Centre de santé et de services sociaux
des Îles

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2013-2014

Adopté par le conseil d'administration le 17 juin 2014

Remerciements

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

Yvette Fortier, directrice générale et directrice 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
Lucie Ouellet, directrice des services multidisciplinaires, programmes et services – CRDITED

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

Julie Decoste, présidente du conseil des infirmières et des infirmiers
Manon Dubé, présidente du comité d'éthique
Hélène Lapierre, agente administrative 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 2014
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 978-2-924089-07-1 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

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

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

NOTRE GRANDE MISSION 3

SUIVI DU PLAN STRATÉGIQUE 2012-2015 4

NOTRE FONDATION 7

PORTRAIT DE SANTE DE LA POPULATION 8

ORGANIGRAMME 10

LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT 11

- DÉMARCHE D'AGRÉMENT 11
- SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 11
- SANTÉ PUBLIQUE 11
- GESTION DES RISQUES 12
- DIRECTION GÉNÉRALE 14
- DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES, PROGRAMMES ET SERVICES - CRDITED (DSMPS-CRDITED) 15
- DIRECTION DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES, DE L'HÉBERGEMENT, DE LA DÉFICIENCE PHYSIQUE ET DES SERVICES HOSPITALIERS (DSAPA-H-DP-SH) 20
- DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DIRECTION SANTÉ PHYSIQUE (DSI) 25
- DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS 31
- DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES (DRH) 32
- DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS (DSA) 34

ATTESTATION DES AUDITEURS 38

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2014 44

ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION 45

ENTENTE DE GESTION 2013-1014 57

CONSEIL D'ADMINISTRATION 60

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET CONSEILS PROFESSIONNELS 60

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 61

- CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS 81
- CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII) 85
- COMITÉ DES USAGERS 89
- COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 92
- MÉDECIN EXAMINATEUR 98
- COMITÉ DE RÉVISION 98
- COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ 99
- COMITÉ D'ÉTHIQUE 100
- CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM) 102

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

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

Le 31 mars 2014, se terminait l'année financière du CSSS des Îles. Le plan de redressement a été omniprésent au cours de la dernière année. Le CSSS a élaboré un plan d'équilibre budgétaire sur 2 ans pour l'atteinte de l'équilibre en mars 2015.

La mise en œuvre des mesures de redressement n'a pas fait l'unanimité. Le CSSS a rencontré quelques manifestations visant le conseil d'administration et la direction. La persévérance de nos dirigeants a porté ses fruits. Le CSSS a contenu ses dépenses et a même continué à les réduire. Les mesures concernant les transports, les médicaments et la disparité régionale ont contribué à un résultat inattendu, c'est-à-dire un déficit moindre que prévu. L'usage de la télésanté et l'acquisition d'équipements ont aussi contribué aux résultats (ex.: ostéodensitométrie, écho cardiaque).

Les soins à domicile (SAD) ont connu une augmentation significative. Ce qui se situe dans la visée ministérielle de l'assurance autonomie. Nous avons reçu la visite « surprise » du ministère au Centre d'hébergement Eudore-LaBrie. Le résultat a été très satisfaisant.

L'année 2013-2014 a connu un changement de dirigeant. Madame Marie Gibeault a quitté le CSSS en octobre dernier. Nous profitons de l'occasion pour la remercier chaleureusement. A suivi la nouvelle directrice générale, Madame Yvette Fortier, pour le dernier trimestre.

Depuis son arrivée, le CSSS se concentre sur 3 objectifs principaux :

Plan d'équilibre budgétaire (PEB);
Climat de travail;
Démarche d'Agrément prévue pour la semaine du 2 juin 2014.

La nouvelle direction constate l'implication du corps médical dans l'offre de services, et ce, à plusieurs niveaux : l'utilisation des ressources, la révision des processus et le professionnalisme des services rendus.

Nos remerciements à notre personnel clinique et de soutien;

Nos remerciements à l'équipe médicale;

Nos remerciements aux membres du comité de direction et aux cadres.

Dans l'atteinte des objectifs, dans un contexte pas toujours facile en période de grands changements en continuant de garder le cap.

Nos remerciements à nos partenaires et associés, au MSSS et à l'ASSSGÎM de leur appui.

Gaston Bourque
Président du conseil d'administration

Yvette Fortier
Directrice générale

1

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

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 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 2014.

La directrice générale, Yvette Fortier

Le CSSS des Îles en bref

Budget d'exploitation de 43 861 658 M$

560 employés, 22 médecins omnipraticiens

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

7 installations de services différents

30 lits de courte durée, dont 4 en psychiatrie

64 lits de longue durée, incluant un lit de répit

Population desservie : 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 envahissant du développement : CRDITED)

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

Notre vision stratégique

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

Nos valeurs

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

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

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

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

SUIVI DU PLAN STRATÉGIQUE 2012-2015

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

Enjeu 1

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

Faits saillants

- Formation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie offerte à tous nos partenaires, en concertation avec la Santé publique, le 31 octobre.
- Projet de Cuisine collective pour les futures mamans défavorisées introduit dans le plan d'Action Regroupement petite enfance : entente de référence vers ce service par les intervenants SPI (santé parentale infantile) et psycho jeunesse.
- Activité de formation en visioconférence auprès des différents gestionnaires de l'établissement sur la Responsabilité populationnelle, en mai 2013.

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 2014, 73 % de la population est desservie au GMF.
- Intensification du nombre d'usagers desservis en SAPA et du nombre d'interventions, soit 20 000 heures de plus que notre cible, pour un total de 54 887. La cible était de 34 865 heures.
- Développement de l'offre de soutien à domicile pour les soins palliatifs par l'ajout de ressources infirmières.
- 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 est passée de 16,4 heures à 11,3 heures.
- Programme en soins palliatifs écrit. Des ordonnances collectives en soins palliatifs ont été élaborées par le personnel infirmier et celles-ci ont fait l'objet de consultation auprès des diverses instances CII, comité de pharmacologie, CPPI et adoptées par le CMDP.
- Mise à jour du rôle et description des fonctions de l'infirmière pivot en oncologie. Mise en place d'un nouveau mode de fonctionnement.
- L'offre de service en santé mentale a fait l'objet de comités de travail 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 s'attaquer à la liste d'attente dans ce secteur.

- 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.
- Adoption du *Cadre de relation régional entre les établissements SSS et les organismes communautaires autonomes* par le conseil d'administration, en février 2014.
- Signature d'une entente de service avec le *Centre de réadaptation en dépendance* afin de desservir la clientèle dans le cadre du *Programme évaluation de la conduite automobile.*
- Démarches pour l'implantation d'un lit de dégrisement en cours.
- Entente de collaboration avec l'Institut universitaire en cardiologie et pneumologie de Québec (IUCPQ) pour l'implantation du suivi bariatrique aux Îles (Télésanté).
- 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 %.
- Activité de formation sur la *Douleur chronique* organisée et offerte aux intervenants, aux médecins et au groupe d'entraide Fibromyalgie, en juillet 2013.
- Intégration de quatre usagers ayant une déficience intellectuelle à l'hôpital dans le cadre d'un plateau de travail adapté.

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

- Programme local en prévention et contrôle des infections adopté par le conseil d'administration.
- Participation au projet de recherche *Traitement de la toxicomanie et des maladies mentales : outils pour les intervenants Phase II* (Centre universitaire de santé McGill).
- Acceptation du projet *Organisation du travail psychosocial et santé mentale.*
- Code d'éthique révisé en octobre 2013.
- Projet d'optimisation du travail dans l'unité psychogériatrique avec l'ajout de techniciens en éducation spécialisée.
- Consolidation des activités réalisées en dyade pour les soins infirmiers.
- Révisions des pratiques et des procédures en imagerie médicale.
- Révisions des pratiques et des procédures dans le transport des échantillons de laboratoire.

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.
    - Sondage sur le climat de travail et diffusion des résultats au conseil d'administration, à l'ensemble du personnel et aux médecins. À la suite des résultats, chaque direction a fait un plan d'action dans le but de maintenir et d'améliorer le climat de travail.
    - Révision, adoption et diffusion de la politique de gestion et de prévention en matière de violence, harcèlement et d'incivilité au travail. Une conférence sur la civilité est prévue pour mai 2014.
    - 36 % des évaluations de rendement réalisées pour l'ensemble de l'établissement.
    - Révision des politiques en ressources humaines pour l'attribution des congés, la formation et l'évaluation du personnel.
    - Plan de formation triennal mis en œuvre : Formation Oméga, dont l'accréditation de deux formateurs membres du personnel, formations sur la sécurité (Simdut, cadenassage, sécurité avec les outils), clarification du rôle des assistants au supérieur immédiat et chef d'équipe, implantation de I-Plan.
- Mise à jour du plan de main d'œuvre effectuée.
- Cinq approches participatives avec des projets d'organisation du travail (POT) amorcées. Les échéanciers varient de janvier à mars 2015.
- Plan d'effectifs médicaux et spécialisés complet.
- Objectifs atteints en ce qui concerne le temps travaillé en heures supplémentaires (infirmières : 2,53 %, autres catégories : 0,82 %), sauf pour le recours à la main-d'œuvre indépendante en inhalothérapie et à la pharmacie. La gestion de la présence au travail a été déficiente et nous n'avons pas atteint notre cible. Les efforts nécessaires doivent être faits pour retrouver les résultats de 2012-2013.
- Conseil multidisciplinaire de nouveau fonctionnel. Il jouera pleinement son rôle de représentant de différents professionnels de la santé vis-à-vis du conseil d'administration, de la direction générale et verra principalement à la qualité de l'acte de ses membres.

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 (urgence et soins intensifs) complété.
- Centrale de rendez-vous opérationnelle. Elle répond à 100 % des médecins de 1re ligne, 100 % des médecins spécialistes visiteurs et, quelques professionnels infirmiers.
- 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, dans le dernier trimestre, ajout des indicateurs cliniques.
- À la DSMPS : Élimination des doubles profils : résultats 0.08 %. Meilleur score régional.
- Plusieurs secteurs d'activités dans les trois premiers les plus performants au niveau régional. Par exemple : SIV (soutien d'intensité variable) en santé mentale et Services d'adaptation et de réadaptation à la personne TED.
- Libération d'heures pour introduire des heures infirmières en soutien aux médecins spécialistes (internistes) (exemple : infirmière en immunosuppression).

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 CSSS des Îles d'équipements médicaux et de soins infirmiers à la fine pointe du confort, de la sécurité et de la technologie.

Conseil d'administration

Le conseil d'administration a tenu 8 rencontres ordinaires et 2 rencontres extraordinaires durant l'année financière 2013-2014. Au 31 mars 2014, les membres du conseil d'administration sont : . Anne- Marie Dutrisac (présidente, démissionnaire), Jean-Yves Lapierre (vice-président), Aida-Dina St-Laurent, Lise Leclerc, Luc Miousse et Lucille Tremblay.

Argent reçu

L'Équipée Santé 2013-2014 a permis d'amasser 27 446 $, incluant 6 512 $ provenant de la campagne interne auprès des employés.

Cet argent sera octroyé pour l'achat de :

- Un *bladder scan* pour les soins infirmiers ambulatoires
- Un hydrocollateur pour l'UMC
- Des équipements en soins curatifs et palliatifs d'oncologie pour le traitement en sol madelinot
- Un vélo aquatique pour la piscine régionale

Nous avons tenu un mini salon des vins au printemps 2013 qui a rapporté environ 10 000 $ de profit.

Voici les principaux achats réalisés au cours de l'année financière 2013-2014 :

- Don ciblé Télébec de 6 400 $: permettre à deux adolescents avec des problèmes en santé mentale d'aller au terrain de jeux (échéancier mentionné : été 2013).
- Don ciblé Beltrami inc 675 $: chariot pour consultation spécialisée (printemps 2013).
- Don ciblé SonafiAventis/Medtronic, 325 $ pour 5 capteurs de glycémie (printemps 2013).
- Dons ciblés, 23 960 $ intégration des enfants en difficultés (été 2013), en partenariat avec Opération Enfants Soleil.
- Don ciblé pour électroconvulsivothérapie (remplacement d'un appareil d'ECT, 5 795 $ payé par la FSA sur achat de 15 000 $).
- Équipement pédiatrique, fonds général : 3 058 $ pour deux systèmes de diagnostic intégré pour la clinique pédiatrique.
- Les dons accordés par OES en avril 2013 sont : 45 030 $ pour incubateur de soins à l'UMC, bilirubinomètre à l'UMC, vidéolaryngoscope et fauteuil roulant adapté permettant le bain.
- Don ciblé pour GMF et achat de 15 moniteurs de signes vitaux avec support et 12 balances électroniques professionnelles pour un total de 40 645 $.

PORTRAIT DE SANTE DE LA POPULATION

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

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

Santé mentale : Perception positive des Madelinots

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

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

- En 2011, 18,6 % de la population des Îles était âgée de 65 ans et plus, comparativement à 15,8 % pour le Québec.
- En faisant une projection, on estime qu'en 2031, 36,9 % de la population madelinienne aura 65 ans et plus. Au Québec, on prévoit que ce sera 25,6 %.
- On note également que nous avons un pourcentage élevé de gens âgés de 65 ans et plus 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.

