

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2016-2017



## Remerciements

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

M<sup>me</sup> Yvette Fortier, présidente-directrice générale

M<sup>me</sup> Johanne Cantin, directrice des soins infirmiers et services multidisciplinaires

D<sup>r</sup> Marcel Couture, directeur des services professionnels et hospitaliers

M. Claude Cyr, directeur des services administratifs

M. Philippe Simon Laplante, adjoint au directeur des services administratifs, ressources humaines, communications et affaires juridiques

M. Pierre Arsenault, adjoint à la directrice des soins infirmiers et services multidisciplinaires

M<sup>me</sup> Gisèle Painchaud, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

M. Guglielmo Tita, agent planification/recherche-gestion des risques et agrément

M<sup>me</sup> Geneviève Joyal, coordonnatrice de la Fondation Santé de l'Archipel

M<sup>me</sup> Sandra Chiasson, présidente du conseil des infirmières et des infirmiers

M<sup>me</sup> Manon Dubé, présidente du comité d'éthique

M<sup>me</sup> Nancy Leblanc, présidente du comité des usagers

M<sup>me</sup> Amélie Lapierre, présidente du conseil multidisciplinaire

M. Reynald Tremblay, président du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens

Vous trouverez le rapport annuel de gestion 2016-2017, le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2016-2017, ainsi que plusieurs informations concernant l'organisation de nos services sur le site Internet de notre établissement à l'adresse suivante : <http://www.cisssdesiles.com>

## TABLE DES MATIÈRES

<b>MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>	<b>4</b>
<b>DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES</b>	<b>5</b>
<b>PORTRAIT DE SANTE DE LA POPULATION DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE</b>	<b>6</b>
<b>LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>8</b>
NOTRE MISSION	8
LES VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT	8
<b>PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE 2015-2020</b>	<b>9</b>
<b>ORGANIGRAMME</b>	<b>10</b>
<b>CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>	<b>11</b>
COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET CONSEILS PROFESSIONNELS	12
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS	16
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)	20
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)	22
<b>NOTRE FONDATION</b>	<b>25</b>
<b>ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2016-2017</b>	<b>26</b>
<b>ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ</b>	<b>52</b>
AGRÉMENT	52
SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	52
PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT	59
APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	59
<b>RÉALISATIONS DES DIRECTIONS DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>60</b>
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES	60
DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS (DSPH)	70
DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS (DSA)	77
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS	84
<b>CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS</b>	<b>118</b>

*(Pagination indépendante : 23 pages)*

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

L'année 2016-2017 a été une année de consolidation de la transformation du réseau de la santé. Les chantiers majeurs du ministère de la Santé et des Services sociaux se sont mis en marche au CISSS des Îles : APSSS, OPTILAB, SAD, CHSLD, NSA, imagerie médicale, oncologie, ainsi que les systèmes d'information unifiés pour ne nommer que ceux-là. La salle de pilotage stratégique est maintenant fonctionnelle afin de garder le cap sur les objectifs du réseau. En novembre 2016, nous avons complété le cycle d'agrément débuté en 2014. Depuis, nous sommes en mode planification et préparation pour la prochaine visite prévue en juin 2018.

La couverture médicale spécialisée a retenu notre attention. Les différentes instances du MSSS, du RUIS-UL et le CISSS des Îles sont en discussion dans le but de trouver des solutions pérennes afin d'assurer une couverture sécuritaire et de qualité pour notre territoire éloigné et isolé.

Nous profitons de cette période annuelle pour souligner le travail de tous ceux qui de près et de loin participent à la bonne marche du CISSS des Îles.

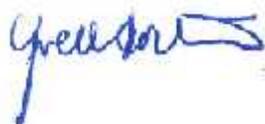
Nous remercions tout le personnel pour son implication quotidienne.

Nous remercions l'équipe médicale pour sa participation à la cogestion et pour sa prestation de services professionnels, en autres, les multiples dépanneurs qui sont venus à la rescousse.

Nous remercions les membres du comité de direction et les gestionnaires pour leur engagement vis-à-vis l'offre de service de qualité et sécuritaire, ainsi que le soutien apporté à leurs équipes respectives.

Nous remercions le conseil d'administration pour leur disponibilité et leur intérêt à la bonne marche du CISSS des Îles.

Nous remercions les partenaires de notre réseau local ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux pour leur appui.



Yvette Fortier  
Présidente-directrice générale

  
Emmanuel Aucoin

Président du conseil d'administration

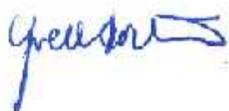
## DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de présidente-directrice générale du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles, 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 2016-2017 du CISSS 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 2017.



Yvette Fortier  
Présidente-directrice générale

# PORTRAIT DE SANTE DE LA POPULATION DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE

En 2016, la **population** des Îles-de-la-Madeleine se chiffre à 12 475 personnes (12 010 pour la municipalité des Îles-de-la-Madeleine et 465 pour la municipalité de Grosse-Île). Comparativement à 12 781 personnes en 2011, soit 12 291 et 490.

## Habitudes de vie

- En 2014-2015, les **fumeurs** réguliers ou occasionnels représentaient 18,4 % de la population de 15 ans et plus (19,4 % au Québec).
- Quelque 66,2 % de la population de 15 ans et plus souffre d'**excès de poids**. Cette proportion est significativement plus élevée aux Îles qu'au Québec (54 %). De cette proportion, 41,6 % souffrent d'embonpoint (39 % au Québec) et 24,6 souffrent d'obésité (22 % au Québec).

## Le milieu social

- En 2014-2015, 53,0 % des gens des Îles (de 15 ans et plus) sont très satisfaits de leur vie sociale, une proportion plus élevée que celle du Québec (47 %). Environ 54 % des femmes et 52 % des hommes aux Îles se disent très satisfaits de leur vie sociale.

## Problèmes de développement, d'adaptation sociale et de santé mentale

- En 2014-2015, le pourcentage de personnes de 15 ans et plus se situant au niveau élevé à l'indice de **détresse psychologique** est nettement inférieur aux Îles qu'au Québec (18,2 % v/s 28,3 %). Entre 2012-2014, le taux de décès par suicide a également été moins élevé aux Îles qu'au Québec.

## Maladies chroniques

- En 2006-2008, les trois principales **causes de mortalité** sont dans l'ordre : les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires.
- En 2004-2006, l'**incidence du cancer** (taux ajusté sur 100 000) est 712,1 aux Îles, comparativement à 513,4 au Québec. Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent. Les cancers de la thyroïde, du rein et de l'estomac sont plus élevés chez les femmes des Îles que chez celles du Québec.  
Chez les hommes, le cancer du poumon et le cancer de la prostate sont les plus fréquents et les cancers du poumon, du rein et de l'estomac ont une plus grande incidence aux Îles qu'au Québec.
- Le taux de **décès par cancer** (taux ajusté sur 100 000) est de 339,5 dans l'archipel et de 236,3 au Québec. Entre 2006 et 2008, les décès par cancer ont été responsables de 42 % des décès. Chez les femmes comme chez les hommes, ce sont les cancers du poumon qui sont la cause la plus fréquente de décès, suivent les cancers du système digestif.
- En 2006-2008, 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 mortes d'une MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique).

Pour avoir les données statistiques à jour au fil du temps, voir le site sur le site Internet du CISSS de la Gaspésie (Section SANTÉ PUBLIQUE, statistiques régionales, documents généraux ou part thématiques): <http://www.ciass-gaspesie.gouv.qc.ca/le-ciass/statistiques-regionales.html>

### **Les sources de données**

---

- DUBÉ, Nathalie. Responsable régionale de la surveillance de l'état de santé de la population, Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Site Internet CISSS de la Gaspésie, voir adresse ci-haut.
- Statistique Canada, Recensement de la population (2016).
- Dubé et Parent. L'état de santé et de bien-être de la population des Îles-de-la-Madeleine, Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 210 pages, (2011).

# LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

## NOTRE 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.

Le CISSS des Îles a quatre missions reconnues par la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS) soit : un centre local de services communautaires (CLSC), un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et un centre de réadaptation (centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme : CRDITSA).

Le CISSS 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 des 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.

## LES VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT

### 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 CISSS 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.

### Savoir-être

Savoir vivre en communauté organisationnelle (attitude positive, respect).

### Savoir-faire

Expérience/expertise

# PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE 2015-2020

## PLAN STRATÉGIQUE du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020

2015-2020

Mise à jour 2016

### LA MISSION DU MINISTÈRE

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

VISION : DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ACCESSIBLES ET EFFICIENTS, QUI S'ADAPTENT AUX BESOINS DES QUÉBÉCOIS

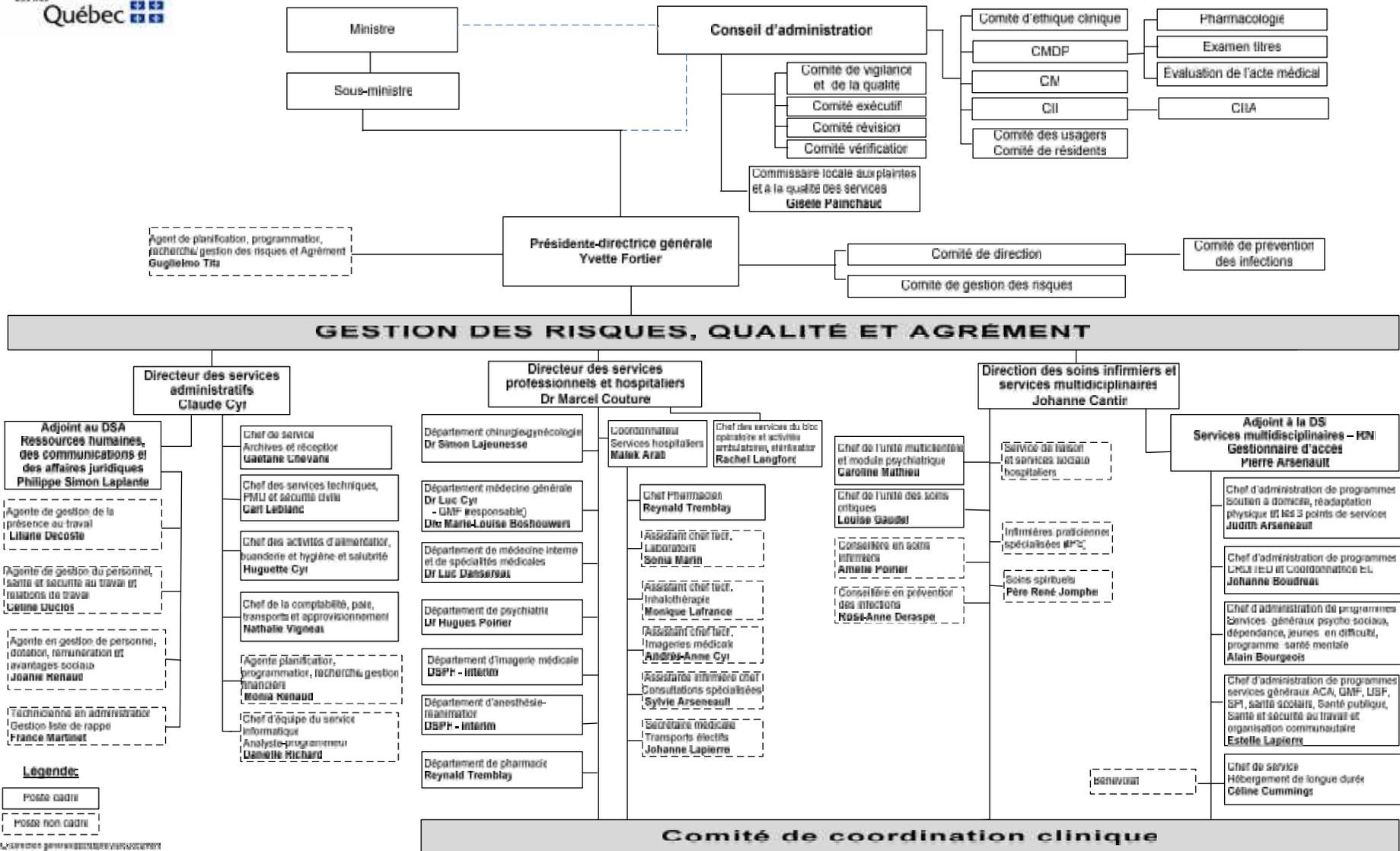
ENJEUX			
De nouveaux gains en matière de santé de la population	Un système centré sur les usagers et adapté à leurs besoins	Des ressources mobilisées vers l'atteinte de résultats optimaux	
ORIENTATIONS			
Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé	Offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers	Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement	
OBJECTIFS			
<p><b>Axe – Habitudes de vie</b></p> <p>1. Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie afin de prévenir les maladies chroniques et les cancers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion de fumeurs actifs chez les 12 ans ou plus Cible : 16 %</li> <li>Proportion de la population de 12 ans ou plus consommant 5 fois ou plus de fruits et légumes par jour Cible : 50 %</li> <li>Proportion de la population des jeunes de 12 à 17 ans actifs durant les loisirs et les transports Cible : 51 %</li> </ul>	<p><b>Axe – Première ligne et urgences</b></p> <p>4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de la population income auprès d'un médecin de famille Cible : 85 %</li> <li>Nombre total de GMP Cible : 300</li> <li>Nombre total de GMP-R (super-cliniques) Cible : 50</li> <li>Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mesure CLSC)* Cible : 75 %</li> </ul> <p>5. Réduire le temps d'attente à l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 7 heures Cible : 85 %</li> <li>Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures Cible : 85 %</li> <li>Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur ordonnance à l'urgence Cible : 12h</li> </ul>	<p><b>Axe – Personnes âgées</b></p> <p>10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée Cible : augmentation de 15 %</li> <li>Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée, ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention Cible : 90 %</li> </ul> <p>11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSPA) implantés de façon optimale Cible : 80 %</li> <li>Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée Cible : 70 %</li> </ul>	<p><b>Axe – Mobilisation du personnel</b></p> <p>17. Maintenir la mobilisation du personnel du Ministère en croissance et s'adapter à un contexte ministériel en évolution</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de satisfaction à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail Cible : 80 %</li> <li>Taux de mutation Cible : 8 %</li> <li>Certification Entreprise en santé être maintenue Cible : annuellement</li> </ul> <p>18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'heures supplémentaires Cible : 3,00 (réduction de 5,6 %)*</li> <li>Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante Cible : 2,25 (réduction de 5,5 %)*</li> <li>Ratio d'heures en assurance-salaire Cible : 5,90 (réduction de 0,5 %)</li> </ul>
<p><b>Axe – Prévention des infections</b></p> <p>2. Accroître la vaccination grippale chez les malades chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de vaccination chez les malades chroniques âgés de 18 à 59 ans vivant en ménage privé Cible : 80 %</li> </ul> <p>3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'actifs de dépistage des ITS chez les jeunes de 15 à 24 ans Cible : augmentation de 15 %</li> </ul>	<p><b>Axe – Services spécialisés</b></p> <p>6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois Cible : 100 %</li> <li>Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an Cible : 0</li> </ul> <p>7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des personnes de 50 à 74 ans ayant été dépistées pour le cancer colorectal au cours des deux dernières années Cible : 40 %</li> <li>Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours Cible : 90 %</li> <li>Taux de mortalité due au cancer colorectal Cible : diminution de 3,5 décès par 100 000 habitants</li> </ul>	<p><b>Axe – Personnes vulnérables</b></p> <p>12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile Cible : augmentation de 15 %</li> <li>Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile* Cible : à déterminer en 2017</li> <li>Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie Cible : 1 par 10 000 de population</li> </ul> <p>13. Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) Cible : 90 jours*</li> <li>Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA, venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail Cible : à déterminer en 2016</li> </ul> <p>14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère Cible : 4 400</li> <li>Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère Cible : 12 000</li> </ul> <p>15. Intégrer l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'implantation de l'offre de service de détention et d'intervention précoce en dépendance Cible : 90 %</li> <li>Pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance Cible : à déterminer en 2016</li> </ul> <p>16. Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse (sur des cas de négligence) Cible : réduction à 10 jeunes sur 1 000</li> </ul>	<p><b>Axe – Organisation efficiente</b></p> <p>15. Améliorer la gouvernance et réduire la structure d'encadrement du réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre de la réforme sur l'organisation et la gouvernance Cible : 2016</li> <li>Nombre de cadres en équivalent temps complet Cible : réduction de 1 300 d'ici 2017-2018</li> </ul> <p>20. Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des établissements ayant déployé leur suite de pilotage stratégique* Cible : 100 % des établissements d'ici 2018*</li> </ul> <p>21. Implanter les meilleures pratiques selon le financement axé sur le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des activités du domaine de la chirurgie et de l'imagerie médicale couvert par le financement axé sur le patient Cible : 80 %</li> </ul> <p>22. Favoriser le partage de l'information concernant les usagers entre les professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de cliniciens en première ligne ayant adhéré au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques Cible : 5 200 médecins et 1 600 infirmières d'ici 2016-2017</li> <li>Pourcentage des installations des établissements publics qui ont une mission de centre hospitalier (CH) et qui peuvent consulter au moins un des domaines de renseignements du Dossier Santé Québec Cible : 100 %</li> <li>Pourcentage des établissements publics qui ont mis en place le Dossier clinique informatisé (DCI) Ciste-Net dans au moins une installation de mission de centre hospitalier* Cible : 100 %</li> </ul>
<p><b>Axe – Sécurité et pertinence</b></p> <p>8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant un taux d'infections nosocomiales conforme aux taux cibles Cible : 95 %</li> <li>Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements Cible : 80 %</li> </ul> <p>9. Favoriser les examens et les traitements les plus appropriés afin d'assurer la qualité des soins et d'éviter des interventions inutiles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de plans d'action produits dans le cadre du chantier sur la pertinence des soins et des services* Cible : 12 en 2017 (cible pour 2020 à déterminer)</li> </ul>			

\* À moins d'avis contraire, les cibles indiquées dans le tableau synoptique doivent être atteintes d'ici 2020. Les indicateurs ou les cibles marqués par un astérisque (\*) indiquent une modification.

# ORGANIGRAMME



## CISSS des Îles



Le présent organigramme est un document de référence.  
Révisé le 20 septembre 2023  
CISSS Îles de la Gaspésie  
Page 1 sur 1

## Le CISSS des Îles en bref

Budget d'exploitation de 47 828 846 M\$

501 employés, 14 médecins omnipraticiens

8 médecins spécialistes aux Îles, une centaine de médecins spécialistes visiteurs, 2 pharmaciens

Missions légales sur sept (7) sites : Centre hospitalier, CLSC, CHSLD, CRDITED

30 lits de courte durée, dont 4 en psychiatrie

64 lits de longue durée, incluant un lit de répit et un lit en soins palliatifs

Population desservie : 12 291 personnes (Institut de la statistique Québec 2016)

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

### Membres désignés

D<sup>re</sup> Amélie Hubert – Département régional de médecine générale (DRMG)

D<sup>r</sup> Jean-Robert Leroux – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

M. Reynald Tremblay – Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

M<sup>me</sup> Nancy Leblanc – Comité des usagers du CISSS des Îles (CU)

### Membres nommés

M<sup>me</sup> Yvette Fortier - Présidente-directrice générale du CISSS

M. Serge Rochon - Milieu de l'enseignement

### Membres indépendants

M. Emmanuel Aucoin - Président – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité

M. Gaston Bourque - Vice-président – Expertise en réadaptation

M<sup>me</sup> Helena Burke – Compétence en gouvernance ou éthique

M<sup>me</sup> Jacynthe Richard – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité

M<sup>me</sup> Marie-Josée Noël - Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines

M<sup>me</sup> Martine Martin – Expertise dans les organismes communautaires

M<sup>me</sup> Gisèle Deraspe – Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux

Le conseil d'administration a tenu six (6) séances ordinaires et quatre (4) séances extraordinaires. En date du 31 mars 2017, nous avons quatre (4) sièges vacants au conseil d'administration (CII, CM, Santé mentale et Jeunesse).

