dentistes	2
	Total	**233**
Membres actifs	Omnipraticiens	14
	Spécialistes	10
	Pharmaciens	2
	Dentistes	0
	Total	**26**
Membres associés - réguliers	Omnipraticiens	7
	Spécialistes	1
	Pharmaciens	0
	Dentistes	6
	Total	**14**
Membres associés - dépanneurs	Omnipraticiens	5
	Spécialistes	187
	Pharmaciens	0
	Dentistes	1
	Total	**193**
Membres-conseils	Omnipraticien	1

LES COMITÉS OBLIGATOIRES

Comité exécutif

Dr Jean-François Noël, président
Dr Ychelle Fortier, vice-présidente
Dr Amélie Hubert, trésorière
Dr Steve Lessard, membre officier
Dr Marjolaine Bourque, membre officier
Dr Pierre Leclerc (en remplacement Dre Bourque), membre officier
Mme Yvette Fortier, directrice générale, DSP ex officio
Mme Sarah Leblanc, support clérical

Cette année le comité exécutif a tenu six réunions régulières et deux réunions extraordinaires.

Un des thèmes récurrents de l'année a été la révision, la mise à jour et la standardisation des règlements, des ordonnances, des procédures, des protocoles, des politiques et de divers processus pour lesquels le CMDP doit donner sa recommandation ou son approbation. Pour ce faire, le CECMDP a supervisé différents comités.

D'abord, le comité des pratiques professionnelles interdisciplinaires (CPPI) a poursuivi son travail de chapeautage de différents comités pour la production de plusieurs documents :

- nouvelles ordonnances médicales individuelles standardisées pré imprimées (OMISP),
- nouvelles ordonnances collectives (OC),
- révision et mise en forme adéquate d'OMISP déjà en cours, nouveaux formulaires de liaison dans le cadre d'OC,
- nouveaux protocoles médicaux,
- nouvelles feuilles de suivi systématique.

Après plus d'un an de création, mentionnons que le CPPI a très bien intégré ses fonctions et est devenu un comité interdisciplinaire indispensable au fonctionnement du CMDP.

Ensuite, le comité de traumatologie a terminé son travail de production de recueil des procédures exigé par l'INESS. Après deux ans de travail, les derniers documents ont été approuvés par le CECMDP et le comité de traumatologie attend les recommandations finales de l'INESS.

Le CECMDP a lui-même précisé certains de ses règlements et politiques. Ainsi, des modifications ont été apportées pour le calcul du quorum afin de faciliter la tenue de réunions. Aussi, un ajout aux règlements a été fait afin d'exiger la production de toute liste de garde ou de travail sur laquelle un médecin ou pharmacien paraît au minimum un mois de calendrier à l'avance. Enfin, le CMDP a recommandé une procédure de suivi des règlements pour les membres du CMDP et cette dernière a été entérinée par le conseil d'administration.

Tel que l'exigent les règlements du CMDP, la plupart des départements ont révisé leurs règlements. Après approbation, ceux de médecine générale et de médecine interne ont officiellement été entérinés par le C.A. Ceux de chirurgie et anesthésie sont actuellement à l'étude. Restera la rédaction des règlements de radiologie et de psychiatrie.

Le CECMDP a aussi travaillé conjointement avec la direction pour modifier et améliorer la liste des critères pour les accompagnateurs médicaux.

Le CECMDP a participé au travail de réflexion entamé par la direction des services professionnels pour une réorganisation de l'organigramme départemental du CISSS.

Une nouvelle entente de garde à distance et de support local a vu le jour en pédiatrie avec l'équipe Maria. En orthopédie, une entente régionale est aussi à l'étude avec l'équipe de Chandler.

Concernant la qualité et l'organisation des soins, quatre secteurs ont demandé une attention plus particulière: l'oncologie, la périnatalogie, la psychiatrie et les soins prolongés.

D'abord en oncologie, les effectifs réduits dans le département de médecine interne ont obligé des réflexions concernant l'organisation des soins, notamment pour les patients en chimiothérapie active. Plusieurs rencontres des chefs de départements ont été tenues sous la direction de Mme Fortier et le travail est toujours en cours. Actuellement, l'équipe responsable des soins actifs en chimiothérapie se compose des deux membres de médecine interne, des pharmaciens locaux et d'une infirmière pivot en oncologie.

En périnatalogie, on se souvient que les médecins accoucheurs ont dénoncé une situation préoccupante concernant l'organisation et la qualité des soins infirmiers, suffisamment pour exiger un plan clair de redressement. En ce sens, le CMDP a d'abord recommandé la reconduction du programme AMPRO. Ensuite, le CECMDP a eu des consultations avec la direction des soins infirmiers, le département de médecine générale, le CMQ et l'OIIQ. Ces discussions ont ultimement mené à un plan d'amélioration qui est en cours.

Le CECMDP a aussi porté attention au suivi de la réorganisation des soins en santé mentale et en psychiatrie, dossier mené par Mme Fortier.

Enfin, on ne peut passer sous silence la plainte étudiée par le Protecteur du citoyen dans le secteur des soins prolongés et son rapport déposé en décembre 2014. De ce côté, un plan d'action a été élaboré par la direction et le CECMDP a collaboré aux travaux. Les nouvelles récentes sont très positives et M. Hotte, qui avait été mandaté par le MSSS pour superviser les travaux, semble très optimiste.

Comité d'examen des titres

Dr Pierre Leclerc, chirurgien – Président
Mme Yvette Fortier, DSP – membre officier
Dr Jean-François Noël, omnipraticien – membre officier
Dr Hugues Poirier, psychiatre – membre officier

Le comité s'est réuni à cinq reprises. Veuillez vous référer au rapport du comité.