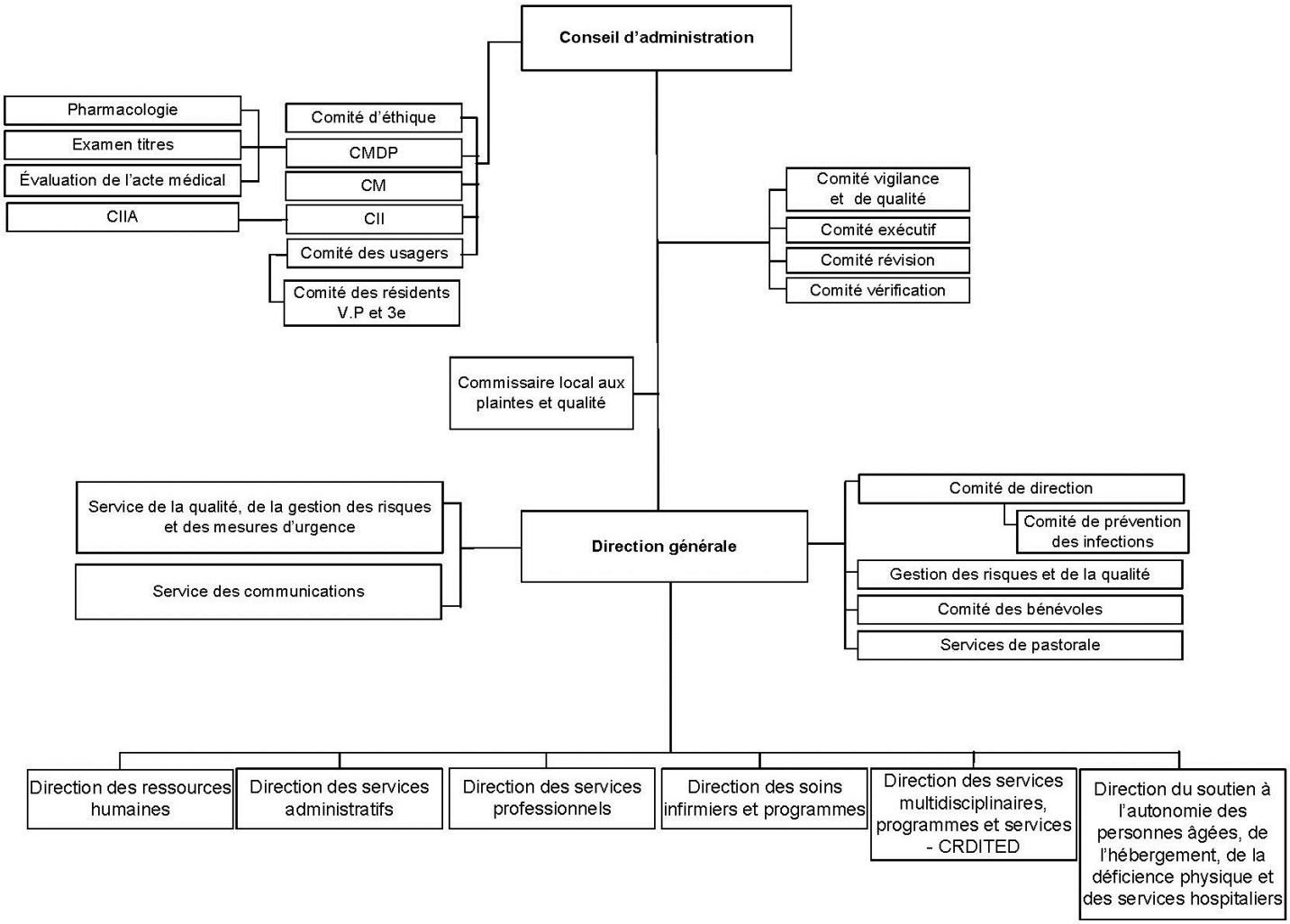
Des éléments préoccupants demeurent…

- 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

DÉMARCHE D'AGRÉMENT

- Programme conjoint QMentum - CQA et Agrément Canada – 23 sections de normes intégrées dans les pratiques cliniques et administratives.
- Réalisation d'un sondage sur la satisfaction de la clientèle à l'été 2013. Les résultats sont basés sur les réponses de 715 personnes qui ont reçu des services au CSSS.
- Réalisation d'un sondage sur le climat de travail en octobre 2013. L'établissement a été exempté de soumettre au CQA le sondage sur la mobilisation du personnel. Les résultats sont basés sur les réponses de 244 employés (43 %) qui ont participé et sur les discussions en sept groupes cibles. Un plan d'action a été mis en œuvre.
- Réalisation d'un sondage sur la culture de sécurité en novembre 2013 auquel 108 employés ont répondu.
- Réalisation d'un sondage sur la gouvernance auquel 50 % des membres ont participé.
- Réalisation d'autoévaluations et revue des pratiques organisationnelles requises, puis mises en place de plans d'amélioration. La visite d'agrément se déroulera du 2 au 5 juin 2014.

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Le sondage réalisé auprès des usagers a permis de constater un niveau de satisfaction élevé; cependant en comparant les résultats du CSSS aux autres établissements, il s'avère que les dimensions de la qualité *fiabilité, responsabilisation, apaisement* et *solidarisation* méritent qu'on s'y arrête plus particulièrement.

Un sondage de la satisfaction de la clientèle a été réalisé auprès des usagers vivant une situation de handicap et de leurs proches aidants. Les résultats ont été diffusés aux intervenants concernés.

Dans sa démarche d'appréciation continue de la satisfaction, la clientèle participe en donnant son avis sur des aspects spécifiques encadrant le service reçu. Près d'une centaine de questionnaires remplis par la clientèle ont été analysés en 2013-2014. L'approche humaniste du personnel est grandement appréciée. Il s'avère cependant que la dimension *confidentialité* nécessitera une revue du libellé, puisque les usagers répondent peu ou pas à celle-ci.

Le système de rendez-vous et l'installation de nouveaux équipements en imagerie médicale ont grandement amélioré la durée d'attente particulièrement pour obtenir un rendez-vous.

SANTÉ PUBLIQUE

- Formation *« Sensibilisation aux environnements favorables aux saines habitudes de vie »* regroupant quarante participants en provenance de tous les secteurs (municipal, scolaire, transport, organismes communautaires, santé)
- Poursuite des travaux pour l'implantation des réseaux de Sentinelles
- Adoption au C.A. du *Cadre de relation régional entre les établissements publics de santé et de services sociaux et les organismes communautaires autonomes*

- Présentation des Résultats de l'*Enquête sur la santé des jeunes du secondaire des Îles-de-la-Madeleine.*
- Poursuite du déploiement de l'*Approche École en santé*.
- Début des activités du point de services de l'organisme TCC/AVC .
- Soutien à la réalisation des activités du plan d'action du comité local de prévention des chutes.
- Poursuite du soutien au développement du programme *Les Îles en forme et en santé*.
- Soutien au développement du regroupement à la Petite enfance Îles-de-la-Madeleine, issu d'*Avenir d'enfants*.
- Application d'agents de scellement pour les enfants de 2e année.
- Poursuite de la participation à la gouvernance et à la démarche de l'*Approche territoriale intégrée* (ATI), ainsi qu'au comité de développement social couvrant tout le territoire des Îles-de-la-Madeleine.

GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques a tenu 6 réunions. Il y a accueilli un nouveau membre représentant le CII et a reçu la démission du représentant du CMDP.

- Suivi de l'état d'avancement des analyses prospectives : gestion des déchets biomédicaux, double vérification indépendante des médicaments à risques élevés.
- Suivi de l'avancement des travaux de sous-comités mis en place pour les risques suivants :
  - Laboratoire
  - Chutes
  - Prévention des infections
  - Pharmaco-nursing
  - Comportement agressif de la clientèle (SAD, CHSLD, CLSC)
- Participation à la *Semaine nationale de la sécurité des patients* de l'ICSP. Promotion des thèmes suivants : vérification du lavage des mains, erreurs de médicaments, application de la règle de soins sur la double vérification indépendante
- Suivi des activités en prévention des infections, notamment la mise à jour du programme de prévention des infections, le suivi des déclarations d'infections, l'implantation du nouveau logiciel NOSOKOS
- Surveillance des alertes pour les équipements médicaux et des recommandations émises par le coroner aux établissements.
- Suivi plus particulier pour les risques en lien avec les chutes, médicaments à risque élevés, gestion des comportements agressifs de résidents à l'unité de psychogériatrie.
- Suivi du tableau de bord des événements déclarés, suivi spécifique aux événements sentinelles et des rapports d'analyse approfondie en vue d'identifier les mesures correctives ou préventives et de faire des recommandations aux instances concernées.
- Présentation des rapports trimestriels aux membres du Conseil d'administration et au Comité de direction. Les principales informations sont transmises au personnel par le journal interne *La Source*, toujours publié après une séance du conseil d'administration.
- Compilation des données sur les incidents et accidents déclarés dans le registre local et transfert des informations dans le registre national semestriellement.

- Appropriation de l'information en lien avec l'entrée en vigueur d'un nouveau formulaire de déclaration AH-223.
- Chronique régulière sur la gestion des risques dans le bulletin interne *La Source* et différents rappels faits dans le feuillet d'information *L'Express.*
- Suivi des activités en lien avec les normes d'agrément et les pratiques organisationnelles requises en matière de sécurité des patients.

Statistiques pour l'année 2013-2014

- 767 déclarations d'événements indésirables provenant de 22 secteurs d'activités différents comparativement à 694 en 2012-2013. Ceci est expliqué par une augmentation de déclarations en lien avec des comportements agressifs manifestés par des usagers à l'unité de psychogériatrie.
- La médication et les chutes demeurent les deux catégories regroupant le plus grand nombre d'événements déclarés.
- Selon l'échelle de gravité
    - 19 % sont des événements classés comme des incidents
    - 80 % sont des accidents sans conséquences ou qui ont nécessité une surveillance ou un traitement non spécialisé
    - 1 % sont des événements qui ont nécessité des soins spécialisés avec hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation. Ces événements ont été l'objet d'analyse détaillée à la suite de laquelle des mesures correctives et la divulgation à l'usager ou à ses proches ont été appliquées.
- Formation en matière de sécurité
- Plusieurs formations ont été offertes au personnel en matière de sécurité. Pour mieux intervenir auprès de la clientèle qui présente des troubles graves du comportement, l'établissement a formé des personnes qui deviennent des *formateurs locaux* pour l'approche Oméga. Ainsi donc, tout le personnel concerné est en mesure de recevoir la formation requise en temps opportun.

Comité des pratiques professionnelles interdisciplinaires

Ce comité, qui relève de la direction générale, a été mis sur pied à l'automne 2013 et a comme principal mandat de développer, revoir, ajuster et assurer le suivi de l'application des ordonnances médicales et individuelles standardisées préimprimées (OMISP), des ordonnances collectives (OC) et des protocoles.

Le comité est composé de quatre personnes dont un représentant du CMDP et un représentant du CII et a tenu 6 réunions au cours desquelles il a revu et adapté aux nouvelles réalités 4 protocoles, 16 ordonnances collectives et 24 OMISP. Des recommandations ont été faites aux instances concernées pour l'application de ces ordonnances et protocoles.

La conseillère en gestion de la qualité et des risques, membre du comité, en assure le bon fonctionnement.

DIRECTION GÉNÉRALE

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 du Code d'éthique révisé
- Mise à jour du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs
- Mise à jour du Plan d'organisation
- Mise à jour de plusieurs dépliants de l'établissement
- Création des dépliants : *Déplacement de la clientèle élective* et *Déplacement des usagers vers un autre établissement du Réseau de la Santé et des Services sociaux – Transfert interétablissement : Dash (navette médicale) et JET (avion-hôpital)*
- Maintien de la page Facebook de l'établissement
- Démarches entreprises afin de mettre à jour le 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
- Diffusion d'un feuillet d'information sur le plan de redressement (jusqu'en octobre 2013)

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

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.
- Rencontre de planification des services avec les directions d'école dans le cadre de l'offre de service psychosocial en milieu scolaire.
- Début 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).
- Outils élaborés pour l'actualisation d'une clinique TDAH (Trouble déficit d'attention avec hyperactivité) au niveau psychosocial et santé scolaire.
- Participation à la formation régionale sur les PSI (plan de services individuel) avec la Commission scolaire.
- Formation *Processus d'intervention planifiée PI et PII* (plan d'intervention et plan d'intervention interdisciplinaire).
- Traitement de plusieurs dossiers dans le cadre de l'équipe d'intervention Jeunesse (EIJ) favorisant l'utilisation de plus en plus fréquente de plans de services individualisés (PSI), selon les attentes ministérielles.
- L'équipe d'intervention jeunesse est composée d'agents de liaison représentant la Commission scolaire des Îles, le Centre de réadaptation de la Gaspésie, la Commission scolaire Eastern Shores School Board, le Centre jeunesse Gaspésie-Les Îles et le CSSS des Îles. Quatorze 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 huit discussions cliniques afin d'augmenter la qualité de réponse à la demande d'intervention.
- Acceptation par le Ministère d'un projet d'organisation du travail pour le personnel de la catégorie des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux et de la santé mentale : Développement et consolidation du travail interdisciplinaire. La finalité du projet est d'améliorer l'accès à toute la population des Îles de la Madeleine à des services de qualité par une équipe de professionnels disponibles et compétents.

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. Ajout des suivis pour la clientèle 3 ans (relance 3 ans) pour évaluation du développement.
- Inscription retenue au *Prix d'excellence du réseau de la Santé et des Services sociaux*, en lien avec la clinique de suivi pédiatrique
- Renouvellement de l'entente avec le *Regroupement en allaitement maternel SeinPathique*
- Augmentation du taux d'allaitement exclusif parmi les bébés allaités passant de 63 %, en 2011-2012, à 91 %, en 2013-2014. Le taux d'allaitement parmi l'ensemble des bébés est de 72 %.
- Intégration du suivi de grossesse dans le programme SPI (santé parentale infantile) optimisant le continuum de services.
- Mise à jour de la politique K-102 Allaitement maternel.
- 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 de « *Amis des bébés* ».
- Participation des infirmières scolaires au comité Saines habitudes de vie en milieu scolaire.
- Élaboration des outils pour le suivi infirmier dans le cadre de la clinique TDA/H.
- 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.
- Mise à jour de la politique B-311 Vaccination voyageurs.
- Entente signée entre le Centre de réadaptation en dépendances et le CSSS des Îles afin de rendre disponible le programme d'évaluation de la conduite automobile (PECA) par une infirmière formée spécifiquement pour effectuer ces évaluations.
- Baisse du nombre d'usagers desservis en nutrition compte tenu de la priorisation pour la clientèle avec maladies chroniques

VOLUME DES ACTIVITÉS – INTERVENTIONS/USAGERS		
	2012-2013	**2013-2014**
SERVICES GÉNÉRAUX		
Santé parentale infantile	421 usagers 1 448 interventions	440 usagers 1 852 interventions
Services psychosociaux	521 usagers 2 097 interventions	537 usagers 1 788 interventions
Psychologie Services généraux	72 usagers 405 interventions	53 usagers 225 interventions
Orthophonie enfant	42 usagers 272 interventions	47 usagers 338 interventions
Nutrition	190 usagers 361 interventions	174 usagers 322 interventions
JEUNES EN DIFFICULTÉ		
Jeunes en difficulté	44 usagers 609 interventions	89 usagers 914 interventions

Programme dépendance 1re ligne

- Soutien au comité de prévention en toxicomanie et autres dépendances. Suivi du plan d'action.
- Évaluation de l'offre de services afin d'introduire des activités de prévention tant en toxicomanie qu'en dépendance aux jeux de hasard. Baisse du nombre d'usagers desservis passant de 101 à 65. Notre moyenne devrait se situer autour de 85 usagers.

Services cliniques

Services courants GMF

- Consolidation de la clinique d'anticoagulothérapie par une infirmière clinicienne (usagers inscrits : 207).
- 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.
- Octroi du budget pour la concrétisation de l'accueil clinique en soutien au GMF. Élaboration du *Cadre de référence local de l'accueil clinique,* protocoles infirmiers et algorithme de suivi.
- Mise à jour et élaboration de protocoles et ordonnances collectives avec le comité des Pratiques professionnelles.
- Organisation et mise en place 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. Cent vingt transports ont été économisés, soit 240 segments de vols, générant ainsi une économie appréciable dans le cadre du plan de redressement budgétaire.

GUICHET D'ACCÈS		
	2012-2013	**2013-2014**
Nombre d'usagers inscrits au Guichet d'accès	2 157	761
Nombre de demandes en attente d'inscription	0	0
Nombre d'usagers pris en charge au cours de l'année	790	1 852

Consultations spécialisées

- Nombre de consultations (audio, champs visuels, chirurgies, gynécologie, médecine interne, photothérapie, orthésie, biométrie) : 15 463 consultations.
- Nombre de consultations dans les spécialités médicales : pneumologie, cardiologie, dermatologie, allergies, hémato, rhumatologie, cardiologie neurologique, gastrologie et autres est passé de 1 491 à 1 930.
- Pour les consultations chirurgicales : ORL, orthopédie, ophtalmologie, plastie, etc. : 4 752 consultations.
- Installation d'appareils pour effectuer des photos du fond d'œil en ophtalmologie afin de permettre différents traitements sur place, entre autres les injections oculaires, ce qui permet d'éviter des déplacements à l'extérieur des Îles. Cette nouvelle activité, en plus d'améliorer le service aux usagers, a permis des économies de transport s'élevant à 456 segments de vols.