Vous trouverez à la fin du présent rapport, le document suivant :

- Le code d'éthique des administrateurs du CISSS des Îles - 20 janvier 2016

## **COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET CONSEILS PROFESSIONNELS**

### **COMITÉ DE VÉRIFICATION**

Au cours de l'année 2016-2017, le comité de vérification s'est réuni à six (6) reprises. Les membres du comité sont : Emmanuel Aucoin (président), Jacinthe Richard (vice-présidente), Marie-Josée Noël et Nancy Leblanc, présidente du comité des usagers.

### **COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE**

Au cours de l'année 2016-2017, le comité s'est réuni à trois (3) reprises. Le comité a présenté au conseil d'administration les résultats de ses travaux et réflexions, ainsi que les recommandations dans le cadre du mandat qui lui a été confié. Le comité a vu à la réalisation et la distribution de formulaires d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et d'autoévaluation de chaque administrateur, la compilation et l'analyse des données, la préparation des documents aux nouveaux administrateurs et la mise à jour de la liste des acronymes. Il a aussi identifié les besoins en évolution des compétences et en formation des administrateurs et confirmé les formations : Gouvernance et éthique ainsi que Gestion médicale. Le comité considère qu'il faut revoir et préciser les rôles et responsabilités des administrateurs annuellement dans une rencontre sous forme de réflexion/échange ou remue-méninges. Aussi, favoriser l'utilisation des modes de communication électronique pour la participation des membres ne pouvant être présents aux réunions.

Les membres du comité sont : Martine Martin (présidente) Marie-Josée Noël, Serge Rochon, Helena Burke et Yvette Fortier, présidente-directrice générale.

### **COMITÉ DE RÉVISION**

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

Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration. Le président du comité de révision est nommé parmi les membres 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 comité de révision n'a traité aucun cas en 2016-2017.

Au 31 mars 2017, le comité de révision est composé de : Gaston Bourque, D<sup>re</sup> Amélie Hubert et D<sup>r</sup> Jean-Robert Leroux.

### **COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ**

Le comité de vigilance et de la qualité relève du conseil d'administration du CISSS des Îles. Il veille à ce que l'établissement s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et s'assure qu'un suivi soit apporté aux recommandations émises par la commissaire et le gestionnaire de risques. Le comité doit informer les membres du conseil d'administration sur les situations concernant la qualité et la sécurité des soins au niveau de la gravité et de leur évolution. Ce comité est responsable des suivis à la suite de leurs recommandations auprès du CA. Le dossier de l'IVG a été conclu cette année à la satisfaction de tous et les améliorations seront appréciables pour les usagers. Le dossier des découvertes des médecins spécialisés a attiré l'attention du comité : chimiothérapie, les internistes et anesthésiologistes.

Au cours de l'année 2016-2017, le comité s'est réuni à quatre (4) reprises. Les membres du comité sont : Gaston Bourque (président), Gisèle Déraspe (vice-présidente), Yvette Fortier (présidente-directrice générale et secrétaire), Nancy Leblanc (présidente du comité des usagers), Guglielmo Tita (responsable de la gestion des risques et de la qualité et agrément) et Gisèle Painchaud (commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services).

## **COMITÉ DES USAGERS**

Le comité des usagers du CISSS des Îles est formé de Nancy Leblanc (présidente), Michel Beaudoin (vice-président), Serge Richard (trésorier), Colette Petitpas, Jacques Dehaut et Rachelle Richard. Le comité est accompagné de M<sup>me</sup> Johanne Leblanc, agente de communication.

Le comité a pour mandat de représenter les usagers de toutes clientèles de l'ensemble des installations de l'établissement. Il exerce principalement les cinq fonctions suivantes :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et obligations;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- Défendre les droits et intérêts collectifs des usagers;
- Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute la démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter plainte;
- S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement du comité des résidents.

### **Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année 2016-2017**

- Augmenter la visibilité du comité des usagers;
- Renseigner les usagers et agir auprès des personnes œuvrant au CISSS des Îles pour faire valoir les droits des usagers et les valeurs de confiance, d'empathie, d'excellence, de respect et de transparence;
- Rencontrer quelques organismes communautaires afin de faire connaître notre mission; Poursuivre aussi notre travail avec l'établissement pour représenter les intérêts des usagers pour une qualité des soins et des services centrés sur l'utilisateur;
- Cibler un ou deux secteurs de services offerts par le CISSS des Îles, y recueillir la satisfaction de la clientèle du point de vue de son expérience comme patient durant son parcours de soins.

### **Bilan des activités 2016-2017**

Le comité des usagers s'est réuni 9 fois en 2016-2017 et a participé à 5 réunions de sous-comité. Le taux de participation est de 85 %.

### **Actions prises pour renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations**

- Présentation du mandat du comité dans les diverses activités auxquelles nous avons participé;
- Semaine des droits des usagers (capsules diffusées à la radio communautaire des Îles, publicité dans le journal l'hebdomadaire des Îles et Kiosque d'information à l'entrée de l'hôpital);
- Congrès du RPCU, regroupement provincial, en octobre 2016;
- Café citoyen, organisme rencontré individuellement dont trois à ce jour : Société de l'Alzheimer, centre communautaire l'Éclaircie et Action bénévole. Fête de Noël en décembre 2016 : distribution de dépliants sur les droits et obligations des usagers avec cartes de Noël

réalisées par l'Association des personnes handicapées des Îles et distribuées sur les étages du centre hospitalier du CISSS des Îles;

- Projecteur-diffuseur de capsules d'informations pour les usagers dans le secteur des prélèvements au CLSC. De 30 à 90 usagers utilisent ce service quotidiennement. Une mise à jour avec nouveauté est faite régulièrement;
- Un nouveau dépliant en français et en anglais, les deux langues sur la même brochure.

#### **Actions prises pour promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers**

- Favoriser une collaboration avec divers comités du CISSS des Îles pour une vision centrée sur l'utilisateur;
- Le comité des résidents est à l'écoute des besoins spécifiques des personnes hébergées en CHSLD Eudore-LaBrie;
- Un compte rendu des sondages sur la vérification de la satisfaction de la clientèle est remis à la direction et au conseil d'administration. Un suivi des recommandations est effectué.

#### **Actions prises pour évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus**

- Un café du citoyen avec une nouvelle formule- rencontre d'organismes communautaires;
- Un sondage sur les services au CHSLD Eudore-LaBrie a été réalisé;
- Un sondage sur les services en milieu institutionnel pour la clientèle des ressources de type familiale (RI) a été réalisé.

#### **Suivi des activités du comité des résidents**

Les premières semaines de l'année 2016-2017 ont été difficiles pour le comité des résidents. Le départ de la présidente et de quelques membres ont demandé gros effort de recrutement, une aide a été effectuée par le comité des usagers pour la gouvernance de la présidence, par conséquent 10 membres y siègent présentement. Plusieurs préoccupations sur le partage des valeurs de confiance, d'empathie, d'excellence, de respect et de transparence ont conduit à la mise en œuvre d'une évaluation d'expérience (sondage) de résidents et de leur famille. Dans les prochaines semaines, une fiche de présentation des membres avec photo pour l'accueil de nouveau résident sera disponible. Les activités peu nombreuses et peu stimulantes sont dénoncées par le comité, cela laisse place à la solitude, une expérience peu envoûtante pour les visiteurs, plus d'errance et plus de chutes en résulte. De gros défis sont à l'ordre du jour à court et moyen terme pour le comité des résidents du CISSS des Îles, un suivi rigoureux et le partenariat pour une amélioration continue de la qualité et du service seront prioritaires l'utilisateur doit être informé de façon proactive tout au long de son parcours de soins même au niveau du dernier parcours. L'utilisateur et l'intervenant, dans une relation partenaire, se doivent d'échanger toute l'information pertinente relative aux soins et au bien-être. Merci aux membres du comité des résidents :

Les membres sont : Germain Bourque (v-président), Marie Anna Bourque (secrétaire), Julie Bourgeois, Gisèle Gaudet, Julien Cyr, Yvon Bourgeois, Julien Bourgeois, Rolande Aucoin, Mado Leblanc et Nancy Leblanc (présidente par intérim).

#### **Perspectives d'action pour la prochaine année financière (2017-2018)**

- Augmenter la visibilité du comité des usagers;
- Renseigner la population sur les droits et obligations des usagers de l'établissement;
- Poursuivre les rencontres avec les organismes, partenaire du CISSS pour faire connaître le CU, pour y cueillir des commentaires d'expériences et remettre un rapport et des recommandations;

- Cibler des secteurs de services pour recueillir la satisfaction de la clientèle sur un service de qualité adéquat. Exemple : Les soins à domicile (SAD);
- Informer plus spécifiquement les personnes âgées sur leurs droits et la vigilance à la maltraitance.

## Recommandations

Le comité des usagers rappelle les principes directeurs qui inspirent le CISSS des Îles avec des valeurs de « Un savoir-faire et un savoir-être centrés sur l'utilisateur », pour y parvenir, les assises sont selon le comité : le partage des valeurs de confiance, d'empathie, d'excellence, de respect et de transparence.

L'accessibilité des soins et des services de santé dans un milieu insulaire est fragile, travaillons ensemble pour privilégier nos acquis et devenons proactifs afin de maîtriser les changements à venir.

Le comité des usagers et le comité des résidents sont des partenaires essentiels à la réussite d'un milieu de qualité de soins et de services. Nous offrons notre disponibilité à toute instance de l'ensemble de l'établissement du CISSS des Îles.

## Conclusion

Nous sommes la garde rapprochée qui veille sur les droits et les intérêts des usagers en plaçant la qualité des soins et des services reçus au cœur de nos préoccupations. Pour ce faire, nous porterons attention à ce que le personnel du CISSS des Îles mettent en pratique les valeurs de l'organisation. Nous nous assurerons que les usagers bénéficient d'un environnement sécuritaire et optimal en tout temps. Nous veillerons à ce que l'accessibilité aux soins et services soit disponible. Le comité des usagers est en plein élan et nous nous engageons dans les prochaines années à être une voix plus forte pour défendre des milliers d'usagers, plus concertée, plus vigilante pour veiller aux intérêts, une voix qui se ralliera à d'autres voix pour faire valoir le mieux-être des usagers des Îles.

Nancy Leblanc, présidente

## COMITÉ D'ÉTHIQUE

Le comité a tenu trois réunions. Cette année, le comité a effectué l'évaluation d'un cas qui a requis quelques rencontres de travail. Les membres du comité sont : Ychelle Fortier, Jeanne Poirier, Philippe Simon Laplante, David Thériault, René Jomphe, Mélissa Bourgeois, Lucie Patton, Me Manon Dubé et nous avons un poste vacant.

Même s'il s'agit du rapport d'activités de l'année 2016, pour une meilleure compréhension, il est précisé qu'en début d'année 2017 M<sup>me</sup> Odette Bénard qui représentait le secteur interventions psychosociales a quitté le comité, alors que M<sup>me</sup> Mélissa Bourgeois l'a intégré pour représenter le secteur soins infirmiers. Une invitation sera lancée dans L'Express (journal interne) afin de solliciter des gens à déposer leur candidature, si le poste vacant les intéresse.

## Activités du comité

Encore une fois, les membres du comité sont allés rencontrer les étudiants du cours d'éthique du Cégep des Îles en procédant à une simulation d'étude de cas. Cette activité a eu lieu en mars et en novembre.

Le comité a procédé à la mise à jour de ses règlements généraux afin d'y intégrer les mandants reliés au cadre conceptuel en matière d'éthique. Le cadre conceptuel en matière d'éthique a continué de

s'intégrer dans les activités du CISSS des Îles. Le comité a demandé à quelques secteurs d'activités de formuler leurs commentaires qui ont été reçus et analysés. La Présidence-direction générale a confié au comité d'éthique l'organisation d'une formation en matière d'éthique. Après différentes démarches, une offre de service a été conclue avec Mme Delphine Roigt pour une journée de formation avec les membres du comité, une formation adaptée aux gestionnaires et une autre pour le conseil d'administration. Cet événement a eu lieu en mars 2017.

### **Actions à venir en 2017**

- Continuer l'analyse des cas soumis;
- Organiser des activités en matière d'éthique adaptées à chacun des secteurs. (mandat sur plusieurs années);
- Diffuser le cadre conceptuel sur l'éthique à toutes les instances du CISSS des Îles;
- Mettre à jour les connaissances du comité en matière d'aide médicale à mourir;
- Poursuivre les activités avec le Cégep des Îles;
- Conserver un financement récurrent pour les activités du comité;
- Obtenir une couverture en responsabilité civile du comité et de ses membres.

Manon Dubé, présidente du comité d'éthique

## **CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS**

### **MOT DU PRÉSIDENT**

C'est avec plaisir que je vous sou mets le rapport annuel à titre de président du CMDP du CISSS des Îles.

Mon objectif est que ce rapport reflète le plus fidèlement possible l'ensemble des activités professionnelles réalisées par nos différents comités dans le cadre de leurs obligations légales. Le rapport actuel insistera sur les activités principales du CECMDP pour l'année financière qui se termine. Vous pourrez vous référer aux rapports des différents comités et départements pour compléter au besoin les informations.

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

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

Au cours de la dernière année, dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP a continué d'encourager ses membres à une approche participative de cogestion avec l'ensemble des acteurs impliqués dans les soins. En collaboration avec la direction des services professionnels, nous avons déployé de nombreux efforts au maintien des activités régulières des départements et des comités obligatoires.

## **COMPOSITION DU CMDP**

---

Le CMDP de l'Archipel est actuellement composé de 36 membres réguliers : 22 médecins membres actifs, 6 médecins membres associés, 2 pharmaciens et 6 dentistes. Ajoutons à ce nombre près de 139 membres associés consultants ou professionnels-dépanneurs.

On note une diminution significative du nombre de membres associés liées à l'application de la nouvelle politique de paiement de la cotisation pour les membres associés du CMDP.

Cette année, sur le plan des départs et arrivées d'effectifs locaux, nous notons la démission d'une omnipraticienne, deux médecins sont en congé personnel et nous anticipons deux autres départs au cours de la prochaine année.

Mentionnons également l'arrivée d'une nouvelle interniste et deux nouvelles omnipraticiennes au cours de la dernière année.

Le CMDP s'est réuni à l'occasion de deux assemblées ordinaires et d'une assemblée générale annuelle qui s'est tenue le 9 juin 2016.

Les D<sup>rs</sup> Amélie Hubert et Jean-Robert Leroux siègent maintenant comme représentants du CMDP au sein du nouveau conseil d'administration, de même que M. Reynald Tremblay, pharmacien comme représentant du comité régional des services pharmaceutiques.

## **LES COMITÉS OBLIGATOIRES DU CMDP**

---

### **Comité exécutif**

---

Au cours de l'année 2016-2017, le comité exécutif a tenu neuf réunions régulières et quatre réunions extraordinaires. Les membres du comité sont : M. Reynald Tremblay, président, D<sup>r</sup> Jean-François Noël, vice-président, D<sup>re</sup> Amélie Hubert, trésorière, D<sup>r</sup> Patrick Blouin, membre officier, D<sup>r</sup> Jean-Robert Leroux, membre officier, D<sup>r</sup> Steve Lessard, membre officier, D<sup>r</sup> Marcel Couture, DSPH, M<sup>me</sup> Yvette Fortier, présidente-directrice générale, et M<sup>me</sup> Valérie Lejeune, support clérical.

Nous avons maintenu le travail de révision, de mise à jour et de standardisation des règlements, des ordonnances, des procédures, des protocoles, des politiques et de divers processus pour lesquels le CMDP doit donner sa recommandation ou son approbation. Pour ce faire, le CECMDP a supervisé le travail de différents comités.

Le comité des pratiques professionnelles interdisciplinaires (CPPI) a poursuivi son travail de chapeautage de différents comités pour la production de plusieurs documents :

- Nouvelles ordonnances médicales individuelles standardisées pré imprimé (OMISP);
- Nouvelles ordonnances collectives (OC);
- Révision et mise en forme adéquate d'OMISP déjà en cours, nouveaux formulaires de liaison dans le cadre d'OC;

- Nouveaux protocoles médicaux;
- Nouvelles feuilles de suivi systématique.

Après trois années d'activités, le CPPI a très bien intégré ses fonctions et est devenu un comité interdisciplinaire indispensable au fonctionnement du CMDP.

Le CECMDP a précisé certains de ses règlements et politiques. Ainsi, des modifications ont été apportées pour le calcul du quorum afin de faciliter la tenue de réunions. Aussi, un ajout aux règlements a été fait afin d'exiger la production de toute liste de garde ou de travail, sur laquelle un médecin ou pharmacien, paraît au minimum un mois de calendrier à l'avance. Nous avons également revu la politique touchant la cotisation des membres associés.

Tels que l'exigent les règlements du CMDP, la plupart des départements ont révisé leurs règlements. Après approbation, ceux de médecine générale et de médecine interne ont officiellement été entérinés par le C. A. Ceux de chirurgie, de radiologie, de psychiatrie et d'anesthésiologie demeurent à l'étude. Le CECMDP continue de participer au travail de réflexion entamé par la Direction des services professionnels pour une réorganisation de l'organigramme départemental du CISSS.

L'arrivée du DSP : On ne peut passer sous silence l'entrée en fonction du D<sup>r</sup> Marcel Couture comme directeur des services professionnels et hospitaliers. Son travail et son implication ont grandement facilité les travaux du CECMDP et contribué positivement à l'avancement de plusieurs dossiers, dont la mise en place d'ententes et de corridors de service avec différents partenaires touchant plusieurs spécialités (neurologie, radiologie, hémato-oncologie, cardiologie et gastro-entérologie). Sa présence continue assure également une représentativité de notre milieu au niveau de plusieurs tribunes au plan régional et suprarégional.

Finalement, il faut mentionner tous les efforts fournis par le DSPH et la PDG afin de maintenir la couverture ainsi que l'offre de service, particulièrement en chirurgie et en anesthésiologie durant la dernière année.

En hémato-oncologie et en médecine interne, la situation s'est stabilisée. La participation du département de médecine générale à l'équipe d'hémato-oncologie s'est consolidée. L'entente conclue avec des hémato-oncologues du CHU de Québec afin d'apporter un support local et à distance à l'équipe du CISSS des Îles répond aux besoins autant des patients que de l'équipe locale. Pendant la dernière année, plusieurs patients ont pu avoir accès sur place à des consultations spécialisées via la télémédecine.

En périnatalogie, les médecins accoucheurs avaient dénoncé une situation préoccupante concernant l'organisation et la qualité des soins infirmiers. Un plan de redressement et d'amélioration a été mis en œuvre. Ces efforts ont abouti par l'obtention par l'équipe du CISSS des Îles d'un prix de reconnaissance lié au programme AMPRO.