Le comité a, entre autres, poursuivi son travail de révision des procédures de nomination et de renouvellement des privilèges.

TABLEAU 2 – CHANGEMENTS DE STATUT

	Actifs	Associés (réguliers)	Associés (Dépanneurs)	Conseils	Honoraires	Cessation de pratique ou non-renouvellement
Actifs		1				2
Associés (réguliers)						
Associés (dépanneurs)						5
Conseils						
Honoraires						

CEAMDP

Dre Rosalie Moreau, omnipraticienne – Présidente
Dr Michel Bérubé, interniste – membre officier
Mme Annie Chevarie – membre officier
Dre Ychelle Fortier – membre officier
Dre Caroline Grégoire – membre officier
Dre Rose-Marie Patry – membre officier

Le comité s'est réuni à quatre reprises. Veuillez vous référer au rapport du comité.

Comité de pharmacologie

Dr Luc Cyr, omnipraticien – Président
Mme Isabelle Daigneault, pharmacienne – membre officier
Dre Mylène Deraspe, omnipraticienne – membre officier
Mme Louise Gaudet, infirmière – membre officier
Dre Amélie Hubert, omnipraticienne – membre officier
Dr Steve Lessard, omnipraticien – membre officier
M. Reynald Tremblay, pharmacien – membre officier

Le comité s'est réuni à trois reprises. Veuillez vous référer au rapport du comité.

Comité de discipline

Il y a eu formation d'un seul comité de discipline qui, finalement, a été déclaré caduc en raison de la démission du médecin concerné par la plainte.

CONCLUSION

L'année financière qui se termine a permis la mise à jour et la standardisation de plusieurs documents d'encadrement cliniques et administratifs, tant au CMDP que dans les différents départements et services. Ainsi les bases d'un travail clinique efficace se précisent.

Il nous apparaît aussi que la réflexion sur l'organisation départementale doit se poursuivre dans le même sens. Avec la fragilité des petites équipes, il nous semble essentiel d'adopter une structure simple et efficiente permettant à la fois de faire face à nos obligations cliniques, mais aussi administratives et légales.

Dans le dernier rapport annuel, nous avions fixé comme objectif la création d'un comité des services diagnostiques pour une utilisation judicieuse des examens diagnostiques. Malheureusement, les chantiers en cours n'ont pas permis de concrétiser ce projet. Avec les correspondances récentes du ministre sur « la pertinence », il semble que notre vision soit partagée et je relance cet objectif pour la prochaine année.

En outre, le projet de loi 10 et la possibilité d'un projet de loi 20 auront des implications cliniques et administratives importantes et, encore une fois, j'encourage les membres du CMDP à s'impliquer activement dans les transformations à venir.

Jean-François Noël, MD
Président du CMDP

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Membres du CII

Au 31 mars 2015, les membres du CECII étaient Sandra Chiassion (présidente par intérim), Marie-Élaine Lapierre (vice-présidente par intérim démissionnaire), Vanessa Harvie (membre officier en élection), Josiane Leblanc (membre officier en élection), Amélie Poirier (membre officier), Louise Gaudet (membre officier et agente de communication), Johanne Cantin (DSI, membre d'office) et Yvette Fortier (DG, membre d'office).

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

Mandat spécifique reçu du conseil d'administration ou de la direction générale

- Aucun

Objectifs émanant de l'Assemblée générale annuelle 2014

- Réaliser, en collaboration avec la DSI, au moins deux audits différents par année sur la qualité des soins infirmiers;
- Continuer et optimiser sa présence dans les processus décisionnels qui ont un effet direct sur la qualité des soins infirmiers;
- Remettre sur pieds le CIIA;
- Continuer son implication dans la formation continue des infirmières;
- Émettre une recommandation officielle et étayée aux ressources humaines concernant les remplacements infirmiers.

Bilan des activités

- Nombre de réunions du comité exécutif du CII et taux de participation des membres
  - Nombre : 10 Taux de participation : 70 %
- Nombre de réunions du comité exécutif des infirmières et infirmiers auxiliaires
  - Nombre : 0
- Nombre de réunions du comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence
  - Nombre : 0

Rapports du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Le comité n'a pas été actif pendant l'année financière 2014-2015.

Rapport du comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence

Étant donné la démission de la présidente du comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien de promotion de la compétence, aucune rencontre n'a eu lieu au cours de l'année financière. Malgré cela, un audit a été réalisé par Louise Gaudet.

1) L'**audit sur les chutes** n'a pas été fait, car la règle de soin est actuellement en révision.

2) Un **audit sur les opiacés**, effectué en juillet-novembre 2014, a permis de conclure que la pratique infirmière en lien avec l'application de la règle de soin est conforme à 70% pour l'activité d'évaluation initiale et à 85% en cours d'évaluation. Des recommandations ont aussi été faites pour amélioration. La feuille de suivi a été révisée.

De plus, dans le cadre de la semaine des infirmières 2014, deux situations cliniques du code bleu ont été réalisées. Cependant, la pratique du code sur une base mensuelle souhaitée par Julie Decoste, Dre Amélie Hubert et Marie-Claude Vigneau n'a pas eu lieu.