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		
	2012-2013	**2013-2014**
Clinique des voyageurs	471 usagers 888 interventions	373 usagers 485 interventions
Vaccination antigrippale saisonnière	3 267 usagers	3 713 usagers
Dépistage en ITSS	71 usagers	68 usagers
Interruption volontaire de grossesse	9 interventions	9 interventions
Centre d'abandon du tabagisme	23 usagers 1 intervention de groupe	26 usagers 58 interventions
Clinique anticoagulothérapie	208 usagers inscrits	207 usagers inscrits
Suivi diabète	260 usagers	228 usagers 1 groupe

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.*
- 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 DITED

- Mise en place du service Conciliation Travail-Famille afin de permettre aux parents de bénéficier d'un service de garde en milieu scolaire secondaire pour leurs enfants en situation de handicap.
- Aménagement d'une chambre sensorielle dans les locaux du CRDITED.
- Formation continue en troubles graves de comportement et trouble envahissant du développement. L'APPR (Agente planification, programmation et recherche) participe à la communauté de pratique provinciale.
- Travaux en cours pour développer le répit dans la communauté.
- Ententes de collaboration signées avec quelques organismes communautaires, tels qu'*Entraide communautaire*, *L'Éclaircie* et *L'Accalmie* afin de desservir la clientèle.

- Diffusion de l'offre de service Soutien spécialisé aux Partenaires, avec dépliant explicatif et formulaire de demande de services.
- Utilisation des nouvelles catégorisations pour les usagers en RNI (ressources non institutionnelles).
- Soutien à l'Intégration de plus de 20 enfants vivant une situation de handicap au terrain de jeux.
- Soutien à l'intégration de jeunes adolescents dans des activités de loisirs et de sports.
- Soutien à l'Association des personnes handicapées des Îles (APHI) pour la réalisation d'activités telles que *La Ballade Papillon*.
- Bilan en cours de la première année de hiérarchisation des services 1re et 2e ligne.
- Formation continue pour le développement de l'expertise.

Programme santé mentale

- Travaux en cours pour la mise en place d'une équipe regroupée (services psychosociaux généraux, santé mentale et dépendances). Poursuite des travaux de hiérarchisation des services de 1re et 2e ligne dans le secteur adulte.
- Offre de service écrite.
- Travaux en cours pour l'introduction des notes évolutives informatisées (eclinibase).
- Travaux de réorganisation des services au module de psychiatrie.
- Intégration d'un ergothérapeute dans l'offre de service santé mentale.
- Équipe régionale santé mentale jeunesse en activité.
- 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*.

Organisation communautaire

- Formation « Les environnements favorables » offerte aux différents partenaires (municipal, scolaire, transport) et organisée par la Santé publique.
- Présentation des résultats de l'étude québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, par la Santé publique.
- Soutien au projet de revitalisation de La Villa Plaisance.
- Participation et soutien constant des différentes tables de concertation afin de consolider le réseau local de services.
- Participation et soutien aux gestionnaires et intervenants des différents programmes services pour le déploiement et la consolidation de l'offre de services des programmes services.

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

SAPA (Soutien à l'autonomie des personnes âgées)

Le programme *Soutien à l'autonomie des personnes âgées* regroupe tous les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et à leur entourage. L'objectif poursuivi par les intervenants est de maintenir les personnes âgées dans leur milieu naturel le plus longtemps possible. Pour ce faire, le CSSS des Îles s'est associé avec différents partenaires du milieu afin d'offrir une gamme complète de services dédiés à cette clientèle.

Le centre de jour est un bel exemple des interventions visant à maintenir les acquis des personnes atteintes au niveau de l'autonomie, tout en apportant un soutien aux proches aidants. Pour mieux cerner les pertes d'autonomie, nous avons recours à un outil de validation appelé ISO-SMAF. Il s'agit d'un système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Dans le dernier exercice financier, tous les clients âgés desservis par le programme SAPA ont été évalués, ce qui nous permet de mieux répondre aux besoins.

Soutien à domicile

La clientèle à domicile est composée majoritairement de personnes âgées en perte d'autonomie, mais les services de soutien desservent également les personnes atteintes de déficience physique (DP) ou de déficience intellectuelle et de troubles envahissant du développement (DITED).

SERVICES DE SOUTIEN - VOLUME DES ACTIVITÉS – INTERVENTIONS/USAGERS
POURCENTAGE D'AUGMENTATION

	2012-2013			2013-2014		
	Usagers	**Interventions**	**Moyenne d'interventions**	**Usagers**	**Interventions**	**Moyenne d'interventions**
SAD – Perte d'autonomie	271	19 336	71,09	287	32 539	113,38
				5,51 %	68,28 %	59,49 %
SAD – Soins palliatifs	30	706	23,53	38	973	25,61
				26,6 %	37,82 %	8,80 %
Services en DITED	92	1 453	15,79	102	3 011	29,52
				10,87 %	107,23 %	86,91 %
Services en DP	79	4 171	52,80	77	3 908	50,75
				- 2,53 %	- 6,31 %	- 3,87 %
Services en jeunesse	49	687	14,02	89	950	10,67
				81,63 %	38,28 %	-23,78 %
Services psychosociaux	601	2 555	4,25	569	2 013	3,54
				- 5,32 %	- 21,21 %	- 16,78 %
Services santé courants	2 253	7 652	3,40	2 289	8 708	3,80
				1,60 %	13,80 %	12,01 %

Au cours de la dernière année, il y a eu augmentation de la clientèle recevant des soins palliatifs à domicile. Cette progression s'inscrit dans une tendance provinciale qui veut que ces soins soient dispensés dans le milieu naturel plutôt qu'en institution. Dans cette optique, la contribution des équipes soignantes s'avère indispensable. Le déploiement des soins infirmiers en dyade (infirmières et infirmières auxiliaires) aura permis d'intensifier les activités à domicile et de faire les suivis requis auprès de la clientèle ayant des pathologies complexes. Des gestionnaires de cas sont également appelés à coordonner les soins et les services lorsque plusieurs intervenants sont impliqués dans les plans d'interventions.

En lien avec les orientations ministérielles « *Chez soi : le premier choix* », le CSSS des Îles et ses partenaires déploient beaucoup d'efforts pour maintenir les clientèles dans leur milieu naturel. Le tableau suivant nous démontre que le nombre de clients ayant reçu des services à domicile a augmenté de 13 %. Pour faire face à cette demande croissante de services à domicile, le CSSS des Îles a conclu des ententes avec des résidences privées pour aînés (RPA). Ces organisations à but non lucratif offrent maintenant les services d'aide et d'assistance à leurs résidents, ce qui explique l'augmentation du nombre d'interventions en services achetés et la durée.

Nous observons donc une progression des indicateurs pour l'ensemble des activités effectuées par le personnel du CLSC. En retranchant les données liées aux services achetés, le nombre d'interventions et la durée ont varié respectivement de 30.0 % et 19.4 %.

SOINS À DOMICILE - VOLUME DES ACTIVITÉS – INTERVENTIONS/USAGERS POURCENTAGE D'AUGMENTATION						
	2012-2013			**2013-2014**		
	Usagers	**Interventions**	**Durée**	**Usagers**	**Interventions**	**Durée**
Soins infirmiers	381	7 569	3 387	445	10 356	4 432
				16,8 %	36,8 %	30,9 %
Inhalothérapie	61	392	230	71	476	291
				16,4 %	21,4 %	26,5 %
Auxiliaires familiales	114	5 926	5 324	130	7 297	5 956
				14,0 %	23,1 %	11,9 %
Services achetés	40	10 218	4 492	49	20 073	8 987
				22,5 %	96,4 %	100,1 %
Services psychosociaux	309	2 460	1 185	354	3 160	1 365
				14,6 %	28,5 %	15,2 %
Ergothérapie	86	325	148	90	328	195
				4,7 %	0,9 %	31,8 %
Physiothérapie	52	167	163	86	255	223
				65,4 %	52,7 %	36,8 %
Centre de jour	65	82	26	91	158	59
				40,0 %	92,7 %	126,9 %
TOTAL (usagers différents)	**531**	**27 057**	**14 929**	**600**	**41 947**	**21 451**
				13,0 %	**55,0 %**	**43,7 %**

Ressources non institutionnelles (RNI)

Le CSSS des Îles compte plusieurs partenaires du milieu pour répondre aux besoins d'hébergement des personnes âgées, des personnes ayant une déficience intellectuelle ou des troubles de santé mentale. Parmi ceux-ci, nous retrouvons douze (12) ressources de type familial (RTF) et une ressource intermédiaire maison d'accueil (RIMA).

Un fait marquant de la dernière année aura été la conclusion d'une entente entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Regroupement des ressources résidentielles adultes du Québec (RESSAQ), représentant l'ensemble de nos RTF. Les conditions d'exercice et les rétributions de ces ressources d'hébergement ont alors été modifiées par cette entente nationale. Un nouveau cadre de référence provincial des RI-RTF a également été diffusé par le ministère pour définir les rôles et responsabilités des différents intervenants.

Au cours de la dernière année, des responsables de RTF ont cessé leurs opérations pour différents motifs. Dès lors, nous avons entrepris une campagne intensive de recrutement pour identifier de nouvelles ressources d'hébergement, mais certains besoins du réseau n'ont toujours pas été comblés. Contrairement aux autres régions du Québec, le déploiement des places autorisées dans l'Archipel se fait par le biais d'immeubles locatifs appartenant au Foyer du lien plutôt qu'en milieu résidentiel. La rentabilité des opérations de ces ressources devient alors un enjeu.

CHSLD

Depuis l'intensification du soutien à domicile, le CHSLD ne gère pratiquement plus de liste d'attente pour la clientèle le nécessitant. Cependant, une analyse interne nous démontre que certains clients atteints de déficits cognitifs sont admis alors qu'ils n'ont pas nécessairement les profils gériatriques visés par le programme. Plus du quart des résidents ont un profil ISO-SMAF inférieur à 10. Force est de constater qu'il est difficile pour le réseau d'hébergement en amont du CHSLD d'accueillir la clientèle ayant des comportements agressifs ou perturbateurs, car il n'est pas adapté pour répondre à ce type de besoins.

L'aménagement du nouveau centre d'hébergement Eudore-LaBrie, en juin 2012, a permis la mise en place d'une unité psychogériatrique pour les résidents ayant ces troubles graves du comportement. Pour améliorer la qualité des services offerts et la sécurité des résidents et des employés, le CSSS des Îles a déposé un projet d'organisation du travail et de formation de la main-d'œuvre auprès du Ministère. Le projet a été retenu et il est en cours de réalisation.

Services hospitaliers

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

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

Imagerie médicale

- En juillet dernier, un radiologiste s'est joint à l'équipe médicale et en septembre de la même année, la chef du service d'imagerie médicale a pris sa retraite après plusieurs années de service. Ces deux événements importants ont demandé une réorganisation du travail et une nouvelle répartition des rôles et des responsabilités du personnel.
- Une visite d'inspection a été effectuée par une équipe du *Centre d'expertise de l'institut en radioprotection pour la tomodensitométrie*. Des travaux requis ont été réalisés, en lien avec les conclusions du rapport.

Laboratoire

- Nous avons mis en place le service de prélèvements sans rendez-vous dans les CLSC. Les sondages nous démontrent un très bon taux de satisfaction de la clientèle.
- Plusieurs travaux en lien avec les normes d'*Agrément Canada* ont été réalisés. Par exemple, il y a eu l'adoption d'une politique d'encadrement des analyses de biologie décentralisée (ADBD) et la révision des pratiques de transport d'échantillons et de matières infectieuses.

Pharmacie

- Nous avons encore eu recours à des pharmaciens itinérants pour couvrir les besoins du département, car deux postes de pharmaciens restent toujours à pourvoir.
- La pharmacienne en poste et le chef pharmacien à distance ont tout de même été très actifs sur différents comités de travail pour revoir la médication prescrite. Ces efforts combinés à une réduction de l'achalandage à l'urgence et des admissions en milieu hospitalier auront permis de réduire le coût des médicaments pour l'établissement.

Inhalothérapie

- Nous avons eu recours à des inhalothérapeutes itinérants pour pourvoir des postes temporairement dépourvus de leur titulaire. Toutefois, deux nouvelles inhalothérapeutes finissantes se joindront à notre organisation dès l'été 2014.
- Des travaux de planification et d'organisation du service sont en cours afin de déménager les activités d'inhalothérapie à domicile avec celles en milieu hospitalier. Le projet prévoit l'aménagement des services d'inhalothérapie au 3e étage de l'hôpital, ce qui viendra favoriser le développement des services à domicile par la collaboration entre les professionnels.

Archives, réception, admission et télécommunication

- Depuis le printemps, nous avons instauré un système de rappels automatisés pour confirmer la présence des patients à leurs rendez-vous. Cette application nous a permis de combler les espaces-temps se libérant par des refus dans la semaine précédant les rendez-vous. Toutefois, ce nouveau service de rappels automatisés ne couvre pas les rendez-vous en imagerie médicale.
- Nous avons également augmenté la couverture horaire de la centrale de rendez-vous. Ce service est maintenant déployé de 8 h à 19 h 30, au plus grand bénéfice de la clientèle.

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				
	2012-2013		2013-2014	
	USAGERS	INTERVENTIONS	USAGERS	INTERVENTIONS
Ergothérapie	238	913	289	1 219
Physiothérapie	580	4 471	601	4 193
Orthophonie	59	163	64	121

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DIRECTION SANTÉ PHYSIQUE (DSI)

Élaboration de plusieurs outils d'encadrement clinique

- Ordonnances médicales individuelles standardisées préimprimées (OMISP)
  - Bériplex
  - Immunoglobulines et produits sanguins, en collaboration avec le comité de médecine transfusionnelle
  - Nutrition parentérale, en collaboration avec la nutritionniste et la pharmacienne
- Élaboration des formulaires de suivi de l'insulinothérapie IV, de l'insulinothérapie S.C. et des glycémies capillaires.
- Élaboration des protocoles d'héparine IV standard, en cardiologie et pour thrombolyse coronarienne.
- Règle de soins : Préparation de médicaments à haut risque à l'unité de soins et dans les services. « Double vérification indépendante ».
- Révision de la règle de soins sur les chutes, ajout d'outils d'encadrement.

Audits

- Développement d'outils pour conformité des règles établies, en lien avec la thérapie intraveineuse et le suivi infirmier.
- Planification des collectes des données, compilation et suivi avec les intervenants et les instances sur l'audit, en lien avec la thérapie IV.
- Développement d'outils sur l'évaluation de la qualité des processus de soins en lien avec la double vérification indépendante.
- Planification des collectes de données, compilation et suivi avec les intervenants et les instances sur l'audit en lien avec la règle de soins sur la double vérification indépendante.