### **Comité de pharmacologie**

Les membres du sous-comité de pharmacologie sont : D<sup>re</sup> Amélie Hubert, omnipraticienne, D<sup>re</sup> Joanie Hubert, omnipraticienne, D<sup>re</sup> Mylène Déraspe, omnipraticienne, D<sup>r</sup> Mathieu Brunet, omnipraticien, D<sup>r</sup> Steve Lessard, omnipraticien M<sup>me</sup> Chantal Gagné, conseillère en soins infirmiers (en remplacement de M<sup>me</sup> Amélie Poirier), M<sup>me</sup> Isabelle Daigneault, pharmacienne et M. Reynald Tremblay, pharmacien.

Suite au départ du D<sup>r</sup> Luc Cyr comme président du comité, les membres du comité ont résolu de fonctionner sans président. Au cours de la dernière année, le comité s'est réuni à trois reprises et une réunion a dû être reportée.

Trois nouveaux médicaments ont été ajoutés au formulaire thérapeutique tandis 2 produits en ont été retirés. Près de 40 documents (ordonnances collectives, algorithmes de traitement, OMISP) ont été révisés et commentés. La plupart de ces documents ont fait l'objet d'une recommandation positive à l'exécutif du CMDP.

### **Comité d'examen des titres**

---

Le comité s'est réuni à quatre reprises. Il a poursuivi son travail de révision des procédures de nomination et de renouvellement des privilèges. Veuillez vous référer au rapport du comité.

Les membres du comité sont : D<sup>r</sup> Hugues Poirier, psychiatre – Président, D<sup>r</sup> Marcel Couture, DSPH – membre officier, D<sup>r</sup> Jean-François Noël, omnipraticien – membre officier, D<sup>re</sup> Marie-Louise Boshouwers – membre officier.

### **CEAMDP**

---

Le comité s'est réuni à quatre reprises. Les membres sont : D<sup>re</sup> Rosalie Moreau, omnipraticienne – Présidente, D<sup>r</sup> Mathieu Brunet, membre officier, D<sup>re</sup> Émilie Comeau, membre officier, D<sup>re</sup> Ychelle Fortier – membre officier, M<sup>me</sup> Annie Chevarie – membre officier. Veuillez vous référer au rapport du comité.

### **Comité de discipline**

---

Les deux comités de discipline formés antérieurement ont été dissouts. Les dossiers ont été transmis aux instances concernées au besoin.

### **Conclusion**

---

Dans le cadre des activités du CMDP, nous souhaitons poursuivre la mise à jour et la standardisation de plusieurs documents d'encadrement cliniques et administratifs, tant au CMDP que dans les différents départements et services. La contribution du CPPI et la volonté de réaliser des travaux et des études touchant la pertinence s'inscrivent dans cette perspective.

L'an dernier, nous avons fixé comme objectif la création d'un comité des services diagnostiques pour une utilisation judicieuse des examens diagnostiques. Malheureusement, les chantiers en cours n'ont pas permis de concrétiser ce projet. Les directives et orientations récentes du MSSS et du ministre touchant « la pertinence » de différents éléments reliés à la pratique médicale montrent qu'il nous faudra prioriser cet aspect.

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

Si l'application de la Loi 20 a des implications cliniques et administratives importantes, l'entrée en vigueur prochaine du projet de loi 130 aura très certainement des répercussions sur l'organisation des soins et services médicaux, les responsabilités et les rôles des membres du CMDP. J'encourage les membres du CMDP à être vigilants et à s'impliquer activement dans les transformations à venir.

En terminant, je remercie les membres de l'exécutif pour leur disponibilité, leur support et leur collaboration.

Reynald Tremblay, président

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Au 31 mars 2017, le CII comptait 129 membres. Les membres du CECII sont : Sandra Chiasson (présidente), Mélissa Bourgeois (vice-présidente), Marilyn Boudreau (membre officier et trésorière), Chantal Gagné (membre officier par intérim en remplacement de Josiane Leblanc), Annick Massé (membre officier par intérim en remplacement de Vanessa Harvie), Amélie Poirier (membre officier), Johanne Cantin (DSI, membre d'office), Yvette Fortier (PDG, membre d'office).

### Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

- Assurer le développement de l'expertise et le maintien des compétences infirmières;
- Assurer un service infirmier de qualité à la population.

### Objectifs émanant de l'Assemblée générale annuelle 2016

- Contribuer à la mise à jour des ordonnances collectives;
- Élaborer une règle de soins encadrant certains tests (glycémie capillaire, analyse d'urine par bandelette urinaire, ECG au repos);
- Relancer le CIIA;
- Relancer le comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence;
- Réaliser, en collaboration avec la DSI, au moins deux audits différents sur la qualité des soins;
- Continuer son implication dans la formation continue des infirmières;
- Adopter le nouveau règlement de régie interne du CII du CISSS des Îles.

### Bilan des activités

- Le comité exécutif du CII a tenu 7 réunions régulières et 3 réunions extraordinaires. Le taux de participation était de 62,5 %;
- Aucune réunion du comité exécutif des infirmières et infirmiers auxiliaires;
- Aucune réunion du comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence.

### Rapports du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Le comité n'a pas été actif pendant l'année financière 2016-2017.

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

Malgré l'inactivité du comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence, un audit a été réalisé au cours de l'année et plusieurs sont en cours d'élaboration :

Un **audit** clinique réalisé sur la qualité du triage à l'urgence.

Audits en cours au CHSLD :

- Audits sur les dossiers afin de vérifier l'utilisation des outils, la présence de constats et directives au PTI, ainsi que la documentation chez les résidents à risque de chute;
- Audits sur les dossiers afin de vérifier l'utilisation des outils, la présence de constats et directives au PTI, ainsi que la documentation chez les résidents ayant chuté;
- Audits sur les dossiers afin de vérifier l'utilisation des outils, la présence de constats et directives au PTI, ainsi que la documentation chez les résidents à risque de plaie;
- Audits sur les dossiers et les plans de soins des résidents présentant une plaie;

- Audits sur les dossiers afin de vérifier la réalisation d'une évaluation infirmière avant et après l'administration de la médication prn lorsque requis, ainsi que de la présence des constats et directives au PTI;
- Audits sur les dossiers, les PTI et les formulaires de déclaration portant sur les mesures de contrôle;
- Audit sur les dossiers d'admission pour vérifier la présence d'une note infirmière.

### **Recommandation ou avis émis concernant les ordonnances et protocoles**

Le CII s'est prononcé sur seize ordonnances collectives, cinq OMISP et six règles de soins/protocoles. Pour connaître les sujets traités, voir le rapport de la Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires. Aucun avis n'a été émis par le CII à la présidence-direction générale

### **Résultats obtenus en regard aux objectifs fixés**

De par son mandat, le CII apprécie, de manière générale, la qualité de l'acte infirmier posé dans le centre. Pour y répondre, il contribue activement à l'approbation et la mise à jour des ordonnances collectives, protocoles, OMISP et autres.

Le CII exerce un grand rôle dans la formation continue des infirmières. Plusieurs activités de formation continue pour les infirmières ont eu lieu cette année, particulièrement durant la semaine des infirmières 2016. Le CECII s'est donné comme objectif d'offrir à ses membres une formation chaque 3<sup>e</sup> jeudi du mois que ce soit en salle ou sous forme de capsule clinique sur les étages. Il y a eu 4 présentations à ce jour. Le CII s'est également impliqué dans la formation offerte au personnel du CHSLD dans le cadre de la réalisation de leur plan d'action soumis à l'OIIQ. Le CII continue d'appuyer, au besoin, l'élaboration et la distribution de formations.

Pour ce qui est de l'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence, seulement un audit a été réalisé cette année, mais plusieurs sont en cours d'évaluation. Il y a eu peu d'avancée dans la relance du comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence de même que dans l'élaboration de la règle de soins encadrant certains tests (glycémie capillaire, analyse d'urine par bandelette urinaire, ECG au repos. Malgré les nombreux efforts, la relance du CIIA ne s'est pas concrétisée.

La nouvelle réglementation de régie interne du CII du CISSS a été adoptée au CA.

Il est à noter que la loi sur le droit de prescrire est entrée en vigueur en janvier 2016 et que 5 infirmières du CISSS des Îles se sont prévaluées de ce droit pendant la dernière année financière pour un total de 10 infirmières.

### **Perspectives d'action pour la prochaine année financière**

- Poursuivre la mise à jour des ordonnances collectives;
- Relancer le CIIA;
- Relancer le comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence;
- Réaliser, en collaboration avec la DSI, au minimum deux audits différents sur la qualité des soins;
- Continuer son implication dans la formation infirmière;
- Promouvoir le droit de pratique auprès des infirmiers et infirmières bacheliers du CISSS des Îles;
- Continuer son implication dans la réalisation du plan d'action du CHSLD.

### **Recommandations générales**

Il est souhaitable que le CII continue son implication dans la formation continue aux infirmières. Il s'agit d'un mandat légiféré du CECII.

D'ailleurs, nous recommandons aux membres du CII à s'impliquer activement dans la participation aux différentes formations offertes et en nous faisant part de leurs besoins particuliers.

## **Conclusion**

Le CII du CSSS des Îles avait pour mandat et objectifs spécifiques, pour l'année 2016-2017, d'assurer le développement de l'expertise et le maintien des compétences infirmières et ainsi permettre au personnel infirmier d'assurer un service infirmier de qualité à la population. Dans ce sens, il avait le mandat 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. Certains de ces mandats et objectifs ont été remplis au cours de l'année financière et d'autres demeurent en perspective pour l'année à venir.

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

Sandra Chiasson, présidente

## **CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)**

Au 31 mars 2017, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire était composé des membres suivants : Amélie Lapierre (travailleuse sociale CLSC – Présidente), Alexandra Noël (travailleuse sociale CLSC - Vice-présidente), Esther Arseneau-Forest (Organisatrice communautaire CLSC - Responsable des communications), Valérie Thériault (Inhalothérapeute Hôpital – Trésorière), Ginette Arseneau (Organisatrice communautaire CLSC – Secrétaire), Francis Chiasson (Travailleur social liste de rappel – Administrateur), Cathy Richard (Travailleuse sociale CLSC – Administratrice), ainsi que des membres d'office Yvette Fortier (PDG) et Pierre Arsenault (adjoint à la DSI-SM, services multidisciplinaires et programmes-services).

## **Les membres**

Le conseil multidisciplinaire du CISSS des Îles regroupe 94 membres impliqués dans 26 champs d'expertise de niveau professionnel et technique et ce, répartis dans les 4 catégories d'installation : centre hospitalier, CLSC, CHSLD, CRDI TSA.

## **Mandat**

Le mandat du comité est d'assurer la qualité des services professionnels et la sécurité des usagers, de viser un environnement organisationnel positif et dynamique et de favoriser le maintien des compétences.

## **Le bilan des activités réalisées**

Le conseil exécutif a tenu six (6) réunions régulières au cours du dernier mandat.

## **Détail des activités réalisées**

### **Démarches pour pourvoir tous les postes à l'exécutif**

À la dernière assemblée générale annuelle, tous les postes ont été pourvus.

### **Approbation du règlement sur la régie interne du CM**

Le 25 mai 2016, le conseil d'administration du CISSS des Îles approuvait les nouveaux règlements généraux du conseil multidisciplinaire de l'établissement.

### **Promotion des mandats du CECM et augmentation de la visibilité du conseil exécutif**

Des démarches se sont poursuivies, en collaboration avec les ressources humaines, pour rejoindre le plus possible nos nouveaux membres.

### **Participation des membres à la vitalité du CM par la publication des bons coups, des innovations et des collaborations**

Le maintien à jour de notre liste d'envoi par courriel facilite l'efficacité dans la communication avec nos membres, ce qui nous permet de leur transmettre les informations rapidement. Par le biais de l'Express, nous avons informé nos membres de la pertinence de parler de la gestion des risques dans les réunions d'équipe et avons effectué un suivi par rapport au comité paritaire pour le budget consacré au développement des ressources humaines. Par ailleurs, le CECM a collaboré à la mise en place de ce dernier comité, par la sollicitation des membres du CM à y participer. Également, un membre de l'exécutif du CM a été désigné pour siéger à ce comité.

### **Promotion des comités de pairs**

Le 21 septembre dernier, à l'approche de la mise en place d'un travailleur social en GMF, au sein de notre établissement, le CECM soumet à la présidence-direction générale, ses préoccupations en lien avec les impacts de ces changements sur les pratiques professionnelles et sur l'organisation des services. Le CECM propose, en ce sens, la mise en place d'un comité de pairs afin de travailler à diminuer ces impacts et à clarifier les rôles de chacun. À ce jour, cette recommandation n'a pas donné de suite.

### **Actualiser le comité de maintien, partage et promotion de la compétence**

Le 2 février 2017, le CECM organisait un dîner-visionnement. La capsule « Le suicide, l'affaire de tous », par Dre Suzanne Lamarre, médecin psychiatre de l'Université McGill et auteure, a été présentée. Environ 15 membres du CM étaient présents lors du visionnement et ont apprécié l'expérience.

### **Demande d'avis de la Présidence-direction générale :**

Janvier 2017 : Demande d'avis concernant l'ordonnance collective en imagerie médicale (OC-98)

Janvier 2017 : Demande d'avis concernant les ordonnances collectives en inhalothérapie (OC-46, OC-14, OC-15)

### **Demande d'avis des membres du CM :**

Un membre du CM a sollicité l'avis du CECM en lien avec l'adoption par le conseil d'administration le 20 septembre 2016, de l'annexe 2 au Règlement N° 26. Nous avons rapporté nos inquiétudes à la présidence-direction générale, en lien avec le fait que certains ordres professionnels ou associations ne recommandent pas à leurs membres de poser des actes professionnels dans des situations de conflits d'intérêts. Nous avons donc convenu, avec l'accord de la présidence-direction générale, de faire une recherche plus approfondie sur le sujet avec nos membres, afin de rédiger un avis en lien avec cette annexe.

### **Demande de la Direction générale pour participer au comité de gestion stratégique des risques**

Le comité de gestion stratégique des risques est composé de directeurs, de représentants du CM, du CII et du CMDP, de la responsable à la gestion des risques et de la qualité, de la commissaire locale aux plaintes et du comité des usagers. Le but de ce comité est de développer une approche

interdisciplinaire en partageant les connaissances, les compétences et les responsabilités en matière de qualité des soins et de sécurité des patients. Un membre du CECM a participé à la rencontre de septembre 2016.

### **Objectifs pour l'année 2017-2018**

---

- Pourvoir les trois postes des officiers sortants (Amélie Lapierre, Ginette Arseneau et Valérie Thériault);
- Envisager de recruter un membre du CM pour siéger au conseil d'administration du CISSS des Îles en 2018;
- Poursuivre la promotion des mandats du CECM et augmenter la visibilité du conseil exécutif par la remise du nouveau dépliant d'information, ainsi qu'une rencontre avec le nouvel employé;
- Encourager la participation des membres à la vitalité du CM par la publication des bons coups, des innovations et des collaborations;
- Promouvoir les comités de pairs entre autres, par la publication d'un guide explicatif de ce que constitue un comité de pairs;
- Actualiser le comité de maintien, partage et promotion de la compétence (poursuite de la diffusion de capsules Web);
- Collaborer avec les autres instances permanentes du CISSS des Îles telles que le CMDP, le CII, le comité de gestion stratégique des risques et tout autre comité;
- Supporter le comité paritaire pour le développement des ressources humaines (formation) et le comité d'harmonisation des pratiques pour les personnes ayant obtenu un nouvel emploi;
- Faire le suivi sur l'octroi de la formation Oméga, avec les ressources humaines;
- Répondre aux demandes d'avis de la présidence-direction générale et des membres du CM..

Amélie Lapierre, présidente du conseil multidisciplinaire

## NOTRE FONDATION



Le conseil d'administration de la Fondation a tenu dix (10) rencontres ordinaires durant l'année financière 2016-2017. Au 31 mars 2017, les membres du conseil d'administration sont : Sony Cormier (président), Lise Leclerc (vice-présidente), Dominique Delaney (secrétaire-trésorière), Claude Cyr, Simon Lajeunesse, Luc Miousse, Sonia Thériault, Simon Bénard, Donald Vigneau.

L'Équipée Santé (porte-à-porte) de novembre 2016 a permis d'amasser 31 599 \$. Ce montant a été réparti comme suit :

- Un myomètre pour vérifier la puissance musculaire;
- Une table d'examen motorisée et coussin pour les consultations spécialisées qui permet de faciliter les déplacements des patients à mobilité réduite, dont les personnes âgées;
- Un fauteuil inclinable au CHSLD Eudore-LaBrie pour améliorer le confort du patient en soins palliatifs

Plusieurs activités ont été organisées par la Fondation en 2016. En débutant en juin, avec le Tournoi de golf, organisé en collaboration avec la Chambre de commerce des Îles qui a permis d'amasser la somme de 3838 \$. D'autres activités ont été organisées en collaboration avec les différents organismes du milieu : la randonnée de filles en moto (profit de 7490 \$), la marche C.A.M.I. (profit de 1535 \$), la Course à obstacles « T'as pas l'tchoeur » (profit de 3274 \$), l'encan silencieux dans les corridors du CISSS « Corrid'Art » (profit de 8348 \$) et le spectacle de Noël de la chorale Les Étincelles (profit de 3000 \$). La cinquième édition de l'événement « Dégustation Découverte », une soirée exceptionnelle où l'on offrait un souper gastronomique de cinq services, s'est tenue le 26 novembre dernier. Cette activité a permis d'amasser une somme de 32 500 \$, dont 9 000 \$ en encan de dégustations privées. Les profits de ces activités ont été investis dans le Fonds Francine Daigle et dans les dons ciblés pour les loisirs au CHSLD Eudore-LaBrie.

Le fait marquant de l'année 2016 pour la Fondation fut sans contredit l'inauguration officielle de l'unité d'hémato-oncologie « Francine-Daigle. En effet, la Fondation Santé de l'Archipel, par l'entremise de différentes collectes de fonds, a contribué au financement de certains équipements nécessaires à l'offre de service en hémato-oncologie.

Voici les principaux achats réalisés par la Fondation au cours de l'année financière 2016-2017 :

- Achat d'un Wee Sight Transilluminator, une minichaine stéréo pour l'unité de psychiatrie et des écouteurs;
- Un don de 12 260 \$ de la Fondation des Canadiens pour l'enfance nous a permis de faire l'intégration de jeunes en difficulté au terrain de jeu pour la saison estivale 2016;
- Le défi « Courir pour guérir » (profit de 1 820 \$) a permis l'achat d'appareils électroniques qui sont mis à la disposition des enfants malades lorsqu'ils visitent l'unité d'un jour au CISSS pour y recevoir des soins;
- Plusieurs dons ciblés pour le CHSLD Eudore-LaBrie (dont la course à obstacles) permettant l'achat de jeux de loisirs;
- Don ciblé d'Opération Enfant Soleil en 2016 de 19 612 \$ : Grâce à ce don, nous avons fait l'acquisition d'une civière de transport permettant un transfert sécuritaire et confortable des nouveau-nés vers l'aéroport. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a bonifié la somme afin de favoriser, par l'achat de cet équipement pédiatrique, le maintien des nouveau-nés en région ou leur retour rapide;
- Le Fonds d'entraide l'Envol a reçu 12 495 \$ d'Opération Enfant Soleil pour offrir le transport médical d'urgence aux familles madeliniennes vers un centre hospitalier universitaire, ce qui permet la prestation de soins pédiatriques spécialisés.

# ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2016-2017

## ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2016-2017 – FICHE DE REDDITION DE COMPTES DES ATTENTES SPÉCIFIQUES

**NOM LÉGAL DE L'ÉTABLISSEMENT :**

CISSS des Îles

**PRÉNOM ET NOM DU RESPONSABLE DE L'EGI DE L'ÉTABLISSEMENT :**

Guglielmo Tita

**DATE DE LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DU PDG :**

< Inscrire la date de déclaration de fiabilité du PDG ici >

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %			LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %		
<b>SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)</b>								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION I :			Estelle Lapierre					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION I :			2017-05-18					
1.1	BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	NR	Les activités de SP font l'objet d'une restructuration dans les différents programmes. Les services individuels sont offerts en continu mais les activités de groupe et de promotion auprès de la population doivent être priorisées. La mise en place du PAR 2016-2017 permettra de prioriser les action à venir.	50%	1 août 2017	La nomination d'un gestionnaire responsable en santé publique pour l'établissement. Élaboration d'un plan de restructuration des différents centre d'activités en santé publique. Élaboration de plan d'action annuel par intervenant en lien avec les objectifs du PAR 2016-2021. Collaboration directe avec la Direction régionale de santé Publique GIM.	
1.2	COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	R					Le CPI local a tenu 6 rencontres en cours d'année

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)</b>								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION II : Johanne Cantin, DSISM								
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION II : 2017-05-18								
2.1	LISTE DES INSTALLATIONS ET ORGANISMES AU SEIN DU RSSS DEVANT IMPLANTER LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITTINÉRANCE	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	NA	Voir CISSS de la Gaspésie				
2.2	PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme.	NA	Responsabilité du CISSS de la Gaspésie				
2.3	CONSOLIDATION DU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (INFO SOCIAL)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	NA	Responsabilité du CISSS de la Gaspésie				
2.4	ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	R					Chaque résident possède une évaluation SMAF ainsi qu'un plan d'intervention tel qu'identifié dans le rapport GESTRED 584 soumis le 1er mai 2017.
2.5	PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R					
2.6	APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	R					
2.7	PORTRAIT DES LITS DE SOINS ET SERVICES POSTAIGUS	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services post-aigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	NA					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %			LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %		
<b>SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)</b>								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION III :			Marcel Couture, DSPH, et Johanne Cantin, DSISM					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION III :			2017-05-18					
3.1	SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	NR	Manque de ressources (infirmière) pour l'épuration des listes d'attente	75%	1 septembre 2017	Ressource pour l'épuration administrative pour la phase 1, démarches pour fournir des ressources infirmières et démarches pour renforcer les visites des spécialistes,	
3.2	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 ET SUIVIES RÉALISATIONS	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	R					Plan d'action régional. Fait en collaboration avec le CISSS de la Gaspésie
3.3	PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	R					Plan d'action régional. Fait en collaboration avec le CISSS de la Gaspésie
3.4	DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirmeront la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	R					
3.5	ADDENDA – MISE EN ŒUVRE DU FONCTIONNEMENT DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SOUS LE FORMAT DES GRAPPES OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	R					
3.6	POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	NR	Le programme est terminé mais en consultation et de correction. La formation de la Phases 2et 3 ne sont pas déployées en totalité, en raison du manque de capacité financière et de ressources.	75%	31 mars 2020	Déploiement de la formation en priorité en CHSLD et en SAD. Identification d'une ressource pour dispenser la phase 2.	Le programme est prévu être adopté par le CA en juin et la formation sera déployée à 80% en 2020.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)</b>								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION IV:			Claude Cyr, DSA					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION IV:			2017-05-18					
4.1	LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R					
4.2	STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	NR	Voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	80%	31 mars 2018		

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)</b>								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION V : Carl Leblanc								
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION V : 2017-05-18								
5.1	ADDENDA – COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016 2017.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
5.2	MANDAT MINISTÉRIEL DE LEADERSHIP RÉGIONAL EN SÉCURITÉ CIVILE	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.						S.O.
5.3	SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	NR	embauche d'une personne 2017	80%	31 mars 2018	Formation du comité de direction et du coordonnateur	
5.4	GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE - SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci.  Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	R					
5.5	CENTRE D'EXPERTISE SUR LE BIEN-ÊTRE ET L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE DES RÉFUGIÉS ET DES DEMANDEURS D'ASILE	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.						S.O.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)</b>								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION VI : Guglielmo Tita et Pierre Arsenault								
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION VI : 2017-05-18								
6.1	PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	R					Une fiche de reddition de comptes a été transmise par Guglielmo Tita le 4 avril 2017 à l'équipe EGI du MSSS.
6.2	DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	R					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)</b>								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION VII : Danielle Richard								
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION VII : 2017-05-18								
7.1	ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI);</li> <li>Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS;</li> <li>Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues;</li> <li>Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues;</li> <li>Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).</li> </ul>	NR	Les projets débutés qui font partie du SIU sont le DCI, l'Endoscopie, l'APSS, l'IPO.	50%		<p>Les travaux préparatoires pour les projets en cours sont faits.</p> <p>Les priorités TI de l'établissement se conforment aux priorités du MSSS. Tous les projets en cours sont déclarés dans Active+ réseau pour autorisations et suivis.</p> <p>L'envergure des projets ne nous permet pas de préciser une date de fin pour tous les projets.</p>	

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020**

**Axe d'intervention :** Prévention des infections

**Objectif de résultats :** 3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat** 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.01.29 -PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	6	Augmentation de 5 %	14	N/A

**Reddition de comptes**

L'engagement prévu a été dépassé en 2016-2017 suite à la révision de la saisie des statistiques I-CLSC (données nominatives versus données anonymes).

L'engagement 2017-2018 réfère au Plan d'action régional 2016-2021. La révision du cadre de référence de la clinique jeunesse permettra d'élargir les services aux clientèles 18-24 ans ce qui n'est pas le cas présentement (14-18ans). Des travaux sont en cours à ce sujet.

Présentement la clientèle 18-24 est seulement desservie par les services généraux adultes.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020**

**Axe d'intervention :** Première ligne et urgence

**Objectif de résultats :** 4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> <i>2015-2016</i>	<i>Engagement</i> <i>2016-2017</i>	<i>Résultat**</i> <i>2016-2017</i>	<i>Engagement</i> <i>2017-2018</i>
1.09.25 -PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	1	1	1	1
1.09.27 -PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	86,62 %	85 %	86,41 %	85 %

***Reddition de comptes***

Le taux de population aux Îles est de 12 291 habitants pour 2016 selon le recensement dernier.

1.09.27 -PS : Au GMF des Îles, 10 621 clients sont enregistrés à un médecin de famille. Toutefois, la disponibilité de deux (2) médecins privés fait que le nombre total de clients ayant un médecin de famille est de 10 730.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Première ligne et urgence
-----------------------------	---------------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	5. Réduire le temps d'attente à l'urgence
--------------------------------	---

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> 2015-2016	<i>Engagement</i> 2016-2017	<i>Résultat**</i> 2016-2017	<i>Engagement</i> 2017-2018
1.09.01 -PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	13	12	12,4	12
1.09.43 -PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	89 %	89 %	90,9 %	92 %
1.09.44 -PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	91 %	90 %	93,4 %	95 %

### ***Reddition de comptes***

1.09.01 -PS : La DMS a été légèrement dépassée (+0,4 %) relativement à l'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017.

1.09.43 -PS : Les facteurs qui expliquent l'atteinte de l'engagement sont attribuables au suivi régulier périodique des résultats et du suivi quotidien de la situation à l'urgence. Le travail en amont et en aval avec les partenaires et l'équipe médicale ainsi que l'ouverture de lits de débordement à l'UMC ont favorisé l'atteinte des cibles.

1.09.44 -PS : Les résultats sont sensiblement similaires à ceux de l'année précédente. On observe une diminution de 1 % de la DMS et une diminution de 1 % pour le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures. L'utilisation de nos salles de traitement de l'aire ambulatoire pour des patients civières dans les cas de débordement dans l'aire d'observation ou d'isolement influence l'atteinte de nos cibles en ralentissant le travail de l'aire ambulatoire par une diminution de salle pour installer nos patients ambulatoires.

NSA : Il est à signaler que nous avons eu des clients NSA jusqu'à 47 % de nos lits de courte durée qui bloquaient les lits. Problème résolu.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020**

**Axe d'intervention :** Services spécialisés

**Objectif de résultats :** 6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

<i>Indicateur (chirurgie)</i>	<i>Résultat* 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat** 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.09.32.00 -PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	0	0	0

**Reddition de comptes**  
 Nous n'avons aucune chirurgie de plus d'un an.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Services spécialisés
-----------------------------	----------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables
--------------------------------	---

<i>Indicateur (imagerie médicale)</i>	<i>Résultat*</i> 2015-2016	<i>Engagement</i> 2016-2017	<i>Résultat**</i> 2016-2017	<i>Engagement</i> 2017-2018
1.09.34.00 -PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	32 %	45 %	38,6 %	50 %

### ***Reddition de comptes***

L'engagement de 45 % n'est pas atteint, les mesures entreprises sont :

- Renforcer les démarches de recrutement pour avoir un radiologiste sur place;
- Assurer un roulement de cardiologues visiteurs;
- Ajout de ressources (heures) pour certains domaines d'examens problématiques : ostéodensitométrie et écho cardiaque
- Formation d'un autre technologue en ostéo;
- Formation d'un autre technologue en IRM;
- Formation d'un autre technologue en échographie;
- Une entente de service avec les cardiologues de Rimouski en cours de finalisation pour augmenter les visites des cardiologues.

Difficultés organisationnelles :

- Pas de radiologiste sur place;
- Très peu de cardiologues qui viennent aux Îles;
- Nombre élevé de demande et tendance à l'augmentation pour plusieurs raisons comme le vieillissement de la population et la pertinence des requêtes constatée auprès des médecins plus jeunes;
- Seulement trois visites de l'IRM par année dont la dernière était à la mi-novembre;
- Un seul technologue formé et accrédité pour les ostéos et les échographies.

Il est important de souligner tout de même l'amélioration substantielle de la situation. On note une diminution de plus de 50 % des demandes en attente et en attente hors délai :

- Amélioration importante notamment pour les mammographies, les échographies et taco;
- Situation problématique dans les domaines des ostéos et les échographies cardiaques.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Services spécialisés
-----------------------------	----------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer
--------------------------------	--

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> 2015-2016	<i>Engagement</i> 2016-2017	<i>Résultat**</i> 2016-2017	<i>Engagement</i> 2017-2018
1.09.33.01 -PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	68 %	90 %	67 %	90 %

### ***Reddition de comptes***

Cible non atteinte.

Sur 12 cas de chirurgie oncologique, quatre ont été opérés dans un délai supérieur à 28 jours. Parmi ces derniers, deux ont dépassé 56 jours. Hormis un cas en chirurgie générale (référence à un chirurgien dépanneur), les trois autres proviennent de l'urologie. Comme l'année dernière, il est difficile de respecter la cible du MSSS, principalement pour les tumeurs vésicales. La tumeur vésicale diagnostiquée entre le lundi et le jeudi dans la semaine de la visite de l'urologue est opérée au plus tard le vendredi. Par contre, la tumeur diagnostiquée le vendredi est opérée lors de la visite suivante de l'urologue. Comme nous n'avons pas d'urologue permanent sur place, nous sommes tributaires de l'offre de service de ces derniers, qui consiste actuellement à 4 visites régulières d'une semaine (bloc opératoire et consultations externes) aux 3 mois et une visite additionnelle aléatoire.

Nous tentons de bonifier l'entente de service en urologie avec le CHU de Québec, mais c'est difficile, car il faudrait une visite par mois pour atteindre la cible de 28 jours ou au moins une visite par deux mois pour atteindre celle de 56 jours. Nous sommes aussi prêts à opérer le samedi matin, mais pour cela il faut que les urologues acceptent de quitter seulement le samedi en après-midi, alors qu'ils quittent présentement, le vendredi en après-midi. Le transfert de certains patients a été demandé, mais il s'est avéré plus rapide de les opérer dans notre centre. Par contre, si une chirurgie est jugée urgente par l'urologue, une demande de transfert est faite pour Québec et le patient est opéré en priorité. Le D<sup>r</sup> Latreille est au courant de notre problématique. Il y a présentement des discussions à la table des cogestionnaires en cancérologie pour faire changer les cibles actuelles.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020**

**Axe d'intervention :** Sécurité et pertinence

**Objectif de résultats :** 8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> <i>2015-2016</i>	<i>Engagement</i> <i>2016-2017</i>	<i>Résultat**</i> <i>2016-2017</i>	<i>Engagement</i> <i>2017-2018</i>
1.01.19.01 -PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)	100 %	100 %	100 %	100 %
1.01.19.02 -PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100 %	100 %	100 %	100 %
1.01.19.04 -PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	N/A	N/A	N/D	N/D

***Reddition de comptes***

Cibles atteintes.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes âgées
-----------------------------	-----------------

<b>Objectif de résultats :</b>	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée
--------------------------------	--

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat** 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.03.11 -PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	333	350 cible ajustée en déc. 2016	344	370
1.03.12 -PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	99,7 %	95 %	99,13 %	90 %

***Reddition de comptes***

1.03.11 -PS : cible atteinte à 98,2 %. Aucune liste d'attente. Cible ajustée en décembre 2016 (passée de 347 à 350).  
 1.03.12 -PS : cible atteinte et dépassée.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes âgées
-----------------------------	-----------------

<b>Objectif de résultats :</b>	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées
--------------------------------	--

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat** 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.03.07.01 -PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	92,5 %	100 %
1.03.07.02 -PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	96,5 %	95 %	94,32 %	90 %
1.03.10 -PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	84 %	100 %	87 %	85 %

***Reddition de comptes***

Au cours de la dernière année, il y a eu beaucoup de mouvement chez le personnel de l'urgence et des soins de courte durée, ce qui a causé des difficultés organisationnelles dans l'atteinte des cibles.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020**

**Axe d'intervention :** Personnes vulnérables

**Objectif de résultats :** 12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat** 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.09.05 -PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	43	45	30	N/D
1.09-45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	1	1	1	1

**Reddition de comptes**

1.09.05 -PS : Cible non atteinte. Des heures supplémentaires ont été ajoutées en soins infirmiers SAD pour optimiser le maintien à domicile de la clientèle en SPFV. De plus, les heures de couvertures ont été bonifiées et nous couvrons maintenant 12 h/jour, 7/7 jours et en service de garde via 811.

Diminution des SPFV cette année en milieu hospitalier également.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020**

**Axe d'intervention :** Personnes vulnérables

**Objectif de résultats :** 13. Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat** 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.05.15 -PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	100 %	90 %	100 %	90 %

**Reddition de comptes**

1.05.15 : Nous n'avons pas eu de demande pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA pour l'année 2016-2017.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020**

**Axe d'intervention :** Personnes vulnérables

**Objectif de résultats :** 14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> <i>2015-2016</i>	<i>Engagement</i> <i>2016-2017</i>	<i>Résultat**</i> <i>2016-2017</i>	<i>Engagement</i> <i>2017-2018</i>
1.08.13 -PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	32	27	30	27
1.08.14 -PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	8	N/D	5	N/D

**Reddition de comptes**

1.08.13 : Cible atteinte et dépassée.  
 1.08.14 : Pas de cible du MSSS et il n'est pas un engagement pour notre établissement.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020**

**Axe d'intervention :** Personnes vulnérables

**Objectif de résultats :** 15. Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> <i>2015-2016</i>	<i>Engagement</i> <i>2016-2017</i>	<i>Résultat**</i> <i>2016-2017</i>	<i>Engagement</i> <i>2017-2018</i>
1.07.06 -PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	90 %	75 %	90 %	80 %

**Reddition de comptes**

1.07.06 Service implanté dans la région depuis plusieurs années.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

**Axe d'intervention :** Mobilisation du personnel

**Objectif de résultats :** 18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat** 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	6,67 %	7,76 %	6,54 %	5 %
3.05.02 -PS Taux d'heures supplémentaires	2,11 %	2,95 %	3,34 %	2,95 %
3.06.00 -PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,33 %	0,66 %	0,25 %	0,26 %

### *Reddition de comptes*

3.01-PS : la cible du MSSS est atteinte, mais pas d'amélioration du taux. L'établissement s'est fixé une cible de 5 % qui n'est pas atteinte. Nous avons un plan d'action suivi rigoureusement à l'aide d'indicateurs clairement établis. Nous effectuons les suivis et les corrections adéquates le cas échéant. Nous avons repris le contrôle du dossier et croyons atteindre la cible de 5 % en cours d'exercice.

3.05.02 -PS : Les heures supplémentaires peuvent s'expliquer par la nécessité de la garde préventive sur tous les quarts pour des usagers particuliers. Nous avons amorcé des démarches d'évaluation de ces usagers afin d'adapter de s'assurer qu'ils reçoivent des soins appropriés, peut-être même dans un autre établissement.

3.06.00 -PS : La situation demeure stable et nous envisageons une légère hausse due à une éclosion de gastro affectant plus de 20 employés, sinon, nous maintenons les efforts afin de demeurer sous la cible attendue.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Santé publique
------------------------------	----------------

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> 2015-2016	<i>Engagement</i> 2016-2017	<i>Résultat**</i> 2016-2017	<i>Engagement</i> 2017-2018
1.01.13 -EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé	50 %	100 %	71,4 %	100 %
1.01.27 -EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14)	non disponible	100 %	97,75 %	N/A
1.01.28 -EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (anciennement 1.01.15)	non disponible	100 %	87,01 %	N/A

### *Reddition de comptes*

1.01.13 -EG2 : Pour l'approche EES, des démarches auprès de la CSI sont toujours en cours afin d'intégrer les directions d'école à ce processus. La cible à atteindre s'est améliorée dans la dernière année, mais d'autres interventions seront mises en place pour la prochaine année 2017-2018. L'ajout d'une organisatrice communautaire au dossier EES favorisera les échanges avec le personnel des écoles et améliorera l'intégration des différents intervenants de santé publique auprès d'eux. Nous visons à élaborer un plan d'action individualisé pour chacune des écoles qui identifiera les activités réalisables en cours d'année avec la collaboration des directeurs et professeurs.

1.01.27 -EG2 : Une entente de collaboration formelle est en cours d'élaboration pour s'assurer de l'engagement de la CSI avec le CISSS des Îles.

1.01.28 -EG2 : Les données pour l'année 2015-2016 ne sont pas disponibles dans Gestred pour la vaccination. L'atteinte à 100 % demeure une difficulté souvent reliée à l'absence de la clientèle à la date spécifique pour recevoir le vaccin. Une minime portion de parents refuse la vaccination pour leur enfant.