Recommandations ou avis émis par le CII concernant

Les ordonnances collectives, OMISP et protocoles

Projet d'accueil clinique approuvé avec recommandations le 22 septembre 2014 :

- Accueil clinique – cadre de référence
- OC – Application des algorithmes cliniques à l'accueil clinique
- Algorithmes de référence à l'accueil clinique
  - Nodule ou masse pulmonaire
  - Thrombose veineuse profonde
  - Angine stable ou DRS atypique avec facteurs de risque
  - FA de novo
  - Hémoptysie
  - Ischémie cérébrale transitoire
- OC : Initiation d'un traitement pour six semaines afin d'atténuer les symptômes de sevrage à la nicotine approuvé le 22 septembre – présentation à venir le 28 mai par Isabelle Daigneault, Pharmacienne.
- OC : Prendre en charge la contraception d'urgence approuvée le 26 février 2015.
- OC : Instaurer la contraception hormonale ou la contraception par stérilet approuvée le 26 février 2015
- OC : Acide folique et multivitamines pour femmes OLO et SIPPE approuvée le 26février 2015
- OMISP – Analgésie contrôlée par le patient approuvée avec recommandations le 22 janvier 2015
- OMISP – psychiatrie approuvée avec recommandations le 3 juillet 2014
  - Clozapine
  - Lithium
  - Carbamézépine
  - Acide Valproïque
  - Suivi per antipsychotique atypique
  - Bilan de dépistage
- OMISP en périnatalité approuvé le 22 février 2015
  - Antibioprophylaxie streptocoque du groupe B intra partum
  - Postpartum standard (prescription)
  - Postpartum standard (examen et surveillance)
  - Chorioamnionite intrapartum
  - Maturation du col
  - Routine antepartum
- Protocole déclenchement médical à l'ocytocine le 26 mars 2015

Les règles de soins

Adoption des règles de soins suivantes :

1. Chutes
2. Surveillance des opiacés

Avis émis par le CII au directeur général concernant

- Formation de base pour les infirmières et infirmiers du CSSS des Îles.
- Présence d'infirmière en pratique privée au sein du CSSS des Îles.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés

Malgré les efforts, la relance du CIIA n'a pas eu lieu. Peu d'avancés dans ce dossier ont eu lieu au cours des derniers mois.

La conseillère en gestion des risques, Mme Denise Landry, n'a présenté au CECII aucun rapport sur les principaux incidents rapportés en lien avec la pratique infirmière (invitée à deux rencontres par année comme membre d'office). Le CECII devra relancer son invitation à Mme Landry.

Pour ce qui est de l'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence, un audit a eu lieu cette année avec d'excellents résultats. Le CECII tient à souligner la collaboration de Mme Louise Gaudet dans ce dossier.

Plusieurs activités de formation continue pour les infirmières ont eu lieu cette année, particulièrement dans la semaine des infirmières 2014. Le CECII continue d'appuyer, au besoin, l'élaboration et la distribution de ces formations.

Pour ce qui est de l'implication du CII dans les processus décisionnels qui le concernent, le CECII fut invité à rencontrer le Protecteur du citoyen à la suite d'un incident survenu au CHSLD. À la suite des recommandations de ce dernier, un comité réunissant les diverses instances (CECII, CECMDP, CM, DG, DSI, gestion de risques) fut créé et une première rencontre a eu lieu.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

- Se positionner sur l'Avis conjoint concernant la non-pertinence d'assujettir certains tests à une obligation d'ordonnance collective;
- Se positionner sur le droit de pratique des infirmières de l'établissement auprès de leur famille;
- Pourvoir le poste vacant au CA;
- Relancer le CIIA;
- Relancer le comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence;
- Réaliser, en collaboration avec la DSI, au moins deux audits différents sur la qualité des soins. Je suggère un audit sur l'examen clinique et un sur les chutes, une fois la règle de soins terminée;
- Continuer son implication dans la formation continue des infirmières

Recommandations générales

Étant donné la situation actuelle dans l'établissement, il serait souhaitable d'impliquer le CII dans le plan d'effectif en soins infirmiers et dans la formation continue des infirmières. Il s'agit d'un mandat légiféré du CECII.

En ce qui a trait à la formation continue, la réponse aux formations en évaluation clinique étant au-delà des attentes, le CECII recommande que ce type de formation soit inscrit au plan de formation annuel. D'ailleurs, un avis a été émis à la Direction des soins infirmiers, à la Direction générale et aux

Ressources humaines à ce sujet. De plus, une formation en soins de plaie devrait être priorisée pour répondre aux besoins des infirmières auxiliaires.

Conclusion

Le CII du CSSS des Îles avait pour mandat et objectifs spécifiques, pour l'année 2014-2015, de réaliser au moins deux audits en cours d'année, d'augmenter sa présence au sein des processus décisionnels, de continuer son approche de collaboration avec les autres instances permanentes, de remettre sur pied le CIIA et de renforcer son implication dans la formation continue. La plupart de ces mandats et objectifs ont été remplis ou sont en cours.

Par ailleurs, diverses recommandations ou avis ont été émis par le CII en cours d'année et un suivi de ces recommandations sera à effectuer, en plus de poursuivre ou de maintenir, pour la prochaine année, les efforts déjà déployés relativement aux objectifs de cette dernière année.

Sandra Chiassion, présidente par intérim du CII

COMITÉ DES USAGERS

Le comité est formé de Nancy Leblanc (présidente), Mario Cormier (vice-président), Michel Beaudoin (secrétaire-trésorier), Carole Boucher (présidente du comité des résidents), France Arseneau, Ghislaine Chevarie, Georges Painchaud, Colette Petitpas et Pierrette Miousse.

Yvette Fortier, DG du CSSS des Îles, et Gisèle Painchaud, commissaire locale aux plaintes, participent à l'occasion aux rencontres à titre d'invitées.