Analyse prospective : Rédaction et présentation des résultats aux différents intervenants et instances de l'analyse prospective sur la Situation clinique : *les erreurs de médicaments considérés à haut risque de préjudice pour la clientèle.*

Volet formation

- Formation sur les pompes à Gavage Kangarou e-Pump.
- Formation succion intermittente
- Formation Table Panda
- Formation utilisation d'un incubateur
- Formation sur la téléthrombolyse pour les infirmières de l'unité des soins critiques
- Formation en retraitement des dispositifs médicaux (Collège St-Laurent)
- Formation à l'examen clinique par l'IPSPL et la C-IPSPL
- Formation par visioconférence :
  - Extubation des patients dans un contexte de fin de vie
  - L'efficacité d'une thérapie nutritionnelle préopératoire
  - Simulations d'arrêts cardiaques sur les unités de soins : une méthode pour améliorer la performance d'équipe
  - L'hormonothérapie en ménopause : la vision du gynécologue
  - Les meilleures pratiques en soins périopératoires
  - *Soins infirmiers* et maladies inflammatoires de l'intestin au Canada
  - Formation en cardiologie
  - Oncologie
  - Soins palliatifs

    - L'utilisation du Remicade
- Formation OMEGA

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 en soins infirmiers.
- Soutien à l'intégration de personnel infirmier dans de nouvelles fonctions (accueil clinique, immunosuppression, bloc opératoire, obstétrique, etc.).
- Embauche et intégration d'une 2e infirmière praticienne spécialisée (candidate).
- Soutien au recrutement et à l'embauche de personnel infirmier.

Unité des soins critiques

- Mise en place du protocole de téléthrombolyse en phase aigüe de l'AVC ischémique (projet national).
- Coordination des activités du comité de traumatologie et élaboration ou soutien à l'élaboration des procédures de traumatologie (conformité comme centre primaire de traumatologie).
- Révision des pratiques de fonctionnement
    - Utilisation des civières
    - Durée moyenne de séjour
    - Utilisation du transport ambulancier
    - Congé médical en tout temps
- Révision du processus de fonctionnement interne, en lien avec l'utilisation des différentes fournitures médicales dans le but de modifier le système d'approvisionnement existant.
- Contribution à la révision de protocoles cliniques spécifiques en soins intensifs.
- Comité de gestion des lits.

STATISTIQUES DE L'UNITÉ DES SOINS CRITIQUES			
	2012-2013	**2013-2014**	**ÉCART**
Nombre de visites	23 579	21 836	(1 743)
Civières	2 413	2 353	(60)
Taux d'occupation des civières	57 %	45,8 %	(11,2 %)
Durée moyenne de séjour	12,4	10,3	(2,1)
% de séjour de plus de 24 heures	14 %	8,9 %	(5,1 %)
% de séjour de plus de 48 heures	3 %	0,5 %	(2,5 %)
Soins intensifs/jours présence	611	581	(30)
Taux d'occupation	55,80 %	53,05 %	(2,75 %)
Admission soins intensifs	278	293	15

Unité multiclientèle

- Révision de l'offre de service en santé physique et en santé mentale.
- Application du programme AMPRO et début AMPRO PLUS.
- Activités d'exercices d'urgence en obstétrique.
- Poursuite du programme AAPA.
- Participation au comité de soins de plaies.
- Exercices d'urgence Code Bleu.
- Comité de gestion des lits.

STATISTIQUES À L'UNITÉ MULTICLIENTÈLE			
** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée	**2012-2013**	**2013-2014**	**ÉCART**
Jours présence chirurgie	670	918	248
Jours présence médecine	4 550	4 333	(217)
Jours présence médecine lits courte durée	445	590	145
Jours présence obstétrique	225	278	53
Jours présence pédiatrie	40	27	(13)
Jours présence soins palliatifs	208	90	(118)
Jours présence hébergement temporaire	211	27	(184)
Jours présence courte durée (23 lits)	6 349	6 262	(86)
Taux d'occupation courte durée	75,63 %	74,6 %	(1,03 %)
Admissions courte durée	764	852	88
Jours présence psychiatrie	668	977	309
Jours présence psychiatrie longue durée	218	215	(3)
Jours présence psychiatrie (4 lits)	886	1 254	368
Taux d'occupation psychiatrie	60,68 %	86 %	26 %
Admissions psychiatrie	30	53	23
Nombre de naissances	76	81	5

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

Bloc opératoire

- Informatisation du bloc opératoire.
- Arrivée d'un nouveau chirurgien.
- Ajout de chirurgie par laparoscopie (résection intestinale et cure de hernie).
- Départs et arrivées de ressources infirmières.

Endoscopie

- Mise à niveau du système d'endoscopie digestive (scope et appareillage) et du laveur de scopes.
- Ajout de nouvelles fournitures médicales permettant de réaliser des actes médicaux supplémentaires (serre-nœud, bleu de carmine avec *tears plus*).
- Révision et réduction de la liste d'attente pour les dépistages endoscopiques.
- Mise en place d'un questionnaire d'évaluation de la clientèle préexamen.

Retraitement des dispositifs médicaux

- Formation en retraitement des dispositifs médicaux.
- Révision des procédures de retraitement.
- Remplacement de la stérilisation à l'oxyde d'éthylène par une stérilisation au peroxyde d'hydrogène.
- Projet de mise aux normes des locaux du service.

Autres équipements

- Remplacement de l'appareil à sismothérapie.

Services ambulatoires

- Révision des activités en lien avec le centre de perfusion.
- Mise en place d'un questionnaire d'évaluation clinique en chirurgie ambulatoire.
- Projet de prise en charge des clientèles en chirurgie d'un jour après les heures de fermeture des services ambulatoires.
- Changement de ressource infirmière pivot en oncologie à la suite d'un départ à la retraite.

NOMBRE DE VISITES - BLOC OPÉRATOIRE ET SERVICES AMBULATOIRES		
	2012-2013	**2013-2014**
Médecine de jour	2 617	3 019
Clinique de préadmission	532	729
Chirurgie d'un jour	503	534
Chirurgie et autres interventions admis	248	279
Autres chirurgies simples	505	502
Endoscopie (nombre de patients)	1 039	1 207
Nombre d'examens de coloscopie et rectoscopie	683	874
Visites oncologie	1 671	1 574
Nombre de patients différents	156	157
Oncologie (nombre de traitements)	560	539
Urgence oncologique	1	3
Visites infirmière pivot oncologie	855	754
Autres traitements et procédures oncologies	202	213

Prévention des infections

Volet 1- Surveillance

- Implantation du logiciel Nosokos.
- Surveillance, compilation et analyse des données en lien avec les infections suivantes : SARM, ERV, DACD et complications, Bactériémies panhospitalières, Bactériémies à SARM, Gastro-entérite, Influenza, ISO.
- Plan local de gestion d'une éclosion d'influenza ou de gastro-entérite.
- Création d'un outil pour la gestion de l'influenza en CHSLD.
- Mise à jour des alertes SARM dans les dossiers CSSS et soins à domicile.
- Instauration du dépistage auprès des porteurs SARM à l'unité d'un jour.
- Réalisation de l'étude rétrospective annuelle sur les infections de site opératoire, ajout d'un indicateur pour l'antibiothérapie en temps opportun lors de césarienne.

Volet 2 - Protocoles, politiques et procédures

- Élaboration, bonification, présentation et diffusion de la *Procédure en cas de tuberculose suspectée ou confirmée.*
- Élaboration d'une procédure de nettoyage de glucomètre.
- Élaboration, adoption et diffusion d'un algorithme décisionnel pour le prélèvement et l'isolement de SAG en CHSLD.
- Élaboration, adoption et diffusion d'un algorithme décisionnel pour le prélèvement et l'isolement de SAG à l'USC et UMC.

- Élaboration, adoption et diffusion d'un algorithme décisionnel pour le dépistage et l'isolement ERV.

Volet 3 - L'éducation et la formation

- Formation sur l'utilisation du logiciel Nosokos.
- Formation auprès des nouveaux employés.
- Activité : semaine de la sécurité des patients, le lavage des mains.
- 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 - L'évaluation du programme

- Mise à jour du programme de prévention des infections.
- Prise de position du Comité de prévention des infections (CPI) et intervention de la présidente pour une couverture complète du poste de conseillère en prévention des infections, surtout pendant la saison d'influenza.

Volet 5 - La communication et l'information

- Recommandation quant au changement systématique des rideaux séparateurs sur les unités.
- Recommandation écrite acheminée concernant le recouvrement des planchers des salles de naissance.
- Recommandation sur l'importance d'adopter une politique de construction pour assurer l'application de mesures préventives lors de travaux.
- Recommandation sur un besoin de formation en hygiène et salubrité.
- Communication sur l'entretien des machines à eau.
- Relance auprès des services quant aux tuiles ouvertes au plafond.
- Recommandation sur le retrait des douchettes des unités effectué.
- Contribution à la recherche de solutions alternatives pour le lavage des levines, sondes et stomies sans contamination du lavabo.

NOMBRE DE CAS – PRÉVENTION DES INFECTIONS		
	2012-2013	**2013-2014**
Nombre de diarrhées associées à la C difficile – nosocomiales/jours présence	1 / 6 788	5 / 8 738 + 8 cas non attribuables au CSSS
Nombre de nouveaux cas de SARM	18	11
Nombre de nouveaux cas ERV/jours présence	0 / 6 788	0 / 8 738 + 1 cas non attribuable au CSSS
Nombre de nouveaux cas de bactériémie/jours présence	1 / 6 788	3 / 8 738 + 6 cas non attribuables au CSSS
Travailleurs exposés accidentellement aux liquides biologiques	11	11

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

Le poste à la direction des services professionnels a été pourvu par intérim par la direction générale. Cette direction a été accompagnée par un médecin expert pour la révision des processus pour les services médicaux et les programmes de soins. Cet accompagnement s'est terminé le 31 mars 2014. Le médecin expert a été accompagné d'une consultante infirmière pour revoir les processus de la DSI et les liens avec le corps médical. Au cours de la dernière année, le poste comblé à temps partiel a fait réaliser l'importance de ce directorat dans l'offre de service de notre CSSS.

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 nous sommes en recrutement pour ce poste.

Faits saillants

- Implication et collaboration importantes des médecins dans la révision des processus et de l'offre de service.
- Consolidation du GMF et atteinte de la cible (9 000) pour les inscriptions. Résultat : 9 264.
- Accueil d'une 2e infirmière IPS au sein du GMF.
    - Statistiques : Nombre de médecins dépanneurs en 2013-2014 - environ 262 médecins dépanneurs, en terme de périodes. En 2012-2013 : environ 300 médecins dépanneurs.
- Révision et rédaction des règlements des différents départements. Nous avons entrepris l'élaboration d'un plan de contingence en cas de découverture partielle ou complète dans les départements.
- Recrutement d'un résident en anesthésie en vue de combler le 2e PEM pour 2015.
- Élaboration et signature d'ententes de services interétablissement en pédiatrie, pédopsychiatrie, renouvellement d'AMPRO et entente de téléthrombolyse
- Exercice de réorganisation dans les services de santé mentale adulte 1re et 2e ligne.
- Départ d'un chirurgien à la retraite et embauche de son remplaçant.
- **Enseignement** : Statistiques - Nombre de stagiaires :
    - Gynécologie : en 2013-2014 - 6 étudiants et 2012-2013. En 2012-2013 : 8 étudiants
      Merci au Dr Simon Lajeunesse!
    - Médecine familiale : en 2013-2014 - 9 externes, 10 résidents, 1 immersion clinique. En 2012-2013 - 10 externes, 6 résidents, 2 immersions cliniques
      Merci à la Dre Rosalie Moreau!
- Projets SARROS avec étudiants en médecine : Pendant six semaines, soit du 25 juin au 2 août 2013, accueil de 7 étudiants qui ont travaillé sur 5 projets différents : rédaction d'ordonnances collectives et protocoles, infection des sites opératoires, informatisation du soutien à domicile et GMF, amélioration de la performance du service d'endoscopie digestive, dossiers médicaux électroniques des Îles.
- Recrutement
    - Participation de l'agente de recrutement à la Journée Carrière en octobre à Montréal, avec l'omnipraticienne Annie McNicoll et le chirurgien Pierre Leclerc. Cette activité a permis de recruter un anesthésiste, venu en visite exploratoire en janvier 2014.
    - Les activités de recrutement ont été au ralenti en 2014, les effectifs en médecine familiale étant complets.
    - En 2013-2014, nous travaillerons à recruter deux pharmaciens d'établissement, ainsi que des omnipraticiens, car trois départs ont été annoncés.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES (DRH)

- Participation à la mise en œuvre de la réorganisation du travail à l'unité multiclientèle incluant le module de psychiatrie. Cette démarche a impliqué la révision des horaires et la diminution de l'équipe de travail.

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

- Participation à l'organisation de deux activités de la Table de concertation en ressources humaines des Îles-de-la-Madeleine. Deux formations, chacune suivie d'une conférence grand public. La première, en novembre 2013, sur la communication avec Monsieur Dominique Morneau, activités auxquelles ont participé près de 250 personnes, dont environ 75 personnes du CSSS des Îles. Puis en février 2014, Monsieur Morneau a offert une formation sur l'influence, à laquelle près de 75 personnes ont participé (dont une vingtaine du CSSS des Îles), de même qu'une conférence portant sur le même sujet à laquelle 225 personnes ont assisté, dont environ 75 personnes de l'établissement.

- Coordination de la diffusion d'un sondage auprès du personnel et des médecins portant sur le climat de travail. Sondage réalisé et compilé par le groupe Optimum conseil. 244 personnes ont rempli le questionnaire et 7 groupes cibles ont permis de compléter l'exercice.

- Planification et diffusion des résultats du sondage sur le climat de travail auprès du personnel de l'établissement, en collaboration avec les professionnels du groupe Optimum conseil. Environ 15 présentations ont été effectuées auprès des membres du conseil d'administration, de l'équipe d'encadrement, des médecins, de l'ensemble du personnel et des syndicats. Au total, plus de 300 personnes ont participé aux rencontres de présentation des résultats du sondage, au cours desquelles nous avons entendu leurs préoccupations et questionnements.

- Ces présentations ont donné lieu à la rédaction de plans d'action d'amélioration du climat de travail pour l'ensemble des directions du CSSS des Îles. La direction des ressources humaines, pour sa part, a déposé un plan d'action afin revoir, améliorer, mettre à jour, déposer et diffuser les politiques RH relatives à l'octroi des congés (vacances, fériés et autres), de la gestion et la prévention de la violence et du harcèlement au travail incluant un code de civilité, de la formation et d'évaluation du rendement de l'ensemble du personnel de l'établissement.

- Planification et organisation d'activités de formation et de codéveloppement avec les assistants au supérieur immédiat (ASI) et les chefs d'équipe afin de permettre une plus grande cohérence dans l'application des règles et politiques de gestion.

- Collaboration à l'élaboration et au suivi des projets d'organisation du travail, financés par le MSSS ou l'Agence. Cinq projets ont eu cours :
    - projet d'organisation du travail unité psychogériatrique - troubles graves du comportement;
    - projet d'organisation du travail services psychosociaux;
    - Projet d'optimisation Soutien à domicile;
    - Projet d'organisation du travail approvisionnement;
    - Projet d'organisation du travail à l'unité multiclientèle.

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

- Participation à la mise à jour d'un plan d'action triennal en matière de planification de la main-d'œuvre régionale. La démarche a consisté à établir un diagnostic de la situation actuelle et à prévoir les écarts des trois prochaines années.

- Collaboration à la planification et à la mise en œuvre de la formation Oméga d'un groupe d'employés, permettant ainsi l'accréditation de deux employés de l'établissement, en tant que formateur Oméga.