Cibles en lien avec le PAR 2016-2021

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

**Secteur d'activités :** Services généraux – Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> 2015-2016	<i>Engagement</i> 2016-2017	<i>Résultat**</i> 2016-2017	<i>Engagement</i> 2017-2018
1.03.13 -EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	N/D	75 %	77,78 %	85 %
1.03.05.01 -EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	58 114.14	58 593	60 510	59 552

### *Reddition de comptes*

Cibles atteintes et dépassées.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Déficiences
------------------------------	-------------

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> 2015-2016	<i>Engagement</i> 2016-2017	<i>Résultat**</i> 2016-2017	<i>Engagement</i> 2017-2018
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90 %	90 %	100 %	<b>90 %</b>
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS				N/A
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	100 %	90 %	100 %	<b>95 %</b>
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,86 %	90 %	93,75 %	<b>90 %</b>

### *Reddition de comptes*

1.45.04.01 : Cible atteinte et dépassée.

1.45.05.01 : Cible atteinte et dépassée.

1.45.05.05 : Cible atteinte et dépassée. Le rapport Gestred montre un taux de respect de 90,6 %, mais dans les faits nous avons atteint 93,75 %. Deux usagers inscrits dans SIPAD ont reçu des services dits « spécialisés » par des moniteurs en réadaptation et ceux-ci ne génèrent pas de HPS dans le système.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Santé mentale
------------------------------	---------------

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> 2015-2016	<i>Engagement</i> 2016-2017	<i>Résultat**</i> 2016-2017	<i>Engagement</i> 2017-2018
1.08.15 -EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 90 jours	Voir CISSS de la Gaspésie		0 usager adulte en attente en psychiatrie.  30 usagers en attente de consultation en pédopsychiatrie	

### *Reddition de comptes*

Il n'y a pas de liste d'attente en psychiatrie adulte qui excède 90 jours

Les services de pédopsychiatrie sont sous la responsabilité du CISSS de la Gaspésie en collaboration avec notre équipe de 1<sup>re</sup> ligne. Nous avons environ 4 semaines de consultation pour répondre à l'ensemble des demandes de consultations. Des visites plus longues seront offertes pour répondre aux besoins des jeunes dans la prochaine année.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Santé physique - Cancérologie
------------------------------	-------------------------------

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat*</i> 2015-2016	<i>Engagement</i> 2016-2017	<i>Résultat**</i> 2016-2017	<i>Engagement</i> 2017-2018
1.09.33.02 -EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	74 %	100 %	75 %	100 %

### ***Reddition de comptes***

Cible non atteinte.

Il est difficile de respecter la cible du MSSS principalement à cause des tumeurs vésicales. Deux chirurgies sur douze dépassent 56 jours soient deux RTU TV (62 jours et 119 jours). La tumeur vésicale diagnostiquée entre le lundi et le jeudi dans la semaine de la visite de l'urologue est opérée au plus tard le vendredi. Par contre, la tumeur diagnostiquée le vendredi est opérée lors de la visite suivante de l'urologue. Comme nous n'avons pas d'urologue permanent sur place, nous sommes tributaires de l'offre de service de ces derniers qui consiste actuellement à 4 visites régulières d'une semaine (bloc opératoire et consultations externes) aux 3 mois et une visite additionnelle aléatoire.

Nous tentons de bonifier l'entente de service en urologie avec le CISSS de la Capitale nationale, mais c'est difficile, car il faudrait une visite par mois pour atteindre la cible de 28 jours ou au moins une visite par deux mois pour atteindre celle de 56 jours. Nous sommes aussi prêts à opérer le samedi matin, mais pour cela il faut que les urologues acceptent de quitter seulement le samedi en après-midi, alors qu'ils quittent présentement, le vendredi en après-midi. Le transfert de certains patients a été demandé, mais il s'est avéré plus rapide de les opérer dans notre centre. Par contre, si une chirurgie est jugée urgente par l'urologue, une demande de transfert est faite pour Québec et le patient est opéré en priorité. Le D<sup>r</sup> Latreille est au courant de notre problématique. Il y a présentement des discussions à la table des cogestionnaires en cancérologie pour faire changer les cibles actuelles.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2**

<b>Secteur d'activités :</b>	Ressources matérielles
------------------------------	------------------------

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat** 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
2.02.02 -EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	50 %	100 %

<b><i>Reddition de comptes</i></b>
<p>L'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 n'est pas atteint. L'assistance d'une ressource externe sera requise afin de finaliser l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité.</p> <p>Accès à une ressource soutien à la réalisation.</p> <p>Peu avancé.</p> <p>Non</p>

## ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

### AGRÉMENT

En juin 2014, le CISSS des Îles a reçu la visite du Comité d'approbation du programme conjoint *Qmentum* du Conseil québécois d'agrément (CQA) et d'Agrément Canada. Bien que le statut d'établissement agréé ait pu être maintenu, des réévaluations subséquentes ont été nécessaires. En novembre 2016, la conformité de l'ensemble des normes a été atteinte, notamment en ce qui concerne le suivi du plan d'action du programme de gérance des antimicrobiens. La prochaine visite de l'agrément est prévue pour juin 2018.

### MESURES DE SUIVI

- Suivi de l'atteinte des exigences de l'agrément par le gestionnaire des risques et de la qualité, rattaché à la Présidence-direction générale;
- Mise en place de la salle de pilotage stratégique (automne 2016) et suivi des indicateurs stratégiques de la qualité par le comité de direction;
- Suivi des travaux de mise en conformité avec les normes d'agrément auprès des chefs de services concernés, en s'appuyant sur le plan d'amélioration de la qualité 2016-2017 (outil de gestion);
- Reddition de comptes et suivi régulier (aux 2 semaines) du gestionnaire de risques et la qualité à la PDG et au comité de direction;
- Présentations trimestrielles des activités de mise en conformité avec les normes d'agrément au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration.

## SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

### GESTION DES RISQUES

#### Activités de promotion du processus de déclaration des incidents et accidents

##### Formation :

- Deux formations sur la gestion des risques ont été données respectivement aux équipes du CLSC (santé mentale communautaire et SAD) et du CRDI-TSA. Une emphase particulière a été mise sur l'importance et les modalités de déclaration des événements indésirables.
- Quatre séances d'orientation en gestion des risques ont été données à autant de cohortes de nouveau personnel de l'établissement, tout titre d'emploi confondu. Une emphase particulière a été mise sur l'importance et les modalités de déclaration des événements indésirables.

##### Information et sensibilisation :

- Des rapports personnalisés des incidents et accidents ont été adressés aux gestionnaires des services « grand déclarants » (CHSLD, Unité multiclientèle et Unité des soins critiques) par le gestionnaire des risques à une fréquence trimestrielle. Un rapport personnalisé de fin d'année a été aussi produit pour chaque gestionnaire des autres services cliniques. Tout rapport a inclus une analyse détaillée des événements déclarés selon leur catégorie, gravité, période et quart de travail, tout en mettant de l'emphase sur leurs causes. Une attention particulière a été consacrée

aux catégories dominantes (médicaments et chutes). Chaque chef de service a régulièrement utilisé ces rapports pour en faire une analyse avec ses équipes.

- Des résumés des rapports trimestriels de la gestion des risques préparés à l'intention du conseil d'administration ont été diffusés à l'ensemble du personnel, par le biais du journal interne, *L'Express*.

### Recommandations et avis émis par le comité de gestion des risques

Aucune recommandation n'a été émise par le comité de gestion des risques. Par ailleurs, les membres ont été informés des faits saillants en matière de gestion des risques. Aucune conclusion ni aucun suivi particulier n'a été déposé aux membres du conseil d'administration.

### Statistiques des déclarations d'incidents et d'accidents

Un total de 776 déclarations d'incidents et d'accidents a été enregistré pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017 (P1-P13), soit environ **3,8 % de moins que pour 2015-2016** (807 déclarations).

La variation interannuelle est surtout liée à une diminution importante d'événements dans certaines catégories dominantes, soit : médicament (-20,0 %) et tests de laboratoire (-49,4 %). Une diminution importante d'événements est aussi constatée dans les catégories du traitement (-29,6 %) et de l'agression (-66,7 %). Grâce surtout aux pratiques de l'entretien préventif, on observe également une diminution du nombre d'événements liés à l'utilisation d'équipement (-52,6 %) et de matériel (-50,0 %). Par contre, on observe une augmentation relativement importante du nombre de chutes (+31,5 %), ces dernières étant dues en très grande majorité à des causes liées à la personne touchée. L'augmentation des chutes est surtout associée à l'évolution de la clientèle accédant aux services du CHSLD, ayant un profil avec risque de chute de plus en plus important.

Selon leur niveau de **gravité**, les événements indésirables se répartissent comme il suit (tableau 1) :

- |     |          |  |
|-----|----------|--|
| 622 | (80,2 %) | ..... sans conséquence pour les usagers/résidents (indice : A à D);  |
| 142 | (18,3 %) | ..... avec des conséquences mineures, sans impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation (indice : E1-E2);                            |
| 3   | (0,4 %)  | ..... avec des conséquences temporaires, avec un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation (indice : F) (2 chutes, 1 traitement); |
| 1   | (0,1 %)  | ..... à l'origine de conséquences qui ont contribué au décès (indice I : chute).   |

La tranche d'âge la plus touchée par l'occurrence d'incidents et d'accidents déclarés est celle des 75 ans et plus (65,5 % des événements). Ce constat est en lien avec le nombre relativement élevé de chutes enregistrées pour les usagers concernés. Le nombre et la proportion de déclarations d'incidents et accidents touchant les usagers de cette tranche d'âge sont en augmentation constante depuis 2014-2015.

Les efforts réalisés en 2016-2017 ont permis de réduire le nombre d'événements ayant des causes liées aux facteurs humains du personnel (-10,3 %) et à l'organisation du travail (-47,4 %). Ces deux dimensions sont particulièrement importantes, car elles sont à la portée d'améliorations de la qualité et de la sécurité des soins et services dispensés. Elles constituent respectivement 37,2 % (facteurs humains) et 5,3 % (organisation du travail) de l'ensemble des 774 événements déclarés. Les causes liées aux facteurs humains sont associées principalement au non-respect de procédures ou règles de

soins, ainsi qu'à des distractions ou erreurs techniques. Les causes liées à l'organisation du travail sont associées principalement à des lacunes de communication, à l'organisation du service et au personnel inexpérimenté ou non entraîné.

**Tableau :** Incidents et accidents selon la catégorie d'événements et le niveau de gravité.

Catégorie d'événement	Gravité de l'impact										Total	
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	I	N/D	n	%
Chute			28	200	72	4	2		1	2	309	39,8
Quasi-chute		1	12	4	1						18	2,3
Médicament	3	62	144	24	2	1				4	240	31,0
Traitement	1	3	5	5	2	1	1			1	19	2,5
Imagerie		1	3		1						5	0,6
Laboratoire	3	9	28	2							42	5,4
RDM	1		8								9	1,2
Bâtiment	1										1	0,1
Effet personnel	1	3	1			16					21	2,7
Équipement	1		8								9	1,2
Matériel	1	2	3	3							9	1,2
Agression			3	2							5	0,6
Autre	15	7	13	11	39	3				1	89	11,4
<b>Total</b>	n	<b>27</b>	<b>88</b>	<b>256</b>	<b>251</b>	<b>117</b>	<b>25</b>	<b>3</b>	-	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>776</b>
	%	3,5	11,3	33,0	32,3	15,1	3,2	0,4	-	0,1	1,0	

**Tableau :** Causes possibles des incidents et accidents selon la catégorie d'événements.

Catégorie d'événement	Causes possibles								Total	
	Autres types de causes	Cause inconnue	Liée aux facteurs humains	Environnement	Liée à l'organisation du travail	Liée à la personne touchée	Liée à un autre usager/résident	Liée à un fournisseur	n	%
Chute	7	5	3	7		287			309	39,8
Quasi-chute				2		16			18	2,3
Médicament	3	6	207	3	15	4		2	240	30,9
Traitement	2	2	7	1	5	2			19	2,4
Imagerie	1		3	1					5	0,6
Laboratoire		1	37		4				42	5,4
RDM				3	6				9	1,2
Bâtiment						1			1	0,1
Effet personnel	1	7	8	1		4			21	2,7
Équipement		2		4	2	1			9	1,2
Matériel		2	1	4		2			9	1,2
Agression			1			1	3		5	0,6
Autre	4	14	21	4	9	35	2		89	11,5
<b>Total</b>	n	<b>18</b>	<b>39</b>	<b>288</b>	<b>30</b>	<b>41</b>	<b>353</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>776</b>
	%	2,3	5,0	37,1	3,9	5,3	45,5	0,6	0,3	

## PRÉVENTION DES INFECTIONS

### Volet 1- Surveillance

- Surveillance et planification des travaux de construction avec l'équipe des services techniques;
- Réalisation de l'étude rétrospective annuelle sur les infections de site opératoire (ISO).

### Volet 2 - Protocoles, politiques et procédures

- Promotion de la politique D-202 et des procédures s'y rattachant : Gestion d'écllosion d'influenza. Planifier et réaliser des campagnes et des audits d'hygiène des mains à l'unité d'un jour en lien avec la procédure D-200 A;
- Politique de construction.

### Volet 3 - L'éducation et la formation

Formation et support au personnel d'une RPA lors d'une éclosion de gastro-entérite en juin 2016, 25 des 36 résidents ont eu la gastro-entérite. Le taux de contagion était de 34 %. Tous les efforts ont été déployés par le SAD en autres, H & S et l'IPI pour éviter l'utilisation des services de l'urgence et le recours à l'hospitalisation. Très bon coup!

### Volet 4 - L'évaluation du programme

Audit sur le lavage des mains dans 3 secteurs cliniques.

### Volet 5 - La communication et l'information

- Transmission du tableau de bord au conseil d'administration sur une base trimestrielle et diffusion des bilans trimestriels dans le journal de l'établissement;
- Capsules d'information sur divers sujets de la PCI à la radio, sur le site Internet du CISSS des Îles et Facebook.

NOMBRE DE CAS – PRÉVENTION DES INFECTIONS		
	2015-2016	2016-2017
Nombre de diarrhées associées à la C difficile – nosocomiales/jours présence	2/9022 + 12 non attribuables au CISSS	3/9127 + 22 non attribuables au CISSS
Nombre de nouveaux cas de SARM	6 + 2 non attribuables au CISSS	5 + 9 non attribuables au CISSS
Nombre de nouveaux cas ERV/jours présence	0/9022	0/9127
Nombre de nouveaux cas de bactériémie/jours présence	3/9022	0/9127
Travailleurs exposés accidentellement aux liquides biologiques	7	5

## MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

### ▪ Protocole des mesures de contrôle et politique

Une révision du protocole des mesures de contrôle est amorcée.

### ▪ Comité de suivi et de surveillance

Deux rencontres ont été tenues au cours de l'année.

- Suivi des déclarations;
- Révision des outils cliniques;
- Suivi de la situation au module de psychiatrie en lien avec les usagers dangereux;
- Transmission de rapports au comité vigilance et qualité.

Secteurs	Contentions physiques	Contentions chimiques	Contention physique et chimique	Contention physique et isolement	Contention physique-chimique et isolement	Isolement Chambre sécuritaire	Surv. privée À la chambre	isolement en lien avec prévention des infections	Mesure non planifiée
CHSLD	4	1						4	4
Soins critiques							6		6
Module psychiatrie			1	1	1	7			
CRDI-TSA						1 <sup>1</sup>			

## GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

Deux risques organisationnels ont été priorisés parmi ceux identifiés lors d'une analyse exhaustive complétée en mars 2016, soit : (i) la qualité et la sécurité des services en périnatalité et (ii) la gestion des congés et de la liste de rappel. Des plans d'action ont été élaborés et mis en œuvre en vue de réduire ou mieux contrôler ces risques. Des outils de gestion (indicateurs de performance de processus) ont été élaborés à cet effet.

Le suivi de ces deux démarches a été assuré par le comité de direction, dans le cadre des activités de la salle de pilotage stratégique. Les résultats qui s'en sont ensuivis ont été présentés au conseil d'administration avec l'identification des deux risques organisationnels priorisés pour 2017-2018 (organisation des services en santé mentale et présence au travail).

## 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.

### Bilan des activités

- Nombre total de plaintes reçues : 15
- Concernant des problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques) : 1
- Nombre de plaintes référées à la direction des ressources humaines : 0

<sup>1</sup> Locaux sécurisés pour contrer les fugues

- Nombre d'interventions : 0
- Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire, ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi : 10
- Nombre de plaintes retirées : 0
- Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen : 0
- Délai moyen pour le traitement des plaintes : 27 jours
- Nombre d'assistances faites auprès des usagers : 5

**Tableau :** Recommandations de la commissaire locale aux plaintes.

RECOMMANDATIONS FORMULÉES ET PRÉSENTÉES AU COMITÉ DE VIGILANCE ET À LA QUALITÉ DES SERVICES AVEC SUIVI AU CA		
Direction	Recommandation	Réglé ou en Attente
Direction des services professionnels et hospitaliers	Remboursement des frais de transport pour une accompagnatrice	Réglé
	Assurer un suivi en consultations spécialisées	Réglé
Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires RNI – SAPA- CRDITSA-	Assurer un suivi auprès de la clinique avec un SARM positif	Réglé
	Améliorer les services de réadaptation en post ACV	Réglé
	Assurer un suivi en ergothérapie de la clientèle jeunesse	En cours
	Clinique IVG revoir tout le processus pour réduire le nombre de visites à la clinique	Réglé
	Suivre les recommandations du Code des professions pour la prise de médicaments en résidence	Réglé
	Améliorer les conditions physiques de l'unité d'un jour pour la clientèle en oncologie	Réglé
	Rendre accessible et compréhensible auprès des parents la trajectoire des services psycho jeunesse	En cours

### Activités du Protecteur du citoyen

Aucune demande ou suivi de dossier auprès du Protecteur du citoyen.

### Suivi des rapports du Coroner

Aucun cas de décès dans l'établissement n'a fait l'objet d'une investigation du Coroner.

Les rapports diffusés périodiquement par le Bureau du Coroner aux responsables de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé et des services sociaux ont été régulièrement transférés aux gestionnaires et aux médecins de l'établissement. Les transferts ont été accompagnés par une mention de confidentialité des dossiers. Les gestionnaires cliniques ont utilisé ces rapports pour l'identification de points d'amélioration de la qualité des pratiques de travail avec les membres de leurs équipes respectives.

## MÉDECIN EXAMINATEUR

Pour l'année 2016-2017, le médecin examinateur est le D<sup>r</sup> Réal Cloutier et le substitut est le D<sup>r</sup> Lester Duguay.

La **plainte médicale** réfère à une insatisfaction de l'utilisateur 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		
	2015-2016	2016-2017
CISSS des Îles	11	1
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT		
	Nombre de plaintes	Délai moyen
Plaintes médicales	1	112 jours

OBJETS DE PLAINTES MÉDICALES CONCLUS PAR MOTIF	
Motifs	Nombre de dossiers
Accessibilité	0 dossier
Relations, attitudes	0 dossier
Soins et services	1 dossier
<b>TOTAL</b>	<b>1 dossier</b>

Les soins et services concernent les soins prodigués ou non rendus lors de la consultation.

Cette plainte a été orientée au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), pour étude à des fins disciplinaires. Le médecin ne travaillant plus pour le CISSS des Îles le dossier a été transmis au Collège des médecins.

## PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT

Le DSP est responsable des personnes mises sous garde en établissement.