Le comité des usagers du CISSS des Îles a pour mandat de représenter les usagers de toutes les clientèles de l'ensemble des installations 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.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année

- Augmenter la visibilité du comité des usagers;
- Renseigner la population sur les droits et obligations des usagers de l'établissement;
- Poursuivre les rencontres avec les gestionnaires et les directeurs de l'ensemble des services offerts par l'établissement, dans le but de bien renseigner les usagers sur les services disponibles;
- Cibler des secteurs de services pour recueillir la satisfaction de la clientèle sur un service de qualité adéquat;
- Suivre de près l'accessibilité à un médecin de famille (clientèle orpheline);
- Embaucher une personne ressource et mettre en place divers petits comités pour rendre le comité des usagers actif et productif;
- S'assurer d'un accompagnement et d'une assistance avec un suivi rigoureux des plaintes, en collaboration avec la commissaire locale aux plaintes.

Bilan des activités 2014-2015

- Nombre de réunions tenues : 17 – Taux de participation : 83 %.
- **Actions prises pour renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations**
    - Diffusion de capsules à la radio communautaire.
    - Présentation du mandat du comité dans les diverses activités auxquelles nous avons participé.
    - Conférence par un professionnel de la santé sur la maltraitance.
    - Distribution de dépliants sur les droits et obligations des usagers.
    - Formation à l'ensemble du comité par le regroupement des comités des usagers provincial (4 formations) : La formation de base d'un comité des usagers, comment

être efficace à recueillir un commentaire d'un usager, le plan d'action, le choix des sujets d'évaluations auprès de la clientèle des usagers et résidents.

- **Actions prises pour promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers**
  - Favoriser une collaboration avec divers comité du CSSS des Îles pour une vision centrée sur l'usager.
  - Le comité des résidents est maintenant fonctionnel, les membres du comité sont actifs et favorisent des actions concrètes pour l'amélioration du milieu de vie des résidents du pavillon Eudore-LaBrie; nouveaux dépliants pour l'accueil des nouveaux arrivants résidents et un horaire d'activités a été réalisé.
  - Un rapport avec des recommandations a été déposé à la suite de la réalisation d'un café citoyen afin de divulguer les commentaires des usagers.
- **Actions prises pour évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus**
  - Un café du citoyen a été effectué avec la population des Îles en novembre 2014, favorisant les échanges sur les commentaires des usagers sous la formule de table de discussion, entourant les sujets suivant : la santé mentale, les soins hospitaliers et professionnels, les hébergements et le réseau communautaires et soins à domicile. Un rapport fut remis au conseil d'administration et à la direction.

Suivi des activités des comités de résidents

Le comité des résidents a eu besoin d'une bonne remise en forme pour se conformer à la loi sur le mandat de ce comité. Le comité des usagers du CSSS des Îles étant bien préoccupé par ce manquement de rigueur, s'est voué à faire une Assemblée générale annuelle, à recruter des membres intéressés à la qualité de vie des résidents du pavillon EudoreLaBrie. Celui-ci est maintenant autonome et structure des défis intéressants. Deux membres de ce comité participent comme membre du comité milieu de vie du Pavillon.

La clientèle du CHSLD Eudore-LaBrie est composée de résidents de plus en plus en perte d'autonomie, malgré tout, deux résidents siègent au comité.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière

- La liste d'attente pour la clientèle orpheline a diminué considérablement.
- De plus en plus d'usagers connaissent l'existence d'un comité d'usagers au CSSS des Îles grâce à notre implication : participation aux diverses activités, publicité ciblant les usagers, le personnel et les proches ainsi qu'un horaire fixe de 10 heures par semaine à la population pour utiliser nos services avec l'aide de la personne ressource.
- En favorisant la présentation du comité au personnel et à la direction du CSSS des Îles , une toute nouvelle collaboration avec les gestionnaires et les directeurs nous permet et nous permettra de connaître les divers services existants, ainsi que les services en changement.
- La formation pour l'ensemble du comité fut particulièrement appréciée des membres et le résultat significatif et standardisé.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

- Augmenter la visibilité du comité des usagers;
- Renseigner la population sur les droits et les obligations des usagers de l'établissement;
- Faire du café de citoyen une rencontre annuelle conviviale pour y recueillir le plus possible des commentaires de vécus diversifiés, remettre un rapport et des recommandations.
- Poursuivre la rencontre avec les gestionnaires et les directeurs de l'ensemble des services offerts par l'établissement, dans le but de bien renseigner les usagers sur les services disponibles;
- Cibler des secteurs de services pour recueillir la satisfaction de la clientèle sur un service de qualité adéquat;
- Mettre en place divers petits comités pour rendre le comité des usagers actif et productif;
- S'assurer d'un accompagnement et d'une assistance avec un suivi rigoureux des plaintes, en collaboration avec la commissaire locale aux plaintes.
- Mise en place d'un moniteur sur projecteur à la vue des usagers, les informant des droits, des services disponibles pour ceux-ci. Les capsules d'informations favoriseront la communication.

Recommandations

Les droits et les obligations des usagers

- Promouvoir l'information au personnel des installations du CISSS des Îles pour informer davantage les usagers de leurs droits et de leurs obligations, au moment opportun.
- Les comités des usagers sont des partenaires essentiels à la réussite d'un milieu de qualité de soins et de services. Nous offrons notre disponibilité à toute instance de l'ensemble des installations du CISSS des Îles.