- Aménagement de nouveaux locaux permettant ainsi un environnement respectueux de la confidentialité.

- Organisation et animation, en collaboration avec le comité organisateur, du Gala reconnaissance. Le 30 mai 2013, nous avons souligné les 25 ans de service de quatre personnes et le départ à la retraite de cinq personnes.

- Organisation et animation, en collaboration avec le comité organisateur, de la Soirée de Noël, à laquelle ont participé près de 300 membres du personnel et médecins.

- Collaboration avec le comité santé et mieux-être pour l'organisation de la journée *Au boulot sans auto*, à laquelle une quarantaine d'employés et médecins ont participé.

- À l'automne 2013, campagne de vaccination antigrippale chez le personnel et les médecins de 55 %, soit 53,5 % chez le personnel (277 / 518) et 80 % chez les médecins (24 / 30).

EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT		
	2012-2013	**2013-2014**
Les cadres		
Temps complet	23	22
Temps partiel	4 (2 etc*)	4 (2 etc)
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	0
Les employés réguliers		
Temps complet	198	209
Temps partiel (équivalent temps complet)	157	141
Les occasionnels		
Nombre d'employés occasionnels (équivalent temps complet)	94	77

*etc : Équivalent temps complet

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

Secteurs de soutien

Informatique

En 2013-2014, le service de l'informatique a mis en place l'agenda corporatif qui permet de regrouper en un même endroit les horaires de travail des employés, cadres, et médecins. En plus d'éliminer les pourriels relatifs aux notifications d'absences, l'agenda corporatif est un bel exemple de projet d'amélioration et d'optimisation simple, efficace et à peu de frais.

Le service informatique a aussi réaménagé son environnement de travail à la grande satisfaction des employés du secteur. Le nouveau réaménagement fut réalisé dans un esprit d'efficience de travail et d'économie d'espace.

Services techniques

Plusieurs travaux de rénovation ont été réalisés au cours du dernier exercice, les principaux sont :

- Remplacement des couvres planchers au sous-sol et au service alimentaire;
- Rénovation des chambres froides au service alimentaire;
- Remplacement de la presse à carton qui permettra une récupération du carton plus sécuritaire pour les employés;
- Modification des portes d'accès au service de l'approvisionnement permettant d'améliorer l'ergonomie et la sécurité des employés du service;
- Modification de la chambre froide de la morgue afin de faciliter et rendre plus sécuritaires les manœuvres du personnel. Plusieurs accidents de travail étaient survenus dans ce secteur dans le passé.

Télésanté

Le CSSS dispose des fournitures, de l'équipement et des outils d'encadrement clinique nécessaires pour offrir la télésanté. Les activités cliniques suivantes ont été rendues possibles **:**

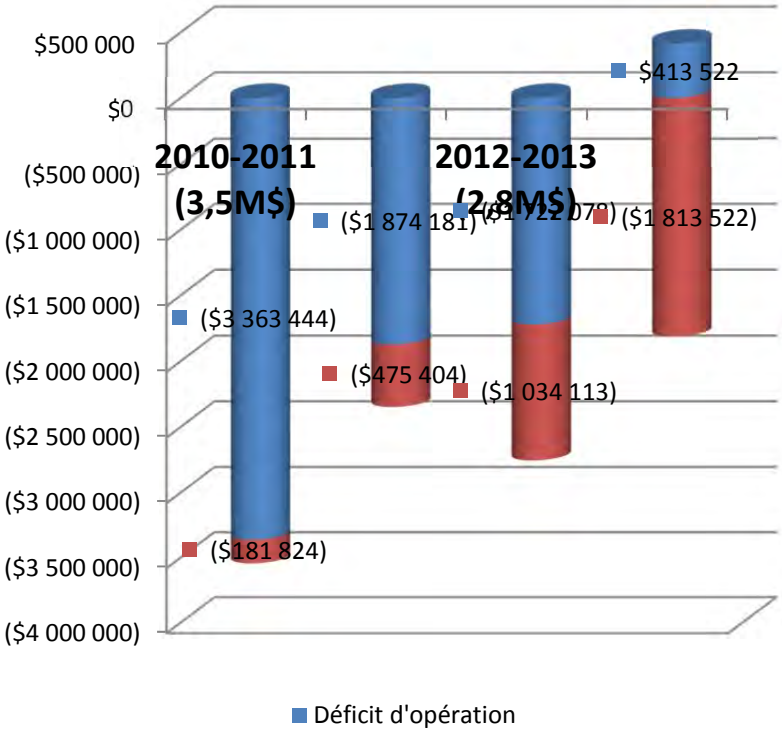
- Téléconsultation avec ou sans patient pour
    - suivi en chirurgie bariatrique (débuté à l'été 2013)
    - échographie cardiaque
    - réadaptation,
    -
    - suivi de plaies complexes
    - santé mentale
- Téléthrombolyse pour la prise en charge de la phase hyper aiguë de l'AVC (débutée en novembre 2013)
- Le projet dépistage de rétinopathies diabétiques est en développement

Près de 400 inscriptions ont été recensées pour permettre des activités d'enseignement et de formation, des réunions administratives et des consultations cliniques avec ou sans patient par visioconférence. Le recours à cette technologie permet de gagner du temps et d'éviter de nombreux déplacements. La téléconsultation clinique a occupé 63 %, l'enseignement et la formation 20 % et les réunions 17 % des espaces-temps.

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 2013-2014, le déficit de 1 043 095 $ est maintenant moindre que le financement retranché par le MSSS sur une base récurrente depuis 4 ans, qui lui est de 1,8 million de dollars. Cela témoigne donc de la progression positive de l'établissement dans la réduction de ses dépenses. Il y a 4 ans, le déficit se chiffrait à 3,5 millions de dollars, et ce, avec seulement 181 824 $ de financement retranché.

Évolution du déficit des 4 dernières années

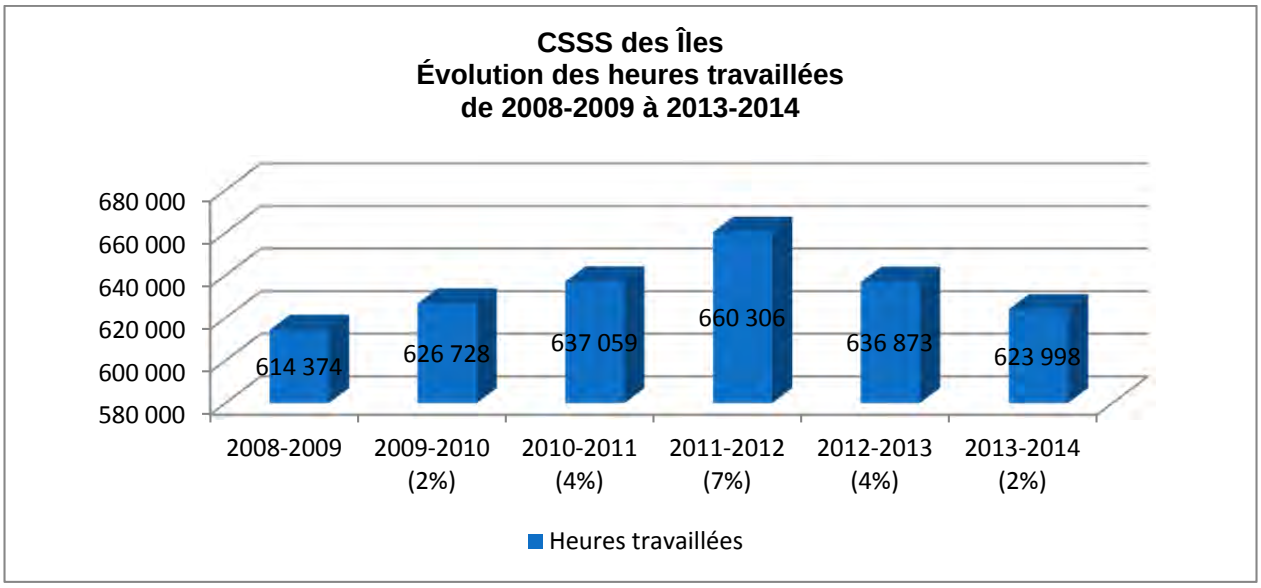


Sous un autre angle, alors que pour l'ensemble des 124 établissements membres de l'AQESSS la progression des heures travaillées (ht) de 2008-2009 à 2012-2013 affiche une progression de 6 %, celle du CSSS des Îles de 2008-2009 à 2013-2014 s'élève à seulement 2 %. Le CSSS des Îles a donc bien contenu son développement d'heures travaillées, et ce, malgré la pression générale exercée sur le réseau de la santé. Une progression égale à la moyenne provinciale aurait représenté 37 000 ht, mais elle fut plutôt contenue à 9 624 ht.

124 établissements membres de l'AQESSS

ÉVOLUTION DES HEURES TRAVAILLÉES DE 2008-2009 À 2012-2013					
	2008-2009	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**
Heures travaillées	262 005 650	267 765 373	269 730 473	275 195 246	277 955 527
% d'augmentation		2 %	3 %	5 %	6 %

Source : Données IStratège



Évolution du plan de redressement budgétaire

Le plan de redressement budgétaire en cours prévoyait une réduction des dépenses de l'ordre de 1,5 million pour 2013-2014, mais seulement la moitié des résultats furent atteints, soit une réduction des dépenses de (743 000 $). D'autre part, l'établissement a connu une hausse importante de l'absentéisme représentant près de 500 000 $ pour 2013-2014. Les résultats des autres secteurs de l'organisation ont pour leur part respecté les prévisions budgétaires initiales.

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS des Îles	1104-4088	100-00 /

exercice terminé le 31 mars 2014

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.

Date	Nom	Signature du directeur général
17/06/2014	Yvette Bertrand	

Date	Nom	Signature de la personne désignée
17/06/2014	Eli Cheukick	

V-Président Jec.CA
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.

AS-471 - Rapport financier annuel Gabarit LPRG-2014.1.0 Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: 2014-06-14 17:09:34 Rapport V 0.5

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS des Îles	1104-4088	120-00 /

exercice terminé le 31 mars 2014

ATTESTATION DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT RELATIVE AU RAPPORT DE L'AUDITEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS ET AUTRES INFORMATIONS FINANCIÈRES

Par la présente, nous attestons que le rapport de l'auditeur indépendant relatif aux états financiers et autres informations financières, saisi à la page 119 du présent rapport financier et portant le timbre valideur inscrit ci-dessous, est conforme au rapport original.

Timbre valideur: 2014-06-14 17:09:34

Nous nous sommes assurés que ce timbre valideur figurant sur le rapport de l'auditeur relatif aux états financiers et autres informations financières, à la page 119 du présent rapport financier, est le même que celui figurant au pied de page de la présente attestation et portant notre signature.

Signature de l'auditeur indépendant: Raymond Bouchard & Associés inc.

Date : 17 juin 2014

Lieu : Cap-aux-Meules

ATTESTATION DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT RELATIVE AU RAPPORT DE L'AUDITEUR SUR LE QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Par la présente, nous attestons que le rapport de l'auditeur indépendant sur le questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant, saisi à la page 124 du présent rapport financier et portant le timbre valideur inscrit ci-dessous, est conforme au rapport original.

Timbre valideur: 2014-06-14 17:09:34

Nous nous sommes assurés que ce timbre valideur figurant sur le rapport de l'auditeur sur le questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant, à la page 124 du présent rapport financier, est le même que celui figurant au pied de page de la présente attestation et portant notre signature.

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

Date : 17 juin 2014

Lieu : Cap-aux-Meules

ATTESTATION DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT RELATIVE AU RAPPORT DE L'AUDITEUR SUR LES UNITÉS DE MESURE ET LES HEURES TRAVAILLÉES ET RÉMUNÉRÉES

Par la présente, nous attestons que le rapport de l'auditeur indépendant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées, saisi à la page 130 et portant le timbre valideur inscrit ci-dessous, est conforme au rapport original.

Timbre valideur: 2014-06-14 17:09:34

Nous nous sommes assurés que ce timbre valideur figurant sur le rapport de l'auditeur indépendant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées, à la page 130 du présent rapport financier annuel, est le même que celui figurant au pied de page de la présente attestation et portant notre signature.

Signature de l'auditeur : Corbeil Boudreau & Associés inc.

Date : 17 juin 2014

Lieu : Cap-aux-Meules

ATTESTATION DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT RELATIVE AU RAPPORT DE L'AUDITEUR 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

Par la présente, nous attestons que le rapport de l'auditeur indépendant 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 cadre, saisi à la page 135 du présent rapport financier et portant le timbre valideur inscrit ci-dessous, est conforme au rapport original.

Timbre valideur: 2014-06-14 17:09:34

Nous nous sommes assurés que ce timbre valideur figurant sur le rapport de l'auditeur 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 cadre, à la page 135 du présent rapport financier annuel, est le même que celui figurant au pied de page de la présente attestation et portant notre signature.

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

Date : 17 juin 2014

Lieu : Cap-aux-Meules

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

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 2014**		
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						
Rien à mentionner						
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	Contrat se terminant le 20 juin 2014			NR
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 2014-2015			NR
Pour le stationnement, les frais	2011-2012	C	Sera réglé en 2014-2015			NR

généraux imputés aux activités accessoires sont estimés à un montant correspondant aux revenus.						
Rapport à la gouvernance						
Lors de la vérification des résolutions du conseil d'administration ratifiant les demandes d'autorisation d'emprunt au MSSS, nous avons relevé des non concordances dans les dates et les numéros des emprunts autorisés et les résolutions. De plus, pour un emprunt, la résolution du conseil d'admi- nistration envoyée au MSSS n'a pu être retracée aux procès-verbaux.	2013-2014	O	Sera réglé en 2014-2015			NR
La politique de l'établissement concernant les conflits d'intérêts ne commande pas une déclaration d'intérêts des membres du conseil d'administration et de la directioon losqu'il est pertinent de le faire.	2011-2012	O	Sera réglé en 2014-2015			NR

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE AU 31 MARS 2014

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS des Îles	1104-4088	204-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉ

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	1 309 157		1 309 157	606 427
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,Fl p408)	3	5 858 919	392 207	6 251 126	6 916 090
Autres débiteurs (FE:p360, Fl: P400)	4	649 738	70 581	720 319	528 148
...	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	721 012	(721 012)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, Fl:p408)	7	3 283 659	(4 752 280)	(1 468 621)	(1 583 329)
Placements de portefeuille	8	297		297	297
Frais reportés liés aux dettes	9		144 499	144 499	133 422
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p360, Fl: p400)	12	14 724		14 724	35 463
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	11 837 506	(4 866 005)	6 971 501	6 636 518
PASSIFS					
Emprunts temporaires (Fl: p403)	14	18 500 000	2 451 868	20 951 868	19 428 555
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, Fl: p408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, Fl: p401)	16	3 963 466	488 088	4 451 554	5 290 617
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	1 640 676	1 640 676	2 509 432
Intérêts courus à payer (FE: p361, Fl: p401)	18	19 873	392 207	412 080	366 259
Revenus reportés (FE: p290 et 291, Fl: p294)	19	654 242	813 077	1 467 319	872 846
...	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p361, Fl: p403)	21	XXXX	43 394 793	43 394 793	42 373 934
Passifs environnementaux (Fl: p401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	3 706 073		3 706 073	3 564 673
...	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p361, Fl: p401)	25				
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	26 843 654	49 180 709	76 024 363	74 406 316
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(15 006 148)	(54 046 714)	(69 052 862)	(67 769 798)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (Fl: p420, 421, 422)	28	XXXX	54 169 665	54 169 665	53 731 812
Stocks de fournitures (FE: p360)	29	601 557	XXXX	601 557	711 618
Frais payés d'avance (FE: p360, Fl: p400)	30	144 192		144 192	150 465
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	745 749	54 169 665	54 915 414	54 593 895
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(14 260 399)	122 951	(14 137 448)	(13 175 903)