Informations	Centre hospitalier de l'Archipel
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	32
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	22
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	0
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	0
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	7
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	5
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 <sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auxquels il a été soumis)	22

## APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Activité	Information demandée	10 décembre 2015 au 9 juin 2016	10 juin 2016 au 9 décembre 2016
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	40	24
Sédation palliative	Nombre de sédations palliatives continues administrées	2	1
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0	0
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0	0
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0	0

Veuillez prendre note que les données présentées dans le rapport annuel de gestion 2015-2016 étaient celles de la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016.

# RÉALISATIONS DES DIRECTIONS DE L'ÉTABLISSEMENT

## DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

### SOINS INFIRMIERS

#### Activités particulières

- Contribution à la planification de la main-d'œuvre infirmière avec le Service des ressources humaines à l'externe et à l'interne pour la planification des besoins pour les cinq prochaines années;
- Révision des règles de soins infirmiers concernant les chutes, implantation d'un nouvel outil de dépistage;
- Comité de médecine transfusionnelle, révision complète des processus avec Rimouski et l'Enfant-Jésus de Québec;
- Programme de cancérologie, agit à titre de directeur du programme à l'interne, grosse année à ce niveau, priorité ministérielle.

#### Élaboration de plusieurs outils d'encadrement clinique

- Mise en place d'ordonnances médicales individuelles standardisées préimprimées (OMISP) dans les domaines suivants :
  - Analgésie contrôlée par le patient (2);
  - Aide médicale à mourir;
  - Gestion anticoagulothérapie périopératoire (3);
  - Administration Beriplex(MD) P/N;
  - Détresse respiratoire en phase terminale;
  - Intubation à séquence rapide à l'urgence;
  - Phlébotomie thérapeutique;
  - Amiodarone;
  - Dobutamine;
  - Dopamine;
  - Perfusion IV Norépinéphrine;
  - Phénytoïne.
- Élaboration ou mise à jour d'ordonnances collectives :
  - Anaphylaxie (1);
  - Dépistage, gestion et suivi des bactéries multirésistantes (SARM ET ERV) (4);
  - Rhumatologie (5);
  - Prophylaxie (Oseltamivir) en période d'éclosion d'influenza (2);
  - Oxygénothérapie (1);
  - Endocrinologie (levothyroxine) (1);
  - Cessation tabagique (1);
  - Diabète (1);
  - Dyslipidémie (1);
  - Hypertension artérielle (1);
  - Xylocaïne (1);
  - Nitroglycérine sublinguale (1).
- Mise à jour ou élaboration de protocoles :
  - Protocole local du déclenchement médical à l'ocytocine P-5.

## Audits

- Audits dans le cadre du plan d'action OIIQ en CHSLD :
  - Risque de chute et ayant chuté;
  - Évaluation de la douleur;
  - Dépression;
  - Risque de plaie;
  - Évaluation de l'état mental et physique.
- Audit sur la qualité du triage à l'urgence en collaboration avec la CVAP.

## Volet Développement des connaissances et des compétences

Plusieurs activités de formation continue ont été rendues disponibles par différents médias pour un total de neuf webinaires, quatorze visioconférences, trois midis-cliniques et quatre présentiels.

## Outils cliniques

Aide-mémoire en support à la sédation palliative continue en regard de la politique de soins de fin de vie et soins palliatifs.

## Embauche et intégration

Intégration et accueil d'externe en soins infirmiers et infirmières Soutien à l'intégration de personnel infirmier dans de nouvelles fonctions; 9 infirmières.

Soutien au recrutement et à l'embauche de personnel infirmier : 2 externes en soins infirmiers.

## UNITÉ DES SOINS CRITIQUES

### Traumatologie

- Comité local de traumatologie : quatre rencontres ;
- Maintien de la désignation de Centre de traumatologie de niveau primaire suite à la visite d'évaluation du 8 novembre 2016;
- Formation en traumatologie en milieu rural (RTTDC) a été dispensée à l'équipe multidisciplinaire (infirmières, médecins et inhalothérapeutes) de l'urgence par le McGill.

### Téléthrombolyse

- Projet téléthrombolyse avec le CHU de Québec;
- Participation aux réunions bisannuelles des chargés de projet locaux;
- Six « code 100 » entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 septembre 2016 pour interpeller le neurologue de garde pour procéder à une téléthrombolyse.

### Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence

- Audit de triage;
- Amélioration des processus entourant l'ETG (Échelle de triage et de gravité).

Participation au projet de recherche sur les urgences rurales visant l'amélioration des soins et des services de santé dans les urgences rurales du Québec -(Étude pilote avec la chaire de recherche en médecine d'urgence de l'université Laval et de Hôtel Dieu de Lévis).

Mise à jour du protocole d'évacuation de l'Île d'Entrée de concert avec le SPU du CISSS de la Gaspésie.

Sondage sur la qualité du service réalisé par le comité des usagers de l'établissement.

STATISTIQUES DE L'UNITÉ DES SOINS CRITIQUES			
	2015-2016	2016-2017	ÉCART
Nombre de visites	20 167	21 849	↑1 682
Civières	2 293	2 248	↓45
Taux d'occupation des civières	53 %	50 %	↓3 %
% de séjour de plus de 24 heures	13 %	13 %	Aucun
% de séjour de plus de 48 heures	1 %	2 %	↑1 %
Soins intensifs/jours présence	737	691	↓30
Taux d'occupation	67 %	63 %	↓3 %
Admission soins intensifs	261	251	↓30

### UNITÉ MULTICLIENÈLE

- Projet d'organisation du travail en périnatalité :
  - Actualisation du projet, risque stratégique 2016-2017 pour le CISSS des Îles. Mise à niveau des compétences de l'équipe d'obstétrique incluant l'application d'AMPRO PLUS;
  - Prix de reconnaissance en février 2017 pour l'accomplissement de l'équipe après le module 6.
- Intégration d'un nouveau modèle de gestion des lits et de suivi intégré des clientèles;
- Gestion des cas de niveau de soins alternatifs (NSA) sur l'unité jusqu'à 47 % de nos lits de courte durée.;
- Application du programme d'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) succès modéré dû au roulement de personnel régulier.

STATISTIQUES À L'UNITÉ MULTICLIENÈLE			
** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée	2015-2016	2016-2017	ÉCART
Jours présence chirurgie	593	428	(165)
Jours présence médecine	3255	3136	(119)
Jours présence gériatrie active	850	649	(201)
Jours présence médecine LC	1280	2647	1367
Jours présence obstétrique	215	234	19
Jours présence pédiatrie	27	31	4
Jours présence soins palliatifs	350	116	(234)
Jours présence soins palliatifs LC	75	185	110
Jours présence hébergement temporaire	5	20	15
Jours-présence en psychiatrie dans lits de santé physique	190	144	(46)
Jours présence courte durée (23 lits)	7081	7590	509
Taux d'occupation courte durée	84,12 %	90,41 %	6,29 %
Admissions courte durée	920	758	(98)
Jours présence total psychiatrie <sup>2</sup>	1357	1189	(168)
Jours présence psychiatrie longue durée	12	0	(12)
Jours présence psychiatrie légale	31	195	164

<sup>2</sup> Inclus les jours présence en santé physique

STATISTIQUES À L'UNITÉ MULTICLIENÈLE			
** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée	2015-2016	2016-2017	ÉCART
Jours présence psychiatrie (4 lits)	1167	1045	(122)
Taux d'occupation psychiatrie	79,71 %	71,58 %	(8,13)
Admissions psychiatrie	71	51	(20)
Nombre de naissances	64	78	14
Nombre de cas ambulatoire de chirurgie d'un jour	18	18	0

## SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES ET PROGRAMMES-SERVICES (AUTRES)

Le volet services multidisciplinaires regroupe les différents programmes cliniques autres que celui de la santé physique. Bien que certaines activités cliniques se passent en milieu hospitalier, les programmes services (autres) se déploient principalement au CLSC, au CRDI-TSA, au CHSLD et au GMF. Voici un aperçu des activités réalisées dans les différents programmes au cours de la dernière année.

## SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ADULTES

En lien avec les orientations ministérielles « Chez soi : le premier choix », l'équipe du soutien à l'autonomie des personnes adultes déploie beaucoup d'effort pour que les personnes âgées (PA), les personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) vivent le plus longtemps possible dans leur milieu naturel. Afin de répondre adéquatement aux besoins, le CISSS des Îles a procédé à l'évaluation de l'ensemble des clients à domicile à partir des outils cliniques informatisés. Cela a permis de revoir l'offre de service de chacun en désignant le bon prestataire de services.

Évaluation de l'ensemble des clients DP-DI-TSA et SAPA par l'outil clinique ISO-SMAF et couverture des besoins pour les profils 1 à 3 par les partenaires du réseau; reconduction de l'entente avec la Corporation d'aide à domicile L'Essentiel pour la dispensation de services d'aide et d'assistance, en plus des services reliés aux activités de la vie domestique (AVD), Respect des critères d'admission pour les usagers avec un ISO-SMAF de 4 et plus.

Intensification de l'offre de service en soutien à domicile (SAD) en quantité et en intensité pour les clientèles avec un profil ISO-SMAF supérieur à 4 tel que le projet ministériel requiert, cibles atteintes.

Mise en place de l'accueil professionnel SAD, par un intervenant psychosocial SAD.

Implantation des composantes du réseau de services intégrés des personnes âgées à 84,26 %.

Réorganisation du secteur du prêt d'équipements. La responsabilité est transférée à la technicienne en réadaptation physique, qui s'assure de l'adaptation et de l'enseignement en fonction des besoins de l'usager ce qui contribue à améliorer l'offre de service et à remettre du temps direct de l'auxiliaire de santé et services sociaux en soutien à domicile.

Augmentation de la couverture en soins infirmiers à domicile en élargissant les plages horaires de 8 h à 20 h, 7/7 jours.

## **PROGRAMME DP-DITSA (SERVICES SPÉCIFIQUES ET SPÉCIALISÉS)**

Crise au CRDI-TSA au cours de l'année : une consultante experte a dressé un diagnostic organisationnel et formulé des recommandations, ce qui a amené l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action; évaluation de la pratique professionnelle par un second consultant et formation des intervenants sur l'évaluation des besoins de la clientèle.

Remplacement de la chef d'administration du programme DP et DITSA de façon intérimaire par l'adjoint à la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires jusqu'à ce jour.

Création d'un nouveau poste de spécialiste en activités cliniques suite à la recommandation de nos consultants dans le but de consolider les pratiques professionnelles et l'offre de service.

Instauration de la supervision clinico-administrative obligatoire pour tous dans un but de valider le respect des processus internes.

Amorcer l'évaluation de charges de cas avec les professionnels.

## **HÉBERGEMENT INSTITUTIONNEL ET NON INSTITUTIONNEL**

### **Centre d'hébergement et de soins de longue durée Eudore-LaBrie**

#### **Activités réalisées :**

- Nomination d'une chef de service depuis août 2016;
- Participation de la chef de service et de la PDG du CISSS au forum sur les meilleures pratiques en CHSLD. Novembre 2016;
- Mise en place du partenariat clinique en psychogériatrie en collaboration avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM);
- Consolidation de l'offre de service en soins palliatifs et clarification des trajectoires-patient;
- Tenue d'un forum de gériatrie à l'interne dédié au personnel du CHSLD. Octobre 2016;
- Élaboration du volet organisationnel et environnemental lié à l'implantation du projet milieu de vie en CHSLD, poursuite du plan d'action requis suite à la visite ministérielle par exemple : Amélioration des lieux physiques; tapis aux balcons, aménagement des salles à manger.

#### **Ressources non institutionnelles (RI-RTF)**

Entente de service avec un fournisseur pour le regroupement de 30 places en hébergement non institutionnel : (livraison juillet 2018) dans le but de consolider le réseau d'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes ayant des déficiences physiques.

Changement d'association représentative pour l'ensemble des RTF a permis de meilleurs échanges entre nos partenaires RTF et le CISSS des Îles pour une meilleure concertation des besoins et livrables pour la clientèle à desservir.

Absence d'entente entre l'association représentative des ressources intermédiaires (ARIHQ) et le Conseil National de Négociation en santé et services sociaux (CPN-SSS) pour le renouvellement de la convention collective qui a comme impact d'annuler l'avancement des travaux en cours pour améliorer l'offre de services en milieu non institutionnel.

Formation des gestionnaires et des intervenants sur l'outil de classification et de détermination des services utilisé dans le système d'information (SIRTF) dans le but de standardiser les façons de faire à travers tous les programmes requérant des services d'hébergement dans les RI/RTF.

## SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

---

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

---

Reconduction de l'entente de service avec l'organisme *L'Embellie*, dans le cadre des suivis SIPPE et du programme *Destination Famille*.

Reconduction des ententes de collaboration avec les centres de la petite enfance.

Consolidation des suivis pour les jeunes requérant une intervention de 2<sup>e</sup> ligne et de 3<sup>e</sup> ligne en santé mentale avec l'équipe régionale en pédopsychiatrie, deux pédopsychiatres sont maintenant disponibles pour les visites.

Traitement de plusieurs dossiers dans le cadre de l'équipe d'intervention Jeunesse (EIJ) favorisant l'utilisation systématique de plans de services individualisés (PSI), selon les attentes ministérielles. L'équipe d'intervention jeunesse est composée d'agents de liaison représentant la Commission scolaire des Îles, le Centre de réadaptation de la Gaspésie, la Commission scolaire Eastern Shores School Board, le Centre jeunesse Gaspésie-Les Îles et le CISSS des Îles. Évaluation systématique des demandes de services par un professionnel de l'équipe psychojeunes. Met en place des services plus rapidement et on fait le tour des problématiques, chacun a un mandat d'aller plus loin dans son offre de service.

## SERVICES GÉNÉRAUX, CLINIQUES ET D'AIDE, SANTÉ PARENTALE ET INFANTILE, SANTÉ SCOLAIRE

---

Taux d'allaitement exclusif parmi les bébés allaités : 47 % en 2014-2015. Les données pour l'année 2016-2017 ne sont pas encore disponibles.

Jumelage des programmes OLO et SIPPE afin de favoriser un meilleur suivi des clientèles vulnérables. Rencontre des clientèles avec l'infirmière pour la remise des coupons OLO et ainsi assurer un suivi régulier. Un travailleur social s'est joint à l'équipe dans le suivi de ces clientèles. La psychoéducatrice du secteur jeunesse assure la coordination de l'équipe.

Formation à tous les paliers de l'organisation sur l'allaitement, tel que prévu dans le cadre d'*Amis des bébés*. L'infirmière en santé maternelle et infantile a débuté sa formation pour être consultante en allaitement au CISSS des Îles. Cette formation d'une durée de 1 an se terminera au cours de l'année 2017. Un colloque organisé par la Maison de la Famille de Drummond permet aux infirmières de participer à 2 ateliers par webinaire. (10 à 15 infirmières).

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. Un travail d'uniformisation est en cours avec la région GIM par le volet santé publique en lien avec le PAR 2016-2021.

VOLUME DES ACTIVITÉS – INTERVENTIONS/USAGERS		
	2015-2016	2016-2017
<b>SERVICES GÉNÉRAUX</b>		
Santé parentale infantile	424 usagers 2 098 interventions	411 usagers 2 015 interventions
Services psychosociaux	483 usagers 1 777 interventions	554 usagers 1 589 interventions
Psychologie Services généraux	59 usagers 278 interventions	39 usagers 268 interventions
Orthophonie enfant	54 usagers 337 interventions	54 usagers 337 interventions
Nutrition	205 usagers 437 interventions	176 usagers 412 interventions
<b>JEUNES EN DIFFICULTÉ</b>		
Jeunes en difficulté	96 usagers 1 029 interventions	80 usagers 712 interventions
<b>SANTÉ SCOLAIRE PRIMAIRE ET SECONDAIRE</b>		
Activités de groupe	N/D	49 rencontres 1 936 participants
Activités individuelles	N/D	276 usagers distincts 620 interventions

## SERVICES CLINIQUES

### Services courants GMF

Maintien de la clinique d'anticoagulothérapie par une infirmière clinicienne. Le projet d'optimisation rencontre un obstacle, les pharmaciens communautaires ne sont pas prêts à s'impliquer avant automne 2017. Donc nous allons absorber temporairement à l'interne en impliquant des aides-techniciens en pharmacie sous supervision des pharmaciens.

Maintien du suivi bariatrique par deux infirmières formées et une nutritionniste. Téléconsultation avec l'IUCPQ. Augmentation de la qualité des services à la clientèle en leur évitant les déplacements à l'extérieur. 2016-2017 : 92 usagers/314 interventions.

Élaboration d'un plan local triennal 2015-2018 en douleurs chroniques à la demande du MSSS. Rencontre d'information aux médecins, spécialistes et intervenants concernés. Mise en place d'un comité de gouvernance local pour la mise en œuvre du programme. L'infirmière de l'accueil clinique a débuté son travail en douleur chronique à l'hiver 2017 par l'élaboration d'outils d'évaluation et de suivi de clientèle. Elle a rencontré 6 usagers référés par le médecin. Elle participe aux rencontres de groupe de fibromyalgie dans la communauté. Le programme est en voie de réalisation pour l'ensemble des clientèles instables. La pharmacienne du GMF et le travailleur social sont impliqués dans les dossiers complexes.

Un projet de clinique MPOC nous a été accordé par la compagnie pharmaceutique Boehringer afin de développer le service de suivi de ces clientèles par une équipe interdisciplinaire. Le plan d'action est en cours de réalisation et le programme sera mis en application au cours de l'année 2017-2018.

Un travailleur social fait présentement partie de l'équipe du GMF depuis février 2017. Ce nouveau fonctionnement permet d'améliorer l'accessibilité et la rapidité de réponse et de suivi des demandes et

permet de référer la clientèle aux services plus spécialisés plus rapidement, ce qui diminue les listes d'attente en psychosocial.

GUICHET D'ACCÈS		
	2015-2016	2016-2017
Nombre d'utilisateurs inscrits au Guichet d'accès	112 en attente de référence	747 en attente de référence
Nombre de demandes en attente d'inscription	0	64
Nombre d'utilisateurs pris en charge au cours de l'année	1 785	824
Total d'utilisateurs ayant un médecin de famille	N/D	10 684 utilisateurs

### Services courants

Interventions en IVG (interruption volontaire de grossesse) : La révision et la mise à jour du programme ont été faites. Des modifications furent apportées afin d'assurer une meilleure confidentialité. En 2016-2017 il ya eu 8 IVG effectuées pour la catégorie d'âge de 21 ans à 36 ans.

Taux de vaccination antigrippale des employés du réseau : En 2015-2016 le taux était de 52,4 %. En 2016-2017 le taux se situe aux alentours de 40 %. Le nombre de personnes vaccinées au total pour les Îles de la Madeleine est de 2971 selon le registre de l'infocentre INSPQ.