L'amélioration de la qualité des conditions de vie et la satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus

- Dans plusieurs services du CISSS des Îles, les usagers relèvent une communication déficiente. Pour viser un service de qualité, des outils de référence sur papier, informer l'usager sur les étapes à venir, anticiper une communication en lien avec d'autres services que l'usager utilisera ou pourra utiliser fait partie d'une solution gagnante pour tous. Comme l'usager est au centre des préoccupations du personnel et des partenaires, il importe que les procédures et les directives qui apportent un éclairage pour y faire face soient connues et partagées.

Conclusion

L'équipe du comité des usagers du CISSS des Îles est dynamique et de plus en plus stimulante. Le défi demeure grand pour faire connaître les droits et les obligations des usagers. Le comité tend la main à la direction, à tout le personnel et bien sûr à tous les usagers et leur famille pour un résultat de soins et services d'amélioration continue. L'équipe se presse d'acquérir la connaissance de tous les services offerts sur l'ensemble du CISSS des Îles, ainsi qu'en connaître les changements à venir pour bien informer les usagers.

Nancy Leblanc, Présidente du comité des usagers

COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le mandat général de la commissaire locale aux plaintes est de s'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Au CSSS des Îles, la commissaire locale aux plaintes bénéficie de toute l'indépendance nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

Mandat ou objectifs spécifiques ou avis demandés par le conseil d'administration au cours de l'année financière

- S'assurer de la diffusion des plaintes reçues et traitées au comité de vigilance et au conseil d'administration.
- Poursuivre les activités d'information sur le rôle de la commissaire locale aux plaintes.

Bilan des activités

- Nombre total de plaintes reçues : 37
- Concernant des problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques) : 6
- Nombre de plaintes référées à la direction des ressources humaines : 1
- Nombre d'interventions : 1
- Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire, ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi : 1
- Nombre de plaintes retirées : 1
- Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen : 2
- Délai moyen pour le traitement des plaintes : 25 jours
- Nombre d'assistances faites auprès des usagers : 15

Bilan du traitement des plaintes et recommandations

Vue d'ensemble des dossiers (1 dossier = 1 personne)

TYPES DE DOSSIERS CONCLUS DURANT L'ANNÉE			
	2012-2013	**2013-2014**	**2014-2015**
Plaintes	40	33	15
Assistances	Non disponible	12	15
Interventions	Non disponible	2	1
Consultations	Non disponible	2	0
Plaintes MDPR	3	6	6
TOTAL	**43 dossiers**	**55 dossiers**	**37 dossiers**

Le nombre de personnes s'adressant à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a connu une baisse de 38%, par rapport à l'an passé.

Plaintes sans mesure : 6 motifs sont demeurés sans mesure corrective. Toutes les plaintes ne mènent pas systématiquement à la formulation de recommandations; elles peuvent être une occasion de clarifier les services offerts, de fournir de l'information générale concernant le

fonctionnement des services concernés ou d'expliquer les démarches d'amélioration en cours au moment de l'analyse de la plainte.

Plaintes avec mesure : 13 motifs de plaintes ont mené à la formulation de recommandations et à la mise en place de mesures correctives ponctuelles.

Voici des exemples de mesures ou de catégories de mesures appliquées ou recommandées :

- ***Concernant l'accessibilité***
  - Durant l'attente d'un service, l'usager doit avoir une liaison avec un intervenant.
  - L'usager doit recevoir une date de livraison de service.
  - L'usager doit connaître sa priorité sur la liste d'attente (P1,P2,P3,P4).
  - L'usager doit connaître les options possibles durant l'attente ou si sa situation change.
  - DITSA : Information juste, réévaluation ou obtention de services à des usagers en attente de prise en charge des dossiers.

- ***Concernant l'aspect financier***
  - Clarification des frais d'hébergement exigibles par la politique du congé médical.
  - Clarification de l'application de la politique de déplacement des usagers.

- ***Concernant les droits particuliers***
  - Intensification de la sensibilisation sur l'absence de climat de représailles.
  - Révision et rappel des normes de confidentialité.

- ***Concernant les relations***
  - Communication à la clientèle, manque d'écoute (discrétion, empathie…).
  - Communication avec la clientèle de langue anglaise.
  - Amélioration de la communication avec les familles.

- ***Concernant les soins et services***
  - DITSA : Démarches inter établissements de correction de délai à des services – Réévaluation et clarification des attentes des parties – Mesures de services efficaces et continus.
  - Continuité entre les quarts de services ou les unités ou de retour à domicile.
  - Assurer le maximum de protection lors des travaux.

Objets par mission

TYPES DE DOSSIERS PAR MISSION					
Plaintes	**Assistances**	**Interventions**	**Consultations**	**Mission**	**TOTAL**
1	1	0	0	CHSLD	**2**
2	0	0	0	CLSC	**2**
2	0	0	0	CRDITSA	**2**
10	14	1	0	CSSS	**25**
15	15	1	0	**TOTAL**	**31**

Plaintes et interventions – Faits saillants

Un usager porte plainte à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services sur les services qu'il a reçus, reçoit, aurait dû recevoir ou requiert, ou sur les aspects administratifs et organisationnels des services médicaux.

Par son pouvoir d'intervention, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services examine une situation portée à son attention ou qu'il a lui-même constatée, ou encore poursuit l'examen d'une situation mise en lumière par l'examen d'une plainte. Ce pouvoir peut aussi être utilisé lorsqu'une personne ou un usager pouvant formuler une plainte préfère ne pas la déposer ou hésite à le faire. Cette année une intervention a été faite à l'urgence pour améliorer l'accueil de la clientèle de langue anglaise.