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 LPRG-2014.1.0 — Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: 2014-06-14 17:09:34 — Rapport V 1.0

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 2014 - 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	40 852 093	42 763 844		42 763 844	41 346 320
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	7 713		7 779	7 779	7 322
Contributions des usagers (P301)	3	1 739 675	1 739 943	XXXX	1 739 943	1 730 958
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	619 435	510 585	XXXX	510 585	788 915
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	16 500	15 501		15 501	15 732
Revenus de type commercial (P351)	7	45 200	XXXX	53 376	53 376	43 801
Gain sur disposition (P302)	8					
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	33 850	109 295		109 295	53 615
TOTAL (L.01 à L.11)	12	43 314 466	45 139 168	61 155	45 200 323	43 986 663
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	31 410 578	31 236 908		31 236 908	31 061 444
Médicaments (P750)	14	1 602 466	1 498 277	XXXX	1 498 277	1 448 564
Produits sanguins	15		499 084	XXXX	499 084	481 826
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	1 017 615	1 093 818	XXXX	1 093 818	1 040 469
Denrées alimentaires	17	436 500	391 406	XXXX	391 406	416 021
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	1 991 539	2 018 903	XXXX	2 018 903	2 042 147
Frais financiers (P325)	19	235 000	209 699	XXXX	209 699	207 095
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	398 679	346 663	29 600	376 263	605 461
Créances douteuses (C2:P301)	21					5 920
Loyers	22	186 357	175 361		175 361	
...	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	8 868 487	8 729 314	14 385	8 743 699	9 433 907
TOTAL (L.13 à L.24)	25	46 147 221	46 199 433	43 985	46 243 418	46 742 854
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(2 832 755)	(1 060 265)	17 170	(1 043 095)	(2 756 191)

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2014.1.0 — Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: 2014-06-14 17:09:34 — Rapport V 1.0

Numéro | Note

Note 1 : STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

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

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

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

Note 2 : DESCRIPTIONS DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

6 ***Référentiel comptable***

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

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

Utilisation d'estimations

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

Comptabilité d'exercice

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

Périmètre comptable

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

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

Comptabilité par fonds

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

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

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

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

Classification des activités

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

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

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

Centre d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

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

- les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve le stationnement et les locations de télévisions.

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

Unités de mesure

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

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

Revenus

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

De façon plus spécifique :

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

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Revenus d'intérêts

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

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

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

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, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilités, 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. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

Salaire

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 de ce compte est portées aux dépenses de l'exercice.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou de services rendus sont comptabilisés aux créditeurs et autres charges.

Charges inhérentes aux ventes de services

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

Débiteurs

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

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

Prêts interfonds (établissement public uniquement)

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

Frais payés d'avance

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

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

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

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

Immobilisations

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

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

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

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

Dettes à long terme

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

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

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

Avantages sociaux futurs

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance-salaire sont comptabilisés dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, 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 de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Avoir propre

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

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Instruments financiers

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

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministère de la

Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements (agences). Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposés par la LSSSS en ce sens.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Note 3 : MODIFICATIONS COMPTABLES

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable

La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement n'a eu aucun effet.

Note 4 : DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 30 avril 2013.

Note 5 : LES AVANCES BANCAIRES

Au 31 mars 2014, le montant maximum des avances bancaires mises à la disposition de l'établissement étaient de 18 500 000 $ au taux des acceptations bancaires canadiennes, à la date de l'emprunt, plus 0.30 %, incluant tous les frais, échéant le 31 mars 2014. Ces avances bancaires sont garanties par le ministère dela Santéet des Services sociaux.

Note 6 : ENGAGEMENT

L'établissement a pris des mesures de fin d'engagement à l'égard de deux employés avant le 31 mars 2014. Ainsi, les ententes conclues ont permis d'imputer une somme de 57 343 $ au sous-centre d'activités 7906 et les versements s'y afférent seront effectués aux

exercices suivants:

2014-2015	39 966 $
2015-2016	8 688 $
2016-2017	8 689 $

Note 7 : ÉVENTUALITÉ

En date du 17 juin 2014, l'analyse du rapport financier pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 n'étaient pas complétées. Conséquemment, le rapport financier pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 n'inclut pas les éventuels redressements qui pourraient résulter de cette analyse.

NOTE 8 : 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. Cependant, selon le chapitre SP 3450 Instruments financiers, la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée.

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.

NOTE 9 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AUX RISQUES FINANCIERS

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.

L'établissement consent du crédit à ses clients dans le cours normal de ses activités. Il maintient des provisions pour pertes potentielles sur créances.

Risque de taux d'intérêts

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur ou les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison des variations de taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt en ce qui concerne ses instruments financiers à taux d'intérêt fixe et à taux d'intérêt variable. Les instruments à taux d'intérêt fixe assujettissent l'établissement à un risque de juste valeur et ceux à taux variable à un risque de trésorerie.

Risque de liquidités

Le risque de liquidité est le risque qu'une entité éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à des passifs financiers. La gestion prudente du risque de liquidité suppose le maintien d'un niveau de liquidités suffisant, l'accès à des facilités de crédit appropriées et la capacité de liquider des positions prises sur le marché. L'établissement est d'avis que ses ressources financières récurrentes lui permettent de faire face à toutes ses dépenses.

NOTE 10 : 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 budgétaire entre ses revenus et ses dépenses en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

NOTE 11 : OPÉRATIONS AVEC LA FONDATION

Au cours de l'exercice, l'établissement a reçu des dons de la Fondation Santé de l'Archipel pour un montant de 51 441 $. Ces dons ont servi à l'achat de divers équipements pour 46 075 $ et diverses fournitures pour 5 366 $.

NOTE 12 : CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice 2012-2013 ont été reclassés afin de rendre leur présentation identique à celle de l'exercice 2013-2014.

ENTENTE DE GESTION 2013-1014

DESCRIPTION ET RÉFÉRENCE		ENGAGEMENT 2013-2014	SUIVI PÉRIODIQUE	
			Résultats 2012-2013	**Résultats 2013-2014**
1.1 Santé publique				
1.1F	Enfants recevant 1re dose en CLSC vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	96,8 %	88,4 %	**89 %**
1.1G	Enfants recevant 1re dose en CLSC vaccin contre méningocoque de sérogroupe C dans les délais	90,9 %	94 %	**97,4 %**
1.1L	Écoles qui implantent l'approche École en santé	87,5 %	75 %	**50 %**
1.3 Soutien à domicile				
1.3.5	Nombre d'heures de service de soutien à domicile par différents modes de distribution (CSSS-mission CLSC)	34 865 h	49 763 h	**54 887 h**
1.4 Déficience physique				
1.45.04	Taux des demandes de service traitées en CSSS selon les délais (tous âges et toutes priorités)	90 %	100 %	**100 %**
1.5 Déficience intellectuelle et TED				
1.5	Taux des demandes de service traitées en CSSS selon les délais (tous âges et toutes priorités)	90 %	100 %	**100 %**
1.8 L'accès aux services de santé mentale				
1.8.9	Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux recevant des services de 1re ligne en CSSS	215 adultes 41 jeunes	201 adultes 42 jeunes	**172 adultes** **38 jeunes**
1.8.5	Nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services de soutien d'intensité variable (SIV)	19	15	**16**
1.8.6	Nombre moyen d'adultes qui ont reçu un suivi intensif dans le milieu (SIM)	4	3	**5**

Entente de Gestion (suite)

DESCRIPTION ET RÉFÉRENCE		ENGAGEMENT 2013-2014	SUIVI PÉRIODIQUE	
			Résultats 2012-2013	**Résultats 2013-2014**
1.8 L'accès aux services de santé mentale				
1.8.9	Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux recevant des services de 1re ligne en CSSS	215 adultes 41 jeunes	201 adultes 42 jeunes	**172 adultes** **38 jeunes**
1.8.5	Nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services de soutien d'intensité variable (SIV)	19	15	**16**
1.8.6	Nombre moyen d'adultes qui ont reçu un suivi intensif dans le milieu (SIM)	4	3	**5**
1.9 Santé physique				
Urgence				
1.9.1	Durée moyenne de séjour – Global (heures)	-12 h	12,6 h	**10,28 h**
1.9.3	% de + de 24 heures – Global	-14 %	14,05 %	**8,92 %**
1.9.4	% de + de 48 heures - Global	0 %	2,4 %	**0,5 %**
	Durée moyenne de séjour pour les 75 ans et plus	12 h	14,5 h	**11,3 h**
Chirurgie				
1.9.2.3	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées pour une chirurgie de la cataracte	90 %	94 %	**92,1 %**
1.9.2.4	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour (à l'exception de la cataracte)	90 %	93,9 %	**84,7 %**
1.9.15	Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	90 %	100 %	**95,6 %**
1.9.33	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	90 %	90,9 %	**76,5 %**
3.1 Ressources humaines				
3.1	Ratio des heures en assurance-salaire vs heures travaillées	5,53 %	4,51 %	**6,13 %**
3.2	% heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	6,72 %	3,02 %	**2,53 %**
3.3	% de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier	0 % 0,44 %	0,07 %	**0 %**

Entente de Gestion (suite)

DESCRIPTION ET RÉFÉRENCE		ENGAGEMENT 2013-2014	SUIVI PÉRIODIQUE	
			Résultats 2012-2013	**Résultats 2013-2014**
4.1 Contrôle des infections nosocomiales				
4.1.3	Réaliser les différentes étapes en regard de la gestion des zones grises	80 % des étapes	-	**Reporté à 2014-2015**
Rétention et mieux-être au travail				
3.1	Poursuite du Programme de préceptorat	100 %	-	**Atteint**
Accessibilité aux services				
1.9.34	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour chacun des neuf examens diagnostiques	90 %	-	**Non atteint**
1.9.35	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies des neuf examens diagnostiques	100 %	-	**Non atteint**
1.9.36	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les neuf examens diagnostiques	90 %	-	**Atteint, sauf pour les mammographies diagnostiques**
1.9.37	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies des neufs examens diagnostiques	100 %	-	**14 jours**

CONSEIL D'ADMINISTRATION

En date du 31 mars 2014, 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)
- Julie Decoste (Conseil des infirmières et infirmiers - CII)
- 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 (Personnel non clinique)
- Poste vacant (Conseil multidisciplinaire - CM)

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

Membres du CECMDP

D^re^ Marjolaine Bourque
D^re^ Ychelle Fortier, vice-présidente
Madame Yvette Fortier, directrice générale
D^re^ Amélie Hubert, trésorière
Dr Steve Lessard
Dr Jean-François Noël, président

Membres sortants

D^re^ Amélie Hubert, Dr Steeve Lessard et Dr Jean-François Noël

Réunions du CECMDP, du CMDP et des comités

Cette année, le CECMDP s'est réuni à 9 reprises et a tenu 2 assemblées générales.
Le CEACMDP a tenu 6 rencontres et le Comité de Pharmacologie s'est réuni à 3 reprises. Enfin, le Comité des Titres a siégé à 6 reprises.

Contexte

Cette année s'est poursuivie sous le thème de la réorganisation des services et du redressement budgétaire. Il y a eu le départ de notre ex-directrice générale, Mme Gibeault, et l'arrivée de Mme Yvette Fortier. J'oserais ici mentionner que ce renouveau nous a amené un vent de fraîcheur.

Le poste de DSP officiel n'est toujours pas pourvu et l'accompagnement DSP, avec Dr Tardif, s'est terminé en mars dernier. Mme Fortier assume actuellement les fonctions de DSP. Le recrutement demeure actif.

Le CSSS est donc toujours en redressement financier et l'objectif d'un budget équilibré est toujours à l'agenda de toutes les directions. Chaque secteur est revu afin d'améliorer l'efficience tout en conservant la qualité et l'éventail des services attendus. Les efforts consentis sont importants et les prévisions actuelles sont optimistes.

Il va sans dire que plusieurs réaménagements amènent des préoccupations et certaines insatisfactions au sein de l'établissement. À ce sujet, un sondage a été effectué par une firme indépendante auprès de tous les employés et médecins. Un rapport a été présenté et les résultats ont fait l'objet d'un plan de communication personnalisé et détaillé.

Suivi des comités

Comité des titres et effectifs médicaux

Le comité des titres a poursuivi son travail habituel de nomination et renouvellements de privilèges.

Cette année, soulignons, entre autres, l'arrivée comme membres actifs des D^{re} Émilie Comeau, médecin de famille, et Dr Jean-Robert Leroux, psychiatre.

Notons les départs des D^{re} Annie McNicoll et Anne-Marie Dutrisac. Ajoutons aussi le départ annoncé de Dr Steve Arnold pour août prochain. Nous remercions ces collègues pour leurs années de travail au sein de notre établissement et leur souhaitons une bonne poursuite.

Enfin, mentionnons que le comité des titres se renouvelle avec l'arrivée de deux membres : Dr Poirier et Dr Leclerc, président. Le comité en profite pour revoir, mettre à jour et standardiser nos procédures de nomination.

CEACMDP

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

Comité de Pharmacologie

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

Plusieurs ordonnances collectives, protocoles médicaux et médicamenteux ont été adoptés. De ce côté, le comité peut maintenant profiter du soutien du CPPI.

Comité des pratiques professionnelles et interdisciplinaires

Comme discuté l'an dernier, le CPPI a finalement vu le jour et est actuellement en pleine action. Soulignons le travail important de D^{re} Anne-Marie Dutrisac pour le démarrage de ce nouveau comité.

Même si ce comité n'est pas sous l'égide du CMDP, il a comme mandat, entre autres, de soutenir le CECMDP et ses comités pour les aspects cléricaux et administratifs lors de l'élaboration de différents protocoles, ordonnances collectives et ordonnances individuelles standardisées.

Depuis la création du comité, plusieurs documents officiels ont vu le jour.

Révision des règlements des départements

La révision des règlements du département de médecine familiale est toujours en court.

Comme mentionnée l'an dernier, avec la réorganisation des services médicaux, la révision des règlements de tous les départements est actuellement une priorité. Les chefs de départements doivent soumettre leur révision d'ici la fin de l'année.

Concernant les règlements du CMDP, des propositions pour encadrer la confection des horaires des médecins et clarifier certaines balises pour les demandes de congés sont aussi à l'ordre du jour.

Services cliniques et départements

En médecine familiale, avec la reconduction du contrat GMF, la prise en charge en 1re ligne continue d'augmenter. Toutefois, plusieurs départs auront des répercussions inévitables dans l'année qui vient.

Soulignons le changement de statut de quatre médecins comme membres associés. Ces médecins pratiqueront en cabinet privé tout en gardant une tâche hospitalière secondaire.