SERVICES COURANTS		
	2015-2016	2016-2017
Clinique des voyageurs	ND (depuis implantation SI-PMI)	ND (depuis implantation SI-PMI)
Vaccination antigrippale saisonnière	2 906 utilisateurs	2 971 utilisateurs
Dépistage en ITSS	24 utilisateurs	65 utilisateurs
Interruption volontaire de grossesse	15 interventions	8 interventions
Centre d'abandon du tabagisme	24 utilisateurs 78 interventions	22 utilisateurs 42 interventions
Clinique anticoagulothérapie	178 utilisateurs inscrits	178 utilisateurs inscrits
Services santé courants	2 237 utilisateurs 12 778 interventions	2 147 utilisateurs 9 403 interventions

## Réadaptation physique

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

RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS EN RÉADAPTATION				
	2015-2016		2016-2017	
	USAGERS	NB JOURS TRAITEMENT	USAGERS	NB JOURS TRAITEMENTS
Ergothérapie	361	1 363	242	1 120
Physiothérapie	657	4 554	602	4 251
Orthophonie	79	216	64	139

## Programme santé mentale

- Équipe regroupée (services psychosociaux généraux, santé mentale et dépendances);
- Consolidation de l'offre de service de L'Équipe régionale santé mentale jeunesse en activité. Visite sur une base régulière. (2 pédopsychiatres pour 4 visites par année) Liste d'attente, il faut s'y attaquer, sous-optimale dans le moment, 30 jeunes sont en attente d'évaluation en pédopsychiatrie. Des solutions impliquant le nombre de visites des médecins ou la durée de ces visites et de professionnels de 2e ligne sont en discussion;
- Consolidation des liens avec les organismes communautaires du milieu. Meilleure utilisation des organismes communautaires pour le suivi de la clientèle dans leur milieu naturel :
  - Mise en place d'un comité de travail pour le développement du mouvement de la psychiatrie citoyenne. Le comité s'est réuni 8 fois dans l'année et a réalisé trois activités de sensibilisation contre la stigmatisation auprès des intervenants du milieu de la santé, une activité de collecte de fonds et plusieurs activités de sensibilisation et d'information en lien avec la santé mentale globale;
  - Introduction d'activités de réadaptation sociale au module de psychiatrie conjoint avec la santé mentale externe.

Type d'interventions	2015-2016	2016-2017
Intervention de suivi de crise	10 usagers 171 interventions	10 usagers 54 interventions
Services ambulatoires en santé mentale	248 usagers 2 524 interventions	221 usagers 1922 interventions
Services spécialisés en santé mentale	105 usagers 1 051 interventions	99 usagers 992 interventions
Services intensifs dans la communauté	8 usagers 565 interventions	5 usagers 299 interventions
Services d'intensité variable dans la communauté	32 usagers 1 196 interventions	29 usagers 756 interventions
Services externes en toxicomanie	59 usagers 328 interventions	38 usagers 267 interventions
<b>TOTAL</b>	462 usagers 5 835 interventions	402 usagers 4290 interventions

## Programme dépendance, services spécifiques

- Soutien au comité de prévention en toxicomanie et autres dépendances;
- Travailleur social est maintenant installé au GMF et assume les services à la dépendance 14 h/sem;
- Collaboration avec les services 2<sup>e</sup> ligne du CISSS de la Gaspésie selon l'organisation régionale de service, trajectoire fluide entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne.

## SANTÉ PUBLIQUE

### Volet : organisation communautaire/soutien au développement des communautés

La responsabilité populationnelle qui incombe au CISSS dépasse les services rendus aux individus et implique que les services s'attardent à la santé de la population du territoire. Ainsi pour améliorer l'état de santé de la population, l'action collective sur certains déterminants sociaux de la santé et du bien-être (conditions socioéconomiques, logement, habitudes de vie, etc.) est essentielle. Au cours de l'année 2016-2017, le service d'organisation communautaire a apporté une contribution à divers niveaux visant à développer le partenariat et la concertation, le soutien à la vie associative et aux projets issus des communautés et la création de nouvelles ressources.

- Participation et soutien constant à diverses tables de concertation ou comités contribuant à consolider le réseau local de services : l'APPUI pour proches aidants (offre de répit atypique), Table Famille (Semaine québécoise des familles), Table Toxicomanie (Semaine québécoise de prévention, activités à la Polyvalente), Table pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (formation à différents groupes dans le milieu), Table Pauvreté (mémoire sur le plan d'action gouvernemental sur la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, avis sur la réglementation du prix du lait), Table Violence (liens avec le nouveau Centre de Justice de proximité et les organismes du milieu);
- Collaboration et soutien aux gestionnaires et intervenants du CISSS dans différents programmes services pour le déploiement ou la consolidation de l'offre de service;
- Soutien avec des partenaires du milieu, au développement et à la consolidation de différents services :
  - Jeunes vivant avec un handicap : programme surveillance scolaire pour les 12-21 ans;
  - Structuration du Groupe d'entraide sur la fibromyalgie et les douleurs chroniques.
- Création d'outils d'information et de formation (répertoire des ressources communautaires et d'économie sociale du milieu, portrait populationnel, ateliers sur les rôles et responsabilités d'un conseil d'administration, récit d'une pratique inspirante avec l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services (OQRLS).

### Plan d'action régional de Santé publique

Suite à la demande de la Direction régionale de santé publique, le CISSS des Îles a nommé un gestionnaire responsable de la santé publique afin de répondre aux exigences du PAR 2016-2025. Au cours de l'été 2016 une consultation de l'élaboration du PAR 2016-2021 a été faite auprès des différents organismes et partenaires de la région GIM.

Le PAR 2016-2021 fût adopté au conseil d'administration du CISSS des Îles le 20 septembre 2016. Celui-ci est en élaboration plus spécifique auprès des équipes d'intervenants afin de déterminer les activités de prévention qui seront priorisées pour la prochaine année. Des communautés de pratiques ont été formées pour plusieurs programmes afin de permettre d'uniformiser les actions et atteindre les cibles du MSSS.

## DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS (DSPH)

Le poste à la Direction des services professionnels et hospitaliers a été pourvu par le D<sup>r</sup> Marcel Couture en juin 2016, à raison de trois jours par semaine. La PDG qui occupait le poste par intérim depuis 3 ans s'est adjoint un conseiller DSP de février à juin pour de la résolution de problèmes.

### FAITS SAILLANTS

- Création de l'équipe mixte de chimiothérapie, initialement avec des médecins de famille auxquels se greffent par la suite les internistes. Entente de service avec les oncologues du CHU de Québec;
- Signature des ententes de service en cardiologie et gastro-entérologie;
- Établissement du service et signature de l'entente de service en neurologie;
- Consolidation du service de dermatologie itinérant avec deux dermatologues stables;
- Gestion de crise majeure en anesthésiologie avec la démission de l'anesthésiste restant et du sabbatique de l'anesthésiste en poste;
- Gestion de crise en médecine interne avec la démission d'un des internistes et l'arrêt maladie du deuxième pour 5 mois;
- Recrutement actif dans les disciplines suivantes : chirurgie générale, médecine interne, radiologie, médecin de famille et psychiatrie.

### Départements médicaux (faits saillants)

**Chirurgie générale** : découverte importante à partir de novembre 2015. Nous avons obtenu une lettre d'entente 135 couvrant les remplacements en chirurgie jusqu'à l'arrivée du Dr Veilleux en novembre 2016, poursuite de la couverture en chirurgie avec un groupe restreint de chirurgiens, sous la coordination informelle, et ce sans incitatifs spéciaux. Merci à l'équipe de chirurgiens externes.

**Médecine interne** : découverte importante à partir de février 2016, nous avons élaboré un plan de contingence et recrutement intensif de dépanneurs. Nous avons par la suite fidélisé une équipe restreinte de dépanneurs. Merci aux dépanneurs internistes réguliers. Nous avons recruté une nouvelle interniste en mars 2017.

**Radiologie** : nous avons récupéré le poste permanent en radiologie et avons une entente de principe avec un radiologiste qui sera membre actif et viendra sur place 17 semaines par année et couvrira à distance selon les besoins jusqu'à 23 semaines.

**Médecine générale** : démission d'un omnipraticien et arrivée de deux médecins de famille.

**Statistiques** : nombre de médecins dépanneurs en 2014-15 : 236 médecins dépanneurs, en termes de périodes. En 2015-2016, 133 médecins dépanneurs en termes de périodes, en 2016-17, 208 médecins dépanneurs en termes de périodes et 107 consultants spécialistes.

**Enseignement** : Statistiques - Nombre de stagiaires

- Gynécologie : En 2014-2015 : 1 externe et 3 résidents, en 2015-2016 : 5 résidents  
2016-2017 : 1 résidente et 5 externes.  
Merci au D<sup>r</sup> Simon Lajeunesse
- Médecine familiale : En 2015-2016 : 2 précliniques, 7 externes et 9 résidents. En 2016-2017 :  
12 résidents et 8 externes  
Merci à D<sup>re</sup> Rosalie Moreau!

- Projets SARROS avec étudiants en médecine : À l'été 2016 nous avons accueilli cinq étudiants pendant 4 semaines. Leurs projets s'intitulaient :
  - Surveillance des infections des sites opératoires.
  - Évaluation de la qualité de l'acte (prise en charge de la fièvre chez les nourrissons de 0-3 ans.
  - L'impact du choix initial d'antibiotique aux organes sur le traitement intrahospitalier dans les cas de pneumonies.
  - Circonscription des caractéristiques cliniques de la clientèle hospitalisées en psychiatrie au cours des 5 dernières années.

### Recherche multicentrique

- Suite du projet de mobilisation des professionnels de la santé, des décideurs, des élus et des citoyens afin d'améliorer les soins et services de santé dans les urgences rurales du Québec - étude pilote avec D<sup>r</sup> Richard Fleet de l'Université Laval. MP-2016-009.
- Les impacts d'un programme de formation des éducateurs en MPOC. Une étude basée sur un modèle d'évaluation du développement professionnel. MP-10-2016-2591.21318 – D<sup>r</sup> Louis-Philippe Boulet.
- La détresse associée aux systèmes comportementaux et psychologiques de la démence : Projet de téléconsultation et mentorat de l'IUGM en vue d'améliorer l'accessibilité aux soins gériopsychiatriques au Québec. CGR VN 16-17-20 – D<sup>re</sup> Marie-Andrée Bruneau.

### Recrutement

- Participation du coordonnateur des services hospitaliers, du directeur des services professionnels et hospitaliers et de la responsable du GMF à la Journée Carrière en octobre 2016 à Montréal. En janvier 2017, le coordonnateur est allé dans les universités de Montréal, Sherbrooke, Trois Rivières et Laval pour du recrutement pour les projets SARROS.
- Participation du coordonnateur au colloque des externes à Trois-Rivières.
- Participation à la journée des résidents de l'université de Laval en août 2016.

Ces nouvelles activités de recrutement visent le moyen et long terme. Pas de résultats à court terme.

## SERVICES HOSPITALIERS

Sous la Direction des services professionnels et hospitaliers, les services hospitaliers regroupent les équipes de travail affectées à l'imagerie médicale, au laboratoire, à la pharmacie, à l'électrophysiologie, à l'inhalothérapie, les consultations spécialisées et les transports électifs. Il est à noter que les médecins et les pharmaciens faisant partie de ces services relèvent également de la Direction des services professionnels et hospitaliers. Le coordonnateur supervise les équipes dont la gestion quotidienne est partiellement réalisée par des assistants-chefs technologues. Voici quelques faits marquants qui ont touché ces services dans la dernière année.

## Imagerie médicale

- Collaboration avec des nouveaux radiologistes (D<sup>r</sup> Landry et D<sup>r</sup> Dallaire);
- Formation d'une technologue pour l'échographie autre que cardiaque pour éviter les bis de service;
- Formation d'une technologue en IRM pour renforcer l'équipe;
- On note une augmentation importante du nombre de tests faits, mais reste insuffisants pour atteindre nos cibles.

### Les statistiques :

TYPE D'EXAMEN	NOMBRE 2015-2016	NOMBRE 2016-2017
Graphie	8 924	12 832
Scopie	179	220
Ostéodensitométrie	272	280
TDM	2 583	5880
Échographie (incluant l'obstétrique)	2 314	4 230
Biopsies et interventions sous écho	103	144
Mammographie	1 457	1606
Résonnance magnétique	367	428
Angiographie en salle d'opération	20	53
Échocardiographie	709	564
Examens au chevet du patient	234	165
Total :	17 471	25 029

## Laboratoire

- Introduction d'un logiciel de gestion documentaire pour répondre aux critères d'Agrément Canada;
- Présentation faite en collaboration avec HémaQuébec avec retour sur l'écrasement d'avion du 29 mars 2016 aux Îles-de-la-Madeleine;
- Achat d'une nouvelle chaise pour les prélèvements pour répondre aux exigences d'Agrément Canada;
- Implantation du projet Optilab. En effet le CISSS des Îles fait partie de la grappe 03, avec le CHUQ comme laboratoire serveur, les employés sont désormais des employés du CHUQ. Prêt de service pour le coordonnateur des services hospitaliers.

### Les statistiques :

DÉPARTEMENT	NOMBRE D'EXAMENS 2015-2016	NOMBRE D'EXAMENS 2016-2017
Biochimie	250 536	266 263
Hémato	50 678	33 450
Microbio	21 452	27 750
Patho	15 969	17 019
Prélèvement	37 628	36 988
Cyto	1347	1249
Total	379 929	382 719

Nous attirons votre attention sur l'augmentation de 2790 tests par rapport à l'année 2015-2016, une nette amélioration par rapport à l'année dernière.

## Pharmacie

- Maintien de la participation aux différents comités et aux équipes multidisciplinaires : comité de pharmacologie, comité de gestion des risques, comité de gérance des antimicrobiens, comité de pratiques professionnelles interdisciplinaires (CPPI), équipe de gériatrie du CHSLD et équipe d'hémo-oncologie;
- Accueil et prise en charge de 4 étudiants; 2 de l'Université Laval et 2 de l'Université de Montréal;
- Télépharmacie a permis de supporter les activités de nos pharmaciens et de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante et en conséquence à réduire les coûts de déplacement et les coûts associés;
- Restructuration et conversion des postes en ATP en fonction des heures réellement travaillées, ce qui a contribué de façon significative aux attentes et à la satisfaction du personnel.

### Les statistiques :

TRANSACTION JOURNALIÈRE	2015-2016	2016-2017
Moyenne par période (28 jours)	460	390
<b>Total annuel</b>	<b>167 139</b>	<b>141 798</b>

## Inhalothérapie

- Maintien de l'entente *VitalAire*;
- Formation sur les MPOC en l'inhalothérapie, et amorce de la mise en place d'une clinique MPOC ( en projet). Participation au projet de recherche en découlant. Ce développement a été possible grâce à l'optimisation des services à domicile par les inhalothérapeutes et une subvention d'un fabricant pharmaceutique.

### Les statistiques (Unité technique) :

DÉPARTEMENT	2015-2016	2016-2017
Inhalothérapie	91 505	64 292
Physiologie respiratoire	65 265	56 430

Pour expliquer l'écart en matière d'unités techniques entre les deux dernières années, on remarque d'emblée que pour l'année 2015-2016, on avait dépassé notre budget d'environ 500 heures travaillées, surtout en rapport avec les titrations sur unité de soins, les CPAP/BIPAP.

## L'électrophysiologie

Le nombre total des examens est 5265. On a eu deux visites de neurologues ( en mai et octobre) d'où la légère augmentation des EMG.

DÉPARTEMENT	NOMBRE D'EXAMENS 2016-2017
ECG repos	4190
Tapis roulant	315
Holter	320
EEG	51
MAPA	287
EMG	102
<b>Total d'interventions</b>	<b>5265</b>

## Télesanté

Un total de 400 inscriptions a été recensé dans l'interface de réservation intégrée des systèmes de visioconférence (IRIS) du RUIS-Laval, ce qui représente une diminution de près de 25 % comparativement aux 675 inscriptions de l'année dernière. Les catégories de visioconférences sont réparties de la façon suivante : les activités de téléformation 101, les activités de téléconsultation avec ou sans patient (discussion de cas) ou de téléinterprétation 49 et, finalement, les rencontres administratives 250. Cette technologie améliore l'accessibilité à des soins et services ce qui contribue de façon significative à diminuer les coûts rattachés aux déplacements des usagers.

De façon globale, les projets de téléconsultation et téléinterprétation ont permis d'éviter un déplacement pour un usager sont :

- Suivi post chirurgie bariatrique (287 interventions);
- Échographie cardiaque (564);
- Suivi de plaies complexes (4);
- Autres : santé mentale, pédopsychiatrie, réadaptation (32);
- Téléthrombolyse pour la prise en charge de la phase hyper aiguë d'AVC, pas de cas réel;
- Cardiologie, dans le cadre de la téléinterprétation de stimulateurs cardiaques, 3 stimulateurs ont été installés par le cardiologue pour une interprétation à distance;
- Poursuite de la télépharmacie;
- Téléconsultation avec ou sans patient en hématocologie avec des hématologues de l'hôpital Enfant-Jésus (12);
- Téléradiologie, nos tests sont lus à distance dans une proportion de 66 %.

## Consultations spécialisées

- Nombre de consultations dans les spécialités médicales : pneumologie, cardiologie, dermatologie, allergies, hématologie, rhumatologie, cardiologie neurologique, gastrologie et autres est passé de 2 122 à 2 517;
- 112 de suivis en immunologie;
- Pour les consultations chirurgicales : ORL, orthopédie, ophtalmologie, plastie, uro. : 5 135 consultations (4 942 en 2015-2016);
- Le nombre de consultations en gynéco-obstétrique est 1 565;
- Les tests effectués (audiogramme, champs visuels, photothérapie, bilan urodynamique et biométrie) : 1 466 tests effectués;
- Nombre de colposcopie externe est 253;
- Implantation du projet APSS 9 accès priorités service spécialisé), avec déploiement des 09 premiers formulaires (la phase 1). Épuration administrative de la liste d'attente en appelant tous les patients pour valider leur statut et l'épuration clinique à venir. L'ORL et l'ophtalmo sont les plus importants avec 900 dossiers à revoir.

## Transports électifs

- Sensibilisation des usagers sur notre politique de transport par la diffusion des capsules en collaboration avec le comité des usagers dans la salle d'attente du centre de prélèvements;
- L'absence de radiologiste sur place, l'accès limité à la résonance magnétique et des requêtes de tests urgents risquent d'augmenter les transferts.

Le nombre total des usagers transférés est de 1 808 (2016-2017) et le nombre de voyages ou déplacements électifs pour cette même période est 3988 incluant les escortes. On note une diminution des transferts par rapport à l'année dernière.

## BLOC OPÉRATOIRE ET SERVICES AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS, UNITÉ DE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

### Bloc opératoire

- Poursuite du support des chirurgiens remplaçants pour pallier à la pénurie. Ceci implique des changements de chirurgien à la semaine. Bonne capacité d'adaptation du personnel est requise;
- Suite aux départs des deux anesthésistes, roulement d'anesthésistes à la semaine et parfois plus souvent. Capacité d'adaptation importante requise du personnel infirmier et inhalothérapeute;
- Acquisition d'une pièce à main et d'un plateau d'instruments pour la mise en place de tube transtympanique permanent par l'ORL. Les transferts à Québec pour ce type de chirurgie ne seront plus nécessaires, 5 cas/année;
- Poursuite des travaux de mise à niveau de l'unité d'endoscopie digestive par la préparation des plans et le début des travaux d'aménagement de la nouvelle salle.