OBJETS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS CONCLUS PAR MOTIF		
	Nombre de plaintes en 2013-2014	**Nombre de plaintes en 2014-2015**
Accessibilité	22	10
Aspect financier	7	7
Droits particuliers	4	3
Organisation	2	2
Relations	4	5
Soins et services	10	4
TOTAL	**49**	**31**

Les plaintes, les assistances et les interventions conclues avec mesures touchent 29 dossiers, soit 82 %.

DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT DES DOSSIERS	
	Nombre de jours
Dossiers plaintes (31 dossiers)	26
Six dossiers CMDP (6 dossiers)	148

Assistances – Faits saillants

OBJETS D'ASSISTANCES CONCLUS PAR MOTIF	
	Nombre d'objets
Accessibilité	6
Aspect financier	6
Droits particuliers	0
Organisation	Aucun
Relations	Aucun
Soins et services	1
Autres motifs	2
TOTAL	**15**

L'**assistance** vise à soutenir et à orienter, selon sa volonté, l'usager dans ses démarches pour obtenir un service ou pour formuler une plainte auprès d'une autre instance.

- L'*Accessibilité* concerne les difficultés d'accès ou les délais d'attente pour un médecin de famille ou divers services, les délais de réponse, le refus, la non-disponibilité ou l'orientation de services.
- L'*Aspect financier* concerne les frais d'hébergement et les frais de transport.
- Les *Soins et services* concernent les services reçus lors du transfert par DASH.

Consultations – Faits saillants

Aucune demande n'a été faite cette année. Une consultation est un avis demandé à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services sur un objet de sa compétence.

Activités du Protecteur du citoyen

En cours d'année, deux dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen et l'établissement a reçu une réponse concernant les frais de remboursement pour un accompagnateur et pour les services de répit pour la clientèle DITED.

Activités de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Rencontres régionales des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)

La commissaire a assisté à une rencontre avec les CLPQS de la région Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine, au cours de l'année 2014-2015. L'isolement de notre fonction demande des rencontres entre commissaires pour échanger sur les différentes problématiques rencontrées, de veiller à l'harmonisation des pratiques, de faire des études de cas, de recevoir différents acteurs du réseau qui travaillent sur des dossiers pouvant interpeller les commissaires et d'assister, à l'occasion, à des activités de formation. Les rencontres prévues à l'automne 2015 ont été annulées considérant les changements prévus par la Loi 10. En effet, en tant que CISSS, j'assumerai les fonctions et responsabilités de commissaire locale et régionale et, à ce titre, je traiterai les plaintes concernant les organismes communautaires, les résidences pour les personnes âgées.

Activités de formation

Deux formations ont été reçues au cours de l'année, « gestion de conflits » et « décider et agir ». Ces formations se sont avérées fort pertinentes à l'exercice des fonctions de la commissaire.

Activités de promotion

Au cours de l'année 2014-2015, la commissaire a mis en place plusieurs activités de promotion du régime d'examen des plaintes.

- Participation au comité des usagers
- Rencontre avec des groupes d'étudiants
- Correction et pose d'affiches, distribution de dépliants

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

- Rendre disponibles les informations concernant le traitement des plaintes sur le site Internet.
- Prévoir des rencontres d'information avec les intervenants de chaque équipe.
- Prioriser les actions visant l'optimisation des services et l'amélioration continue de la qualité au CISSS tant au point de vue de l'usager qu'à celui de l'établissement.
- Aviser les responsables concernés (comité de vigilance, direction générale) des situations problématiques persistantes.
- Maintenir la diffusion de l'information de mon rôle auprès des usagers et des nouveaux employés.
- Maintenir et développer des collaborations avec les usagers et les différents intervenants dans l'établissement.

CONCLUSION

Le nombre de personnes communiquant avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que le nombre d'objets traités apparaissent moins élevés que l'année antérieure. C'est une baisse de 38 %. Cependant nous assistons à une hausse de plaintes traitées en assistance (de 11 à 15).

Concernant les plaintes reçues de parents ayant des enfants présentant des troubles en DITSA et l'absence de service de répit pour cette clientèle, je constate que le travail et les efforts mis pour résoudre ce problème devraient trouver une solution concrète pour cette clientèle très prochainement.

Je crois toujours que l'attente aux services devrait être connue de la clientèle, d'abord et avant tout pour qu'elle puisse mieux participer aux soins et services qui la concernent. Au-delà de l'ouverture notée, je constate que ces principes font partie intégrante de la dispensation des services à la clientèle. En ce sens, je constate que la recommandation suivante a été réalisée:

- Que l'établissement se dote d'une procédure garantissant à l'usager en attente :
  - Une liaison personnalisée tout au cours de ce processus d'inscription et d'attente.
  - La confirmation de son inscription au service prévu.
  - L'information sur la date prévisible du service prévu.
  - La connaissance d'options disponibles durant cette attente.

Et pour favoriser une vision globale de cette situation, je soumets la recommandation suivante :

- Que le comité de vigilance et de la qualité assure le suivi global des délais d'accès et des délais d'attente en cours dans l'établissement.

Conjugué aux objectifs de mon plan de travail, ce bilan m'engage à maintenir une approche orientée vers l'amélioration de la qualité et la prévention des plaintes.

Gisèle Painchaud
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

MÉDECIN EXAMINATEUR

Nous avons amorcé l'année 2014-2015 avec D[re] Christine Paquet qui a quitté ses fonctions de médecin examinateur en mai 2014. À cette date, nous avons eu le Dr Steve Arnold comme médecin examinateur substitut. Le 15 juillet 2014, le médecin examinateur, Dr Michel Loyer, entre en fonction et le substitut est le Dr Lester Duguay.