Dans le service d'obstétrique et périnatalité, des problèmes organisationnels reliés aux soins infirmiers pointés par le CMDP et le DMG ont été considérés. À ce sujet, le programme AMPRO a été reconduit avec le financement approprié. Ce dossier est toujours suivi de près, mais le DMG semble satisfait des corrections apportées. Il persiste tout de même un nombre important d'infirmières qui font la rotation en obstétrique, ce qui diminue l'exposition de chacune et ce point demeure une préoccupation de l'équipe médicale.

Dans le service d'urgence, le projet provincial de téléthrombolyse dans l'ACV a vu le jour et plusieurs patients ont déjà bénéficié de ce nouveau service.

Le département de psychiatrie est en restructuration et est actuellement sous la chefferie de Dre Boshouwers. Notons, entre autres, une réorganisation des procédures de références pour tous les services de pédopsychiatrie.

En imagerie médicale, notons l'arrivée de Dr Bernard Rodrigue comme membre actif. Vu son travail à distance, certains problèmes dans l'organisation des horaires et du travail qui pouvaient créer des délais d'examens ou de lecture ont été identifiés. Aussi, plusieurs collègues se sont préoccupés de l'importance des demandes d'examens de contrôle. Ceci a fait l'objet de discussions. Enfin, l'organisation du programme de dépistage du cancer du sein est en révision.

Par ailleurs, la formation d'un technicien autonome en échographie cardiaque a permis de diminuer de façon importante la liste d'attente pour les examens électifs.

En médecine interne, l'année s'est déroulée en l'absence de Dr Hanel qui est actuellement en congé sabbatique. Nous devrons connaître sous peu sa décision de réintégrer ou non le département. Entre temps, le département a recours au dépannage officiel. Malgré tout, l'établissement a dû faire face à quelques découvertures de garde. À ce sujet, des rencontres officielles ont eu lieu afin d'établir un plan de contingence pour chaque département et d'identifier clairement nos corridors de services extra-hospitaliers. Un plan de communication clair a aussi été mis en place pour informer les médecins de toute découverture.

En pharmacie, le département a toujours un chef à distance qui vient périodiquement, M. Reynald Tremblay. Deux postes de pharmaciens demeurent vacants et le recrutement est actif. Un projet provincial de télépharmacie est aussi en cours.

Au laboratoire, plusieurs améliorations techniques et procédurales ont eu lieu. Il y a eu mise en place du système de prélèvements sans rendez-vous. Le DMG a aussi élaboré un formulaire électronique pour les requêtes de laboratoire.

Enfin, des offres de services régionales et des ententes officielles s'organisent dans certaines spécialités, dont l'orthopédie et la pédiatrie.

Conclusion

La situation budgétaire du CSSS est toujours à l'ordre du jour, mais les efforts de redressement portent leurs fruits.

Le corps médical s'est impliqué activement dans ce mouvement, tant du côté médico-administratif que clinique.

À preuve, l'amélioration de divers indicateurs nous place maintenant en tête lorsque comparés régionalement ou aux établissements semblables. Entre autres :

- Taux d'hospitalisation
- Durée d'hospitalisation
- Nombre de consultations à l'urgence
- « Cote » du service d'urgence

Poussée par le CMDP, la création du CPPI permet de continuer d'améliorer les soins en épurant, clarifiant et standardisant tous nos protocoles.

Nos corridors de services régionaux et suprarégionaux s'officialisent et un plan de communication clair est établi pour les découvertures de garde.

Le CEAMDP poursuit son pertinent travail d'évaluation de la qualité de l'acte.

La vision que je partageais depuis deux ans semble s'actualiser :

Des soins adaptés et de qualité pour le plus grand nombre,

avec un effort de cogestion médico-administrative

Maintenant que nos procédures se clarifient, que l'organisation des services se précise, que notre « efficience médicale » s'améliore tout en conservant la qualité des soins, je ciblerais comme prochain objectif, dans le même sens que le mouvement médical international qui se dessine :

Une utilisation judicieuse des examens diagnostiques

Et, pour ce faire, une réflexion s'amorce au CECMDP concernant la formation d'un Comité des services diagnostiques.

Enfin, enthousiaste par rapport au mouvement actuel, c'est avec intérêt que je désire me représenter pour un autre mandat au CECMDP.

Jean-François Noël, MD, Président
CMDP de l'Archipel
12 juin 2014

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Membres du CII

Au 31 mars 2014, les membres du CII sont Julie Decoste (présidente), Annick Molaison (vice-présidente), Dominique Déraspe (secrétaire démissionnaire), Louise Gaudet, Marie-Élaine Lapierre, Aïda-Dina St-Laurent, Johanne Cantin (DSI, membre d'office), Marie Gibeault (DG, membre d'office, jusqu'en octobre 2013) 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

- Participer au CPPI.

Objectifs émanant de l'Assemblée générale annuelle 2013

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

Bilan des activités

- Nombre de réunions du comité exécutif du CII et taux de participation des membres
  - Nombre : 9 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 : 7 Taux de participation : 75 %

Rapports du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Le comité n'a pas été actif pendant l'année financière 2013-2014.

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

Le comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence a vu le jour en novembre dernier. Deux audits ont été principalement travaillés par le comité durant cette période :

1) Un **audit sur la thérapie intraveineuse**, en septembre 2013. Il a permis de conclure que la pratique infirmière en lien avec la thérapie IV est conforme aux règles de l'établissement, et certaines recommandations ont été faites pour améliorer cette pratique.

2) Un **audit sur la double vérification indépendante**, effectué en mars-avril 2014, a permis de conclure encore une fois que la règle de soins a été respectée dans la majorité des cas. Des recommandations ont aussi été faites pour amélioration.

Le comité, avec l'aide de certains partenaires, a mis en place la démonstration de la situation clinique du code bleu qui sera présentée en mai. De plus, il a travaillé, de concert avec le CECII, à la réalisation du projet concernant le local des soins infirmiers et à l'élaboration du calendrier de formations continues.

Recommandations ou avis émis par le CII concernant

Les ordonnances collectives, OMISP et protocoles

- Mettre en place la procédure de suivi d'anticoagulothérapie, telle que présentée au CECII.
- Les quatre O.C. du suivi postchirurgie bariatrique présentées au CECII le 10 juin 2013 et déjà approuvées par le CMDP devront être refaites. Elles ne sont pas conformes à la formation des infirmières de la clinique.
- Revoir la pertinence d'utiliser l'O.C. sur le Beriplex^{MD} à l'UMC.
- Les protocoles sur les produits sanguins, les immunoglobulines et trois O.C. en chimiothérapie approuvés tels quels.
- Protocoles sur les opiacés : s'assurer de l'uniformité du code de couleur des feuilles de prescription pharmaceutiques.
- Les lieux d'application de l'O.C. du traitement de l'anaphylaxie sont absents. Les O.C. de l'INESSS devraient être appliquées au CSSS des Îles.
- Problème de conformité de version soumise au CECII pour les O.C. de la lévothyroxine, sur la contraception hormonale et sur l'accueil clinique.
- Les O.C. collectives sur la clinique du voyageur ont été élaborées par une infirmière sans révision pharmacologique ou médicale, ceci doit être fait avant approbation. Il y a aussi un doute sur la conformité de la version anglaise.
- L'ordonnance en nutrition parentérale est adoptée.
- Les trois protocoles sur l'héparine comportent des risques d'erreur. Des modifications sont suggérées.
- Des modifications sur les O.C. en soins palliatifs doivent être faites, car nécessitent un diagnostic médical. Le protocole de téléthrombolyse a été approuvé, mais après qu'il ait déjà été mis en place.

Les règles de soins

Adoption des règles de soins suivantes :

1. Chutes
2. Double vérification indépendante

3. Contribution à la thérapie intraveineuse
4. Surveillance des opiacés

Avis émis par le CII au directeur général concernant

- Demande pour un comité mixte avec le CM, le CMDP et le CII, pour la révision des procédures.
- Demande pour un local dédié à la formation clinique au CSSS des Îles.
- Procédure de code bleu à revoir.
- Problématique d'ordonnances collectives et de procédures impliquant les infirmières approuvées sans consultation au préalable du CII ou transmission d'une version erronée au CECII à plusieurs reprises.
- Appui au continuum en traumatologie.
- Rappel de la demande de l'année dernière sur la procédure d'évaluation de l'attribution d'un nouveau poste.
- Rappel de la volonté du CII d'être impliqué dans les décisions ayant une influence sur la qualité des soins infirmiers, telles que la formation continue et l'orientation.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés

Malgré les efforts, la relance du CIIA n'a pas eu lieu. Cependant, des avancés dans ce dossier ont eu lieu au cours du dernier mois. Le CII a nommé une infirmière pour le représenter au CPPI, il s'agit de Mme Louise Gaudet. Le CPPI est une des étapes dans le rapprochement des trois conseils professionnels du CSSS.

La conseillère en gestion des risques, Mme Denise Landry, est maintenant invitée d'office à deux réunions régulières par année du CECII pour présenter un rapport sur les principaux incidents rapportés en lien avec la pratique infirmière.

Tel que mentionné dans le rapport du comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence, deux audits ont eu lieu cette année avec d'excellents résultats. Le CECII tient à souligner la collaboration des divers acteurs dans ce dossier.

Plusieurs activités de formation continue pour les infirmières ont eu lieu cette année. Les formations ont été données majoritairement par des membres du CII. Le CECII continue d'appuyer, au besoin, l'élaboration et la distribution de ces formations. Cependant, un lien direct avec les ressources humaines sur ce sujet serait souhaitable afin d'être plus efficient.

Pour ce qui est de l'implication du CII dans les processus décisionnels qui le concernent, la présence plus constante de la directrice générale aux réunions régulières du CECII s'est avérée efficace. Toutefois, aucun suivi n'a été fait au CECII sur les recommandations de l'année dernière, la direction générale ayant changé de main au cours de l'année. À la demande de la présidente, une réunion est prévue sous peu entre la présidente du CECII, la DSI et la DG pour remédier à cette situation.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

- 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.

Au cours de l'année, le CECII a reçu deux avis de ses membres concernant des problématiques lors de remplacements d'infirmières à court et moyen termes. Les infirmières sont inquiètes de l'impact sur le suivi de la clientèle et la qualité des soins octroyés.

- Émettre une recommandation officielle et étayée aux ressources humaines concernant les remplacements infirmiers.

Recommandations générales

Étant donné la situation actuelle au CSSS, il serait souhaitable d'impliquer le CII dans le plan d'effectif en soins infirmiers et dans la formation continue des infirmières au CSSS. 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. De plus, la formation en soins de plaie devrait être priorisée.

Conclusion

Le CII du CSSS des Îles avait pour mandat et objectifs spécifiques, pour l'année 2013-2014, de participer au CPPI, 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 divers 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.

Julie Decoste, présidente du CII

COMITÉ DES USAGERS

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

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

Le comité des usagers du CSSS 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

- Continuer le travail déjà amorcé sur l'analyse des statistiques relatives aux listes d'attente;
- Favoriser la prise en charge de la clientèle orpheline du territoire;
- Changer la localisation de la salle d'attente de l'urgence;
- Diffuser des capsules à la radio communautaire afin de promouvoir les droits des usagers;
- Élaborer un plan d'action avec suivi rigoureux;
- Faire connaitre l'existence du comité des usagers et résidents en utilisant différents outils de promotion.

Bilan des activités 2013-2014

- Nombre de réunions tenues : 14 – Taux de participation : 82 %.
- **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.
  - Fabrication de panneaux de présentation des droits et obligations des usagers et le mandat de celui-ci dans chaque installation du CSSS, dont 2 CLSC à clientèle anglophone.
- **Actions prises pour promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers**
  - Favoriser un plan d'action auprès de la direction du CSSS pour la clientèle orpheline qui représentait 42 % de l'ensemble de celle-ci, un taux définitivement inacceptable.
  - Le comité des résidents est en action pour l'amélioration du document de bienvenue aux nouveaux résidents du Pavillon Eudore-LaBrie.

- La salle d'attente de l'urgence sera sous peu aménagée pour plus de confidentialités.

- **Actions prises pour évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus**
  - Aucune action concrète ne fut prise de la part du comité des usagers pour évaluer de façon concrète, mais un sondage sur la satisfaction de la clientèle des proches et résidents du CHSLD Eudore-LaBrie, le CSSS des Îles et le CRDITED fut effectué récemment par le Conseil québécois d'Agrément. Nous aurons à utiliser cet instrument de travail dans le but de bien profiler nos orientations de sondage dans les prochains mois.

- **Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers des usagers**
  - Nous avons suivi de près le déroulement du projet du stationnement payant pour l'établissement principal du CSSS et du CHSLD Eudore-LaBrie et nous appuyons la proposition d'une contribution volontaire des utilisateurs du stationnement.

Suivi des activités des comités de résidents

Le comité des résidents, présidé par Rachelle Richard nous indique comment l'année 2013-2014 fut variable à plusieurs niveaux. Le printemps, l'été et l'automne 2013 ont amené plusieurs activités avec les résidents (fête de Pâques en déjeuner, jeux sociaux et un gros rassemblement pour la fête de Noël avec une bonne participation des résidents et familles) ainsi que la tenue de rencontres du comité des résidents et la participation de deux membres au congrès du regroupement des comités des usagers en octobre. Un relâchement de participation des membres est remarqué depuis le mois de janvier 2014, mais une relance sera effectuée sous peu.

La clientèle du CHSLD Eudore-LaBrie est composée de résidents de plus en plus en perte d'autonomie, ce qui occasionne la difficulté de recruter un membre résident sur le comité.

La rédaction d'un nouveau dépliant de bienvenue aux nouveaux résidents est également en cours pour l'actualiser.

Indicateurs de suivi utilisés

Participation active de la présidente au comité des usagers et rencontres avec les gestionnaires Pierre Arsenault et Judith Arseneau, conjointement avec la présidente du comité des usagers, Nancy Leblanc, pour en arriver à un consensus d'indicateurs de suivi et protocole de communication entre les deux parties.

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, ainsi que la publicité ciblant les usagers, le personnel et les proches.
- Depuis mai 2013, notre autonomie pour le fonctionnement administratif amène des résultats positifs, simplifiés et motivants. En favorisant la présentation du comité au personnel et à la direction du CSSS, 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.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

- Augmenter la visibilité du comité des usagers;
- Renseigner la population sur les droits et obligations des usagers de l'établissement;
- 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;
- Suivre de près l'accessibilité à un médecin de famille (clientèle orpheline);
- 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.

Recommandations

- **Les droits et les obligations des usagers**
- Promouvoir l'information au personnel des installations du CSSS des Îles pour informer davantage les usagers de leurs droits et de leurs obligations, au moment opportun.
- **L'amélioration de la qualité des conditions de vie et la satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus**
- Sécuriser les usagers sur la possibilité de faire valoir leurs droits. Le commentaire de « peur de représailles » ou la «crainte de faire du tort à une connaissance » ne doit absolument pas faire partie des opinions ou intentions des usagers. Une campagne de sensibilisation de dénonciation des insatisfactions devra être mise en œuvre conjointement par le comité des usagers et le CSSS.

Conclusion

L'équipe du comité des usagers du CSSS des Îles est dynamique et de plus en plus stimulante. Le défi demeure grand pour faire connaitre les droits et les obligations des usagers. La proximité entre les citoyens des Îles a pour effet l'hésitation à divulguer ou à porter plainte lors d'une insatisfaction. L'équipe se presse d'acquérir la connaissance de tous les services offerts sur l'ensemble du CSSS, ainsi qu'en connaitre 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.