La plainte médicale réfère à une insatisfaction de l'usager concernant la conduite, le comportement ou la compétence d'un médecin, dentiste, pharmacien ou médecin résident, incluant la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes.

NOMBRES DE PLAINTES MÉDICALES		
	2013-2014	**2014-2015**
CSSS des Îles	6	6
TOTAL	**6**	**6**

DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT		
	Nombre de plaintes	**Délai moyen**
Plaintes médicales	6	126 jours

OBJETS DE PLAINTES MÉDICALES CONCLUS PAR MOTIF	
Motifs	**Nombre de dossiers**
Relations	1 dossier fermé 1 dossier en cours
Soins et services	2 dossiers conclus avec mesures 1 dossier sans mesure 1 dossier en cours
TOTAL	**6**

- Les *Relations* concernent l'attitude en cours de consultation.
- *Les Soins et services* concernent les soins prodigués ou non rendus lors de la consultation.

Aucune plainte n'est réorientée au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), pour étude à des fins disciplinaires.

COMITÉ DE RÉVISION

La fonction du comité de révision est d'examiner les demandes des usagers ou professionnels qui sont en désaccord avec les conclusions transmises par le médecin examinateur.

Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration.

Le président du comité de révision est nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration. Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).
Le 31 mars 2015, monsieur Damien Turbide, D^{re} Aline Landry et D^{re} Marie-Louise Boshouwers forment le comité de révision.

Cette année, il y a eu une réponse acheminée à la plaignante, mais le traitement datait de l'année précédente.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité relève du conseil d'administration du CSSS des Îles. Il veille à ce que l'établissement s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et s'assure qu'un suivi soit apporté aux recommandations émises par la commissaire et la gestionnaire de risque.

À la suite de la recommandation de l'accompagnateur, le comité doit informer les membres du conseil d'administration sur les situations concernant la qualité et la sécurité des soins au niveau de la gravité et de leur évolution. Ce comité est responsable des suivis à la suite de leurs recommandations auprès du CA.

Au cours de l'année 2014-2015, le comité s'est réuni à 5 reprises. Les membres du comité sont :

- Gaston Bourque, président
- Yvette Fortier, directrice générale
- France Arseneau, membre du conseil d'administration
- Nancy Leblanc, membre du conseil d'administration et du comité des usagers
- Denise Landry, conseillère-cadre mesures d'urgence, gestion des risques et de la qualité.
- Gisèle Painchaud, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

COMITÉ D'ÉTHIQUE

Membres actuels

MEMBRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE		
	Secteur d'activité représenté	**Fin du mandat**
Ychelle Fortier	Médecine	1er avril 2016
Jeanne Poirier	Public	1er avril 2015
Philippe Simon Laplante	Administration	1er avril 2015
Vacant	Philosophie	
René Jomphe	Pastorale	1er avril 2016
Julie Fowler	Soins infirmiers	1er avril 2016
Odette Bénard	Interventions psychosociales	1er avril 2016
Lucie Patton	Soins infirmiers longue durée	1er avril 2016
Me Manon Dubé	Droit	1er avril 2016

Une invitation sera lancée dans *La Source* et *L'Express* afin de solliciter des gens à déposer leur candidature, si un poste vacant les intéresse.

Activités du comité

Pour la période 2014-2015, le comité a tenu cinq réunions. Cette année, le comité a effectué l'évaluation de trois cas qui ont requis quelques rencontres de travail.

En ce qui concerne le dossier « respect de la confidentialité », le comité a collaboré avec Mme Céline Lafrance afin d'inclure dans les communications internes du CSSS des Îles de courts questionnaires ou jeux pour que tous les intervenants aient régulièrement accès à des rappels à ce sujet. Nous remercions Mme Céline Lafrance pour son implication. Aussi lors de la semaine de la confidentialité, un midi, la présidente, Manon Dubé, a accompagné l'archiviste, Mme Gaétane Chevarie, au kiosque de la cafétéria afin de distribuer des dépliants et répondre à quelques questions.

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. Cette activité a eu lieu le 23 avril 2014 et le 6 novembre 2014. Cela demeure un incontournable et est très stimulant.

Il y a eu trois cas étudiés par le comité d'éthique en 2014-2015.

Un nouveau mandat a été confié au comité à la suite du dernier rapport d'*Agrément Canada* : la rédaction et la diffusion d'un cadre conceptuel sur l'éthique. Manon Dubé et Philippe Simon Laplante avaient rencontré une personne responsable de l'Agrément le 3 juin 2014 avec qui il avait été discuté de l'amélioration de l'intégration du comité dans les activités du CSSS des Îles. La mise en place d'un cadre conceptuel a été identifiée comme étant l'outil pouvant permettre d'atteindre cet objectif et de

consolider l'implication du comité. Les membres ont fait des recherches et, en compagnie de Mme Denise Landry, nous avons identifié les éléments essentiels qui devaient être inclus dans un éventuel cadre conceptuel. Nous remercions sincèrement Mme Landry pour la rédaction d'un document de travail qui a été le point de départ de nos travaux. Il y a eu cinq rencontres de travail pour ce dossier.

Le premier projet du cadre conceptuel a été présenté au comité de direction le 10 mars 2015 par Manon Dubé et Philippe Simon Laplante. La rencontre fut très productive. Les commentaires ont été notés et ils serviront à bonifier ce projet. Dans les prochains mois, le cadre conceptuel et les annexes seront finalisés. Par la suite, une consultation des différents comités du CISSS des Îles sera réalisée. L'objectif : finaliser la rédaction d'ici juin 2015 pour adoption à l'automne 2015 par le comité de vigilance et le conseil d'administration.

Actions à venir en 2015-2016

- Continuer l'analyse des cas soumis.
- Développer des outils pour mieux se faire connaître au sein du CISSS des Îles et de la population en général.
- Mettre en place le cadre conceptuel sur l'éthique au sein du CISSS des Îles.
- Organiser des activités de sensibilisation aux obligations des intervenants du CISSS des Îles en matière de confidentialité.
- Améliorer les connaissances des membres du comité.
- Poursuivre les activités avec le CÉGEP des Îles.
- Conserver 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 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 2015

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Ce rapport couvre la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015.

Au 31 mars, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire était composé des membres suivants :

Louise Samson (ARH, hôpital – présidente), Mary Delaney (ergothérapeute, CLSC – vice-présidente), Marie-Blanche Cyr (éducatrice spécialisée, CLSC – secrétaire, en alternance), Amélie Lapierre (travailleuse sociale, CLSC – secrétaire, en alternance) et Valérie Thériault (inhalothérapeute, hôpital – administratrice depuis le 27 juin 2014) ainsi que des membres d'office Yvette Fortier (DG) et Pierre Arsenault (Directeur des services multidisciplinaires et programmes services – depuis le 28 janvier 2015).

Les membres

Le conseil multidisciplinaire du CSSS des Îles regroupe environ 105 membres impliqués dans 26 champs d'expertise de niveau professionnel et technique, et ce, répartis dans quatre installations : Hôpital, CLSC, CHSLD et CRDITSA.

Mandats

- Assurer la qualité des services professionnels et la sécurité des usagers.
- Viser un environnement organisationnel positif et dynamique.
- Favoriser le maintien des compétences.

Le bilan des activités réalisées

Le conseil exécutif a tenu sept réunions régulières au cours du dernier mandat.

Détail des activités réalisées

- Démarches pour pourvoir tous les postes à l'exécutif
- Démarches pour pourvoir le poste de représentant du CM au CA du CSSS des Îles
- Refonte du règlement sur la régie interne du CM
- Conception du dépliant d'information promotionnel expliquant le rôle du CM
- Demandes d'avis de la Direction générale
  - Octobre : Proposition du nouvel organigramme.
  - Décembre: Révision du Règlement n° 27, sur la divulgation de l'information à un usager, sa famille ou son représentant à la suite d'un accident.
  - Décembre : Révision de la Politique G-521 sur le bilan comparatif des médicaments des usagers à l'admission, au transfert et au congé.
- Demande d'avis des membres du CM
  - L'exécutif n'a pas été sollicité pour des avis cliniques ou des recommandations au cours de l'année.
- Demande d'avis des comités de pairs
  - Aucune demande n'a été formulée faisant l'objet d'une étude particulière.
    Pourtant, au cours de l'année, des collègues ont vécu des problématiques qui auraient pu être acheminées au CECM pour une opinion et, par la suite, l'exécutif aurait pu assurer un suivi.

Le CECM est peu utilisé. Nos mandats gagneraient à être mieux connus par ses membres. C'est pour cette raison que l'un des principaux objectifs pour l'an prochain est la promotion du CECM.

- Demande de la Direction générale concernant un dossier au Centre d'hébergement Eudore-LaBrie
    - Le MSSS a mandaté un accompagnateur pour assister le CSSS des Îles dans son plan de redressement de l'unité psychogériatrique du Centre Eudore-LaBrie. Il y a eu trois rencontres avec cet accompagnateur et deux rencontres avec les membres du CM œuvrant à l'unité psychogériatrique. Ces employées, ainsi que l'accompagnateur, ont manifesté leur satisfaction quant aux changements apportés dans ce milieu de travail.
- Demande de la Direction générale pour participer au comité de gestion stratégique des risques
- Demande de la Direction des soins infirmiers
    - Transmettre la Politique D-400 concernant les mesures de contrôle aux professionnels concernés par cette politique. Le CECM doit faire une reddition de compte des personnes qui ont pris connaissance de cette politique.
- Actualiser le comité de maintien, partage et promotion de la compétence
    - En mai 2014, une conférence a été diffusée en vidéo sur Internet et avait pour thème *Affronter ses peurs malgré la maladie.* Plus d'une trentaine de membres ont participé à cette activité.
- Participation au colloque annuel 2014 de l'ACMQ.

Objectifs pour l'année 2015-2016

- Pourvoir les trois postes des officiers sortants au CECM.
- Recruter un membre du CM pour siéger au conseil d'administration du CISSS des Îles.
- Promouvoir les mandats du CECM et augmenter la visibilité du conseil exécutif par
    - la remise du nouveau dépliant d'information
    - La mise à jour de la pochette d'accueil
    - Une rencontre avec le nouvel employé
- Encourager la participation des membres à la vitalité du CM par
    - la publication des bons coups, des innovations et des collaborations qui ont tous pour but d'offrir un meilleur service à la clientèle.
- Actualiser le comité de maintien, partage et promotion de la compétence.
- Collaborer avec les autres instances permanentes du CISSS des Îles telles que le CMDP, le CII, le comité de gestion stratégique des risques et tout autre comité.
- Finaliser et transmettre aux membres le projet de règlement sur la régie interne du CM, pour adoption.

Louise Samson, présidente du conseil multidisciplinaire