Bilan des activités

- Nombre total de plaintes reçues : 55
- 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 : 2
- Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire, ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi : 0
- Nombre de plaintes retirées : 1
- Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen : **3**
- Délai moyen pour le traitement des plaintes : 23 jours
- Nombre d'assistances faites auprès des usagers : 11

Bilan du traitement des plaintes et recommandations

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

TYPES DE DOSSIERS CONCLUS DURANT L'ANNÉE			
	2011-2012	**2012-2013**	**2013-2014**
Plaintes	40	25	33
Assistances	Non disponible	Non disponible	12
Interventions	Non disponible	Non disponible	2
Consultations	Non disponible	Non disponible	2
Plaintes MDPR	3	7	6
TOTAL	**43 dossiers**	**32 dossiers**	**55 dossiers**

Le nombre de personnes s'adressant à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a connu une augmentation de 17 %, par rapport à l'an dernier. Le mécontentement général de la population et des employés du CSSS concernant le plan de redressement peut expliquer en partie cette augmentation.

Plaintes sans mesure : 13 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 : 25 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.
  - DITED : 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***
  - Archives et gestion de l'information : Démarche d'information des usagers sur les rectifications ou l'annulation de renseignements contenus dans le dossier.
  - Intensification de la sensibilisation sur l'absence de climat de représailles.
  - Révision et rappel des normes de confidentialité.
  - Choix de l'hébergement ou choix du professionnel.
- ***Concernant les relations***
  - Communication à la clientèle, manque d'écoute (discrétion, empathie…).
  - Adéquation de la communication aux usagers et aux familles.
- ***Concernant les soins et services***
  - DITED : Démarches interétablissements 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.
  - Absence de suivi.

Objets par mission

TYPES DE DOSSIERS PAR MISSION					
Plaintes	**Assistances**	**Interventions**	**Consultations**	**Mission**	**TOTAL**
6	1	1	0	CHSLD	**8**
8	2	0	1	CLSC	**11**
4	0	0	0	CRDITED	**4**
15	9	1	1	CSSS	**26**
33	**12**	**2**	**2**	**TOTAL**	**49**

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**, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services examine une situation portée à son attention ou qu'elle a elle-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.

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

Les plaintes, les assistances et les interventions conclues avec mesures touchent 38 dossiers, soit 68 %.

DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT DES DOSSIERS	
	Nombre de jours
Dossiers plaintes	18
Six dossiers CMDP	82

Assistances – Faits saillants

OBJETS D'ASSISTANCES CONCLUS PAR MOTIF	
	Nombre d'objets
Accessibilité	4
Aspect financier	4
Droits particuliers	3
Organisation	Aucun
Relations	Aucun
Soins et services	1
Autres motifs	Aucun
TOTAL	**12**

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 *Droits particuliers* concernent les demandes de correction au dossier ou de renseignement sur les modalités d'application des droits des usagers.
- Les *Soins et services* concernent la transmission des renseignements dans le plan de soins lors d'un transfert d'unité.

Consultations – Faits saillants

Une **consultation** est un avis demandé à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services sur un objet de sa compétence. Les deux motifs de consultation notés concernent :

- Une demande d'avis et de commentaires concernant la politique sur le congé médical.
- Une demande d'information sur la procédure de dépôt de plaintes.

Activités du Protecteur du citoyen

En cours d'année, deux dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen et l'établissement a reçu une lettre de suivi sur la Politique du congé médical.

Autres fonctions

SOMMAIRE DES AUTRES FONCTIONS DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ		
	TOTAL	**TEMPS CONSACRÉ**
Promotion et information		
Droits et obligations des usagers	7	0 h
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	6	15 h
Régime et procédure d'examen des plaintes	7	0 h
Autres	3	0 h
TOTAL	**23**	**15 h**
Communications au conseil d'administration (en séance)		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	0	0 h
Attentes du conseil d'administration	1	3 h
Autres	0	0 h
TOTAL	**1**	**3 h**
Participation au Comité de vigilance et de la qualité		
Participation	1	2 h
TOTAL	**1**	**2 h**
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes		

Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	8	37 h 30
Collaboration avec les comités des usagers et des résidents	4	10 h
Soutien aux commissaires locaux	2	2 h
Autres	1	1 h
TOTAL	**15**	**50 h 30**
TOTAL GLOBAL	**40**	**70 h 30**

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 deux rencontres avec les CLPQS de la région Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine, au cours de l'année 2013-2014. 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. Par ailleurs, ces rencontres me permettent de recevoir l'information par la commissaire régionale provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Table des commissaires régionaux ou du Protecteur du citoyen.

Activités de formation

Trois formations ont été reçues au cours de l'année, soit deux formations sur le système SIGPAQS outil informatique pour la gestion des plaintes et une formation sur les droits. Ces formations, plus un suivi par un mentor, au besoin, se sont avérées fort pertinentes pour l'exercice des fonctions de la commissaire.

Activités de promotion

Au cours de l'année 2013-2014, 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
- Participation au comité d'éthique
- Correction et poses d'affiches et distribution de dépliants

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

- Mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations.
- Rendre disponibles les informations concernant le traitement des plaintes sur le site Internet.
- Prévoir des rencontres d'information avec les intervenants.

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 plus élevés que les deux années antérieures.

Préoccupée par les plaintes reçues de parents ayant des enfants présentant des troubles en DITED et par l'absence de service de répit pour cette clientèle, je souhaite que la prochaine année apporte des solutions concrètes aux besoins éminents de cette clientèle.

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 constatée, je suis d'avis que ces principes devraient faire partie intégrante de la dispensation des services à la clientèle. En ce sens, je soumets la recommandation suivante :

- 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

Le 31 mars 2014, la médecin examinatrice est la D^re^ Christine Paquet. Les médecins examinateurs substituts sont Dr Steve Arnold et Dr Lester Duquay. À compter de juin, nous perdons le médecin examinateur et un substitut. Des démarches sont en cours pour trouver des remplaçants.

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		
	2012-2013	**2013-2014**
CSSS des Îles	5	6
TOTAL	**5**	**6**

DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT		
	Nombre de plaintes	**Délai moyen**
Plaintes médicales	6	82 jours*

OBJETS DE PLAINTES MÉDICALES CONCLUS PAR MOTIF		
Motifs	**Objets conclus sans mesures**	**Nombre de mesures**
Relations	3	0
Soins et services	3	0
TOTAL	**6**	**0**

- Les *Relations* concernent l'attitude en cours de consultation.
- *Les Soins et services* concernent l'orientation professionnelle lors de la consultation.

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

Un cas de l'an dernier est toujours en traitement.

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. Il 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 2014, monsieur Damien Turbide, D^re^ Aline Landry et D^re^ Marie-Louise Boshouwers forment le comité de révision.

Cette année, il n'y a eu que deux cas soumis au comité de révision, mais leur traitement datait de l'année précédente.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Les membres siégeant à ce comité sont :

- Gaston Bourque, président du comité
- Yvette Fortier, directrice générale
- Andrée Cyr, membre du conseil d'administration (remplacée par Damien Turbide)
- France Arseneau, membre du conseil d'administration
- Nancy Leblanc, membre du conseil d'administration
- Denise Landry, conseillère mesures d'urgences et gestion des risques
- Gisèle Painchaud, commissaire locale aux plaintes

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

Au cours de l'année 2013-2014, le Comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre reprises. Ces rencontres ont notamment permis de suivre l'évolution des plaintes et leur suivi. Au cours de la dernière année, nous avons reçu le double des plaintes comparé à 2012-2013 c'est-à-dire 52 au lieu de 26. Cela est dû à l'insatisfaction en regard de la mise en œuvre des mesures du plan de redressement. Par exemple, au transport, aux laboratoires, etc.

À la dernière réunion, nous avons proposé une nouvelle version du règlement de fonctionnement du comité à être ratifié à la prochaine rencontre.

COMITÉ D'ÉTHIQUE

Pour la période 2013-2014, le comité a tenu trois réunions et quatre rencontres de travail.

Il faut noter que cette année l'obtention du quorum a été difficile. Les raisons identifiées sont notamment, tout ceci est mentionné sans reproche fait à quiconque, que depuis près de 2 ans le poste du milieu psychosocial est vacant, et, au début de l'année 2014, le poste du milieu philosophie est devenu vacant et les disponibilités restreintes de quelques membres issus du CSSS des Îles.

Membres actuels

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

MEMBRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE		
	Secteur d'activité représenté	**Fin du mandat**
Ychelle Fortier	Médecine	1er avril 2015
Jeanne Poirier	Public	1er avril 2015
Philippe Simon Laplante	Administration	1er avril 2015
Vacant	Philosophie	
René Jomphe	Pastorale	1er avril 2015
Julie Fowler	Soins infirmiers	1er avril 2014
Poste vacant	Interventions psychosociales	
Lucie Patton	Soins infirmiers longue durée	1er avril 2014
Manon Dubé	Droit	1er avril 2014

Activités du comité

Le 11 mai 2013, le comité a procédé à la simulation d'une analyse de cas avec les membres du comité des résidents et du comité des usagers. Une rencontre préparatoire avait eu lieu le 8 mars 2013 avec les responsables des deux comités afin de déterminer la façon de fonctionner et le sujet à traiter. Un cas de contention a été choisi. La rencontre s'est très bien déroulée et a été à la satisfaction de tous les participants.

En septembre 2013, le comité a rencontré Gisèle Painchaud pour échanger sur les rôles respectifs du comité et de la commissaire locale aux plaintes.

À l'automne, le comité a été contacté pour une analyse de cas. Il y a eu quelques discussions et des échanges avec la requérante, mais finalement la demande n'a pas été officiellement déposée. Dans ce cas, il était question de confidentialité.

De plus, le comité a effectué l'évaluation d'un cas soumis en décembre 2013 et a remis à la requérante une recommandation écrite. Le sujet : un violation de la confidentialité.

Le comité a poursuivi son implication dans le dossier de la protection de la confidentialité. À l'été 2013, Manon Dubé et Philippe Simon Laplante ont rencontré Gaétane Chevarie, archiviste, pour discuter d'activités à mettre en place pour améliorer le respect des obligations. Le comité s'est également associé à Gisèle Painchaud pour poursuivre les interventions dans ce dossier. Une rencontre de travail a eu lieu en février 2014 avec ces deux personnes ressources et, à la suite d'une autre rencontre de travail du comité en mars 2014, une planification d'activités a été établie jusqu'à la semaine de la confidentialité prévue en novembre 2014. Le comité remercie sincèrement Mesdames Chevarie et Painchaud pour leur précieuse collaboration. Également, le comité tient à souligner l'implication de Céline Lafrance dans la diffusion de ces activités d'information débutée en avril 2014.

Le 22 octobre 2013, Manon Dubé et Philippe Simon Laplante ont présenté les activités du comité d'éthique au conseil d'administration lors d'une séance régulière.

Encore une fois, les membres du comité sont allés rencontrer les étudiants du cours d'éthique du CÉGEP en procédant à une simulation d'étude de cas. Cet automne, la rencontre a eu lieu le 21 novembre 2013. Cette activité demeure un incontournable et est très stimulante. Une autre est prévue le 23 avril 2014.

D'un autre côté, le comité a perdu un membre très apprécié qui a donné plusieurs années d'implication pour la cause de l'éthique, David Thériault. Les membres du comité tiennent à remercier sincèrement Monsieur Thériault de son dévouement et son professionnalisme. D'un autre côté, le docteur Ychelle Fortier a accepté le poste vacant du domaine de la médecine, nous lui souhaitons la bienvenue parmi nous.

Actions à venir en 2014-2015

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

Manon Dubé,
Présidente du comité éthique
26 avril 2014

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Ce rapport couvre la période du 16 octobre 2013 au 31 mars 2014.

Le conseil multidisciplinaire 2013-2014 était composé des membres élues suivant : Louise Samson (ARH, hôpital – présidente), Mary Delaney (ergothérapeute, CLSC – vice-présidente), Marie-Blanche Cyr (éducatrice spécialisée, CLSC – secrétaire) et Sara-Michèle Déraspe (psychoéducatrice, CRDITED – secrétaire), de la membre désignée Amélie Lapierre (travailleuse sociale, CLSC – à compter du 17 avril 2014) et des membres d'office Yvette Fortier (DG) et Lucie Ouellet (DSMPS).

Les membres

Le conseil multidisciplinaire du CSSS des Îles regroupe environ 102 membres impliqués dans 26 champs d'expertise de niveau professionnel et technique, et ce, répartis dans quatre installations : Hôpital, CLSC, CHSLD et CRDITED.

L'enjeu 2013-2014

L'enjeu fût de redonner une nouvelle vigueur au conseil multidisciplinaire.

Le bilan des activités réalisées

Nous avons tenu une assemblée générale extraordinaire le 16 octobre 2013 dont l'objectif premier était d'élire 5 nouveaux membres au conseil exécutif. Il est à noter que les postes de notre exécutif étaient vacants depuis plusieurs mois. Quatre de ces postes furent comblées et le 5e fût comblé le 17 avril dernier, avec l'arrivée d'Amélie Lapierre.
Au cours de ces 5 mois ½ d'opération, le conseil exécutif a tenu 5 réunions régulières et une rencontre des membres du CM. Cette dernière avait pour but de présenter l'exécutif de notre CM, de vous présenter la nouvelle directrice générale de l'établissement, madame Yvette Fortier. Nous avons profité de l'occasion pour inviter mesdames Claudine Moretti et Lise Turbide à nous résumer leurs travaux concernant le projet d'organisation du travail psychosocial.

Détail des activités

- Une rencontre ayant comme objectif le transfert d'information entre l'ancien et le nouvel exécutif.
- Démarches pour pourvoir le 5e poste d'officier à l'exécutif.
- Travaux en cours de la refonte du règlement sur la régie interne du CM.
- Travaux en cours d'un dépliant d'information promotionnel expliquant le rôle du CM.
- Élaboration d'un sondage « Quels sont les besoins des membres du CM » qui a été remis à tous les membres.
- Démarches pour pourvoir le poste de représentant du CM au conseil d'administration du CSSS des Îles.
- Démarches pour développer différents outils de communication offerts aux membres.
- Participation au colloque annuel 2013 de l'ACMQ.
- Lettre d'appui concernant le maintien du programme de traumatologie au CSSS des Îles.

Comités de travail

L'exécutif n'a pas été sollicité pour des avis cliniques ou des recommandations au cours de notre période d'activités.

Comités de pairs

Aucune demande n'a été formulée faisant l'objet d'une étude particulière.

Objectifs pour l'année 2014 – 2015

- Pourvoir les trois postes des officiers sortants au CECM.
- Recruter un membre du CM pour siéger au conseil d'administration du CSSS des Îles.
- Finaliser et transmettre aux membres la refonte du règlement sur la régie interne du CM pour adoption.
- Finaliser et transmettre aux membres le dépliant d'information promotionnel expliquant le rôle du CM.
- Mettre à jour la documentation concernant le CM dans la pochette d'accueil.
- Actualiser le comité de maintien, partage et promotion de la compétence.
- Identifier nos membres ayant une participation sur différents comités CSSS des Îles et hors CSSS.
- Trouver un moyen rapide pour joindre tous nos membres.

Louise Samson, présidente du Conseil multidisciplinaire