### Services ambulatoires

- Transfert terminé de tous les traitements intraveineux acceptés dans les deux cliniques privées de perfusion;

- Mise en place d'une équipe de médecins de famille et d'internistes (mixte), supportée par deux hémato-oncologues de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Dr Blais et Doyle) pour assurer l'évaluation et le suivi des patients en traitement de chimiothérapie;
- En mai 2016, début des travaux pour la relocalisation de la salle de traitement en hématologie au deuxième étage de l'hôpital pour répondre aux exigences des normes d'Agrément Canada. Le Dr Jean Latreille, directeur de la Direction générale de Cancérologie du MSSS était présent, le 2 décembre 2016, pour l'inauguration de cette nouvelle unité d'hématologie au nom de Francine-Daigle. Ce projet a été réalisé grâce au travail extraordinaire des équipes des services techniques sous Carl Leblanc et du bloc opératoire sous Rachel Langford. À partir d'un plan très préliminaire, tous les travaux ont été réalisés par l'interne incluant le mobilier fixe pour écourter le délai de livraison et de réduire les coûts. La Fondation santé de l'archipel a procédé à l'achat de 5 fauteuils électriques de traitement et de divers petits équipements;
- Élaboration de notre plan d'action en cancérologie 2016-2017 et approbation par la DGC.

### Unité de retraitement des dispositifs médicaux

- Poursuite des travaux sur les plans de réaménagement pour la mise aux normes de l'URDM. Consultation des experts du MSSS, de l'INSPQ et de l'ASSTSAS.

NOMBRE DE VISITES BLOC OPÉRATOIRE ET SERVICES AMBULATOIRES		
	2015-2016	2016-2017
Médecine de jour	2 378	2259
Clinique de préadmission	812	882
Chirurgie d'un jour	508	682
Chirurgie et autres interventions admises	206	199
Autres chirurgies et interventions ambulatoires	552	465
Endoscopie (nombre de patients)	978	1015
Nombre d'examens en endoscopie (Coloscopie, rectoscopie, gastroscopie et cystoscopie)	1069	1083
Visite oncologique	1624	1728
Nombre de patients différents en oncologie	162	166
Traitements de chimiothérapie	377	505
Urgence oncologique	11	13
Visites infirmière pivot en oncologie	784	898
Autres traitements et procédures en oncologie	348	312

## **DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS (DSA)**

La Direction des services administratifs regroupe les services de soutien suivants :

- Service des ressources humaines, communications et affaires juridiques;
- Service des finances et de la budgétisation;
- Service de la paie;
- Service de l'informatique;
- Service des services techniques et du génie biomédical;
- Service de l'hygiène et salubrité;
- Service de la sécurité;
- Service de la buanderie;
- Service de l'alimentation;
- Service de l'approvisionnement/comptabilité;
- Service de la réception, de l'admission et des archives.

## **SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES**

Dans le cadre de la gestion des risques de l'établissement, deux priorités organisationnelles ont été déterminées par l'organisation dont une concerne plus particulièrement le Service des ressources humaines, communications et affaires juridiques, soit le climat de travail – gestion des congés.

L'équipe des ressources humaines en collaboration avec les syndicats et les gestionnaires a entrepris une démarche afin de faciliter l'accès aux congés prévus aux conventions collectives et demandés par les personnes salariées.

Un protocole d'entente a été conclu afin d'augmenter l'octroi de congé et de favoriser un bon climat de travail. D'abord sous la forme d'un projet pilote, la nouvelle méthodologie a permis d'octroyer plus de 75 % des demandes de congés malgré les demandes ne respectant pas les délais prescrits dans près de 70 % des cas. Le projet s'est avéré concluant et il a été décidé de maintenir la nouvelle méthode d'octroi des congés tout en misant sur la sensibilisation auprès du personnel à respecter les délais de demande de congés.

Notre indice de capacité d'octroi des congés nous porte à croire que nous avons réussi à influencer positivement la diminution du risque organisationnel en favorisant un meilleur climat de travail. Une rencontre bilan avec les syndicats nous a permis de conclure l'impact positif dans l'organisation de cette nouvelle façon de faire.

En ce qui concerne la gestion de la présence au travail, il s'agit d'un enjeu important pour l'organisation. Malgré une reprise du contrôle de la gestion de la présence au travail et une diminution du taux d'assurance salaire qui s'est fixée à 5 %.

Dans le même ordre d'idée, l'équipe des ressources humaines, toujours en collaboration avec l'équipe de gestion et des syndicats, a mis de l'avant un plan d'action visant à déterminer les responsabilités de quatre groupes déterminés, soit les employés, les syndicats, les gestionnaires et le Service des ressources humaines. De plus, cinq enjeux ont été déterminés, soit la communication, la dotation, l'attitude des personnes salariées face à l'octroi des congés, la gestion de la présence au travail et la

gestion de la liste de rappel. Chaque groupe s'est vu attribuer des responsabilités pour ces cinq enjeux.

Afin d'alimenter les discussions et surtout de faciliter la prise de décision, un tableau de bord RH comptant plus d'une cinquantaine d'indicateurs a été constitué grâce à la collaboration du Service des finances. Ces indicateurs sont accessibles à tous et sont regroupés dans les catégories suivantes : présence au travail, liste de rappel et dotation-évaluations-formation.

Une deuxième priorité organisationnelle étant l'obstétrique, l'équipe des ressources humaines a contribué à mettre en œuvre un projet d'organisation du travail, en collaboration avec le syndicat et la direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires, permettant ainsi à réduire le risque organisationnel en soins obstétricaux.

Concernant la formation, l'établissement a investi un montant de 664 605 \$ (au 31 décembre 2016) ce qui représente 2,26 % de la masse salariale de l'établissement dans une multitude de formations offertes dans les différents centres d'activités. S'inscrivant dans la méthodologie du ministère favorisant la gestion de projet afin de mettre en œuvre la planification stratégique 2015-2020 et d'obtenir des résultats suivis dans les salles de pilotage stratégique et tactique, l'ensemble de l'équipe de gestion a suivi une formation, sous la forme d'un séminaire de 21 heures offert par l'UQAR, portant sur la gestion de projet.

Tableau : Embauches et départs

Embauches et départs	
	2016-2017
Embauches	66
Départs	71

## GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE).

La cible allouée au CISSS des Îles a été respectée.

## Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

CISSS des Îles		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2016-04-03 au 2017-04-01		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	43 201	257	43 458	24	32
	2015-16	40 127	110	40 237	22	27
	2016-17	34 023	221	34 245	19	21
	Variation	<b>(21,2 %)</b>	<b>(13,9 %)</b>	<b>(21,2 %)</b>	<b>(21,6 %)</b>	<b>(34,4 %)</b>
2 - Personnel professionnel	2014-15	60 066	457	60 523	34	45
	2015-16	65 495	722	66 217	36	51
	2016-17	66 353	813	67 166	37	51
	Variation	<b>10,5 %</b>	<b>77,9 %</b>	<b>11,0 %</b>	<b>10,2 %</b>	<b>13,3 %</b>
3 - Personnel infirmier	2014-15	238 872	5 680	244 552	130	175
	2015-16	234 943	4 548	239 491	128	182
	2016-17	238 600	5 552	244 152	130	177
	Variation	<b>(0,1 %)</b>	<b>(2,3 %)</b>	<b>(0,2 %)</b>	<b>(0,3 %)</b>	<b>1,1 %</b>
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	331 909	6 349	338 258	185	251
	2015-16	331 876	6 075	337 950	185	247
	2016-17	330 062	7 188	337 250	184	253
	Variation	<b>(0,6 %)</b>	<b>13,2 %</b>	<b>(0,3 %)</b>	<b>(0,7 %)</b>	<b>0,8 %</b>
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	104 867	1 354	106 221	54	94
	2015-16	102 314	1 914	104 228	53	101
	2016-17	102 519	2 698	105 216	53	98
	Variation	<b>(2,2 %)</b>	<b>99,3 %</b>	<b>(0,9 %)</b>	<b>(2,0 %)</b>	<b>4,3 %</b>
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	671	30	700	0	3
	2015-16	715	10	725	0	3
	2016-17	914	19	932	1	3
	Variation	<b>36,2 %</b>	<b>(36,4 %)</b>	<b>33,2 %</b>	<b>35,4 %</b>	<b>0,0 %</b>
<b>Total du personnel</b>	<b>2014-15</b>	<b>779 586</b>	<b>14 126</b>	<b>793 713</b>	<b>427</b>	<b>544</b>
	<b>2015-16</b>	<b>775 470</b>	<b>13 379</b>	<b>788 848</b>	<b>425</b>	<b>549</b>
	<b>2016-17</b>	<b>772 471</b>	<b>16 490</b>	<b>788 961</b>	<b>423</b>	<b>555</b>
	<b>Variation</b>	<b>(0,9 %)</b>	<b>16,7 %</b>	<b>(0,6 %)</b>	<b>(1,0 %)</b>	<b>2,0 %</b>

Cible 2016-2017 en heures rémunérées

789 183

Écart à la cible - en heures

(222)

## CONTRATS DE SERVICE

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2016 et le 31 mars 2017

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique <sup>1</sup>	1	190 000 \$ <input type="checkbox"/>
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	1	135 802 \$
	1	94 768 \$
<b>Total des contrats de service</b>	<b>3</b>	<b>420 570 \$</b>

<sup>1</sup> Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

<sup>2</sup> Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

## SERVICE DES COMMUNICATIONS

---

Bien qu'il n'y ait pas eu de campagne de communication majeure au cours de la dernière année, le CISSS des Îles a maintenu de bonnes et fréquentes relations avec les médias.

Quelques dossiers ont retenu l'attention durant l'année, et plus particulièrement, celui portant sur les effectifs médicaux, notamment en anesthésie.

Le Service des communications entretient une étroite collaboration avec le groupe CAMI, afin de mettre en œuvre un plan d'action permettant d'améliorer l'accessibilité des services de santé et de services sociaux à la communauté anglophone qui représente 7 % de la population de l'archipel.

Aucune consultation auprès de la population n'a été faite au cours de l'année 2016-2017.

Six numéros de l'*Express* (journal interne) ont été publiés au cours de la dernière année.

## SERVICE DE L'INFORMATIQUE

---

### **Entente de service sur les technologies de l'information (TI) avec le CHU de Québec – Université Laval**

---

En janvier 2017, nous avons approché le CHU de Québec – Université Laval afin de solliciter une entente de service comprenant l'entière prise en charge des TI du CISSS des Îles par ce dernier. Cette demande provient de constats effectués à l'interne et aussi relativement à plusieurs caractéristiques qui rapprochent les deux établissements;

- L'ampleur des livrables en termes de TI devient insurmontable pour une aussi petite équipe que celle du CISSS des Îles, principalement en ce qui a trait à la réalisation de projet et à l'aspect sécurité;
- Il devient ainsi impossible de créer et de maintenir de l'expertise localement, compte tenu de la diversité des applications en usage au CISSS des Îles (90);
- 99 % des 3988 déplacements électifs et accompagnateurs sont effectués à destination de Québec;
- Nos deux organisations utilisent plusieurs progiciels similaires;
- Nos deux organisations partagent la même vision en termes d'importance stratégique des TI au sein de l'organisation.

La réponse a été très favorable et très enthousiaste de la part de la Direction générale des technologies de l'information du CHU de Québec – Université Laval. Les deux organisations ont donc travaillé de concert à l'écriture d'une entente de service au cours de l'hiver afin que sa mise en application s'amorce le 1<sup>er</sup> avril 2017.

### **Implantation du dossier médical électronique (DME) – Purkinje pour usage par le groupe de médecine familiale (GMF)**

---

Ce progiciel sert au suivi de la clientèle en cabinet GMF, et notons que le GMF privé avait amorcé le début de ces opérations avec le progiciel en place en juillet 2014.

Le choix du progiciel émane des groupes de médecines familiales de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, et les responsabilités de planification de l'implantation appartenaient au CISSS de la

Gaspésie. Plusieurs retards ont malheureusement été observés tout au long de l'implantation, et cela à créer plusieurs insatisfactions au sein de l'équipe médicale, ainsi qu'au niveau de l'équipe TI locale.

En date de la fin d'exercice, la majeure partie des composantes du système étaient installées et fonctionnelles, notamment; trois interfaces entre les systèmes du CISSS des Îles et le Purkinje; liste d'attente des rendez-vous, rendez-vous et gestion des documents électroniques. L'index patient du DMÉ est mis à jour automatiquement lorsqu'une correction est effectuée dans l'index patient du CISSS des Îles.

Toujours en date de fin d'exercice, le volet numérisation des documents n'était toujours pas fonctionnel en raison de plusieurs corrections du logiciel demandées par le CISSS de la Gaspésie à la compagnie développant l'application.

## **SERVICES TECHNIQUES**

---

### **Voitures électriques**

---

En faisant l'acquisition d'une flotte de 10 véhicules électriques additionnels, nous avons réduit l'utilisation des voitures à essence personnelles des employés de 80 %. Considérant que le coût énergétique d'une voiture à essence est six (6) fois plus élevé que celui d'une voiture électrique, nous avons ainsi éliminé une bonne partie de l'émission de gaz à effet de serre en lien avec l'offre de service à domicile du CISSS des Îles. Avant la réalisation de ce projet, le CISSS dépensait annuellement 125 000 \$ en remboursement de kilométrages aux employés. Suite à la réalisation de ce projet, la dépense totale en remboursement de kilométrages aux employés et locations de voitures électriques représente environ 100 000 \$, soit une économie nette de 25 000 \$. L'engagement de l'équipe des services techniques a permis de faciliter la réalisation de ce projet vert.

## **MESURES D'URGENCE**

---

Durant l'année, une mise à jour hebdomadaire a été effectuée sur le cahier maître des mesures d'urgence. Celle-ci, alimentée par les expériences que les gardiens de sécurité ont pu rencontrer.

La demande exprimée par la direction concernant l'action des téléphonistes lors de filtrage d'appel ayant été fait lors de déploiements de code d'urgence, le temps de recherche de mise en place puis de formation fut réalisé. Toutes les téléphonistes ont été formées à ce sujet. Un document puis un système de transfert sur répondeur sont opérationnels à ce jour.

La deuxième demande exprimée par la direction fut de mettre en place un système d'appels automatisés (listes pyramidales). Le bureau des mesures d'urgence a donc utilisé son temps à la recherche d'un logiciel, aux échanges avec l'entreprise Somun, à la mise à jour de toutes les bases de données du CISSS, ainsi qu'aux formations dédiées aux opérateurs. À ce jour, la mise en place sur une plateforme interne est en cours, en collaboration avec le service informatique.

## **RÉCEPTION, ARCHIVES ET TÉLÉCOMMUNICATION**

---

Faisant suite à un désir d'améliorer l'accessibilité aux soins et aux services à la population, le MSSS a instauré les « Centres de répartition des demandes de services (CRDS) », conçus pour soutenir le travail des médecins de famille en priorisant l'accès aux services spécialisés. Le CRDS des Îles a donc été mis en place à même la centrale de rendez-vous. Dans une première phase des travaux, 9 nouveaux formulaires ont été déployés visant des délais de prise en charge de l'utilisateur en fonction de sa condition clinique.

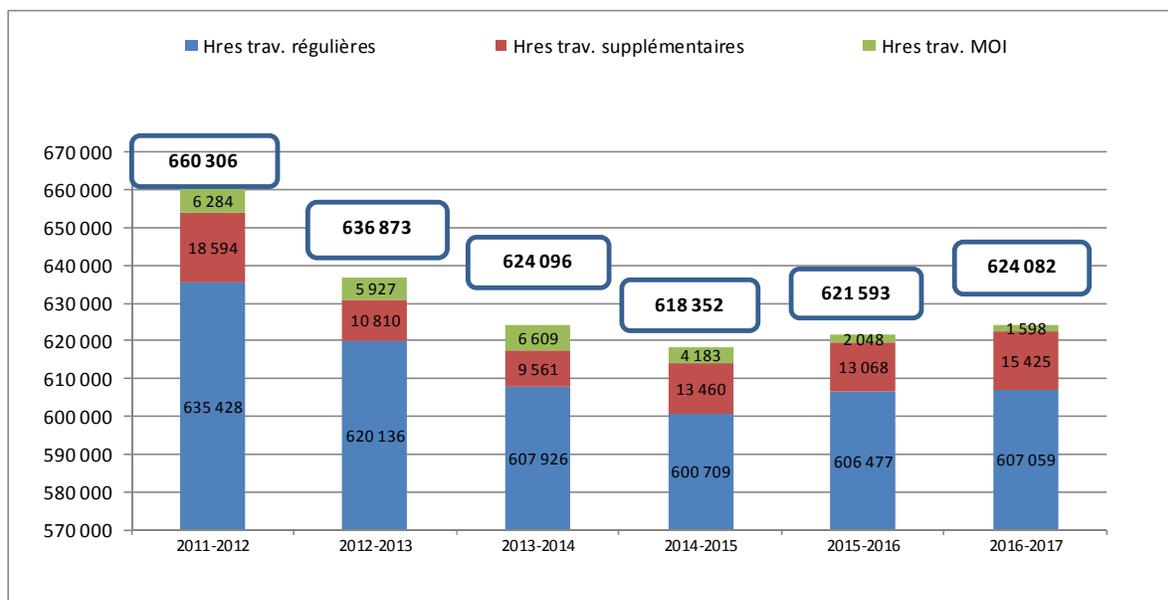
## SERVICE DES FINANCES

Au cours de sa deuxième année d'existence en tant CISSS, l'établissement a maintenu un niveau d'heures travaillées relativement bas comparé à l'historique et conforme à la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, nonobstant une légère augmentation due à des heures supplémentaires consacrées à la gestion de cas complexes.

En début d'exercice 2016-2017, le CISSS des Îles dépose un budget déficitaire de 2 501 543 \$ considérant que l'équilibre budgétaire aurait eu un impact négatif sur l'accès aux services à la population. Nous avons par contre élaboré des projets d'optimisation à coût nul et nous avons complété le déploiement de mesures de redressement déjà présentées et autorisées. Finalement, suite à l'augmentation inattendue et non récurrente de son financement de 2 M\$ en fin d'exercice, le CISSS des Îles présente un déficit de 1 103 155 \$.

Depuis près de 2 ans, la Présidence-direction générale du CISSS des Îles a multiplié les rencontres avec les représentants du ministère, afin de faire valoir la pertinence de sa planification budgétaire et l'efficacité générale et détaillée de l'établissement. Au cours de la prochaine année, les démarches auprès du MSSS reprendront pour arriver à une solution pérenne de financement pour la réalisation de nos quatre missions sur le territoire.

### Évolution des heures travaillées (activités principales)





## RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

### MOT DE LA DIRECTION

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

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

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

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

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



Yvette Fortier  
Présidente-directrice générale



Claude Cyr  
Directeur des services administratifs



SOPHIE ARSENAULT, CPA, ALBERTA, CA  
PHIL BOURGEOIS, CPA, ALBERTA, CA  
PHILIPPE ÉLÉGUIN, CPA, ALBERTA, CA  
MARTIN NADAL, CPA, ALBERTA, CA  
FRANÇOIS PANDOLFI, CPA, ALBERTA, CA

### Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

Les états financiers résumés ci-joints du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (« l'Établissement »), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017, et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2017 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

### Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

### Responsabilité de l'auditeur

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

### Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

Corbeil Boudreau & Associés Inc. – Société de professionnels régie par le Code des professions

675 chemin Principal Cap-aux-Meules QC G4T 1G6, téléphone : (418) 986-5122  
télécopieur : (418) 986-6321, courriel : [general@corbeilboudreau.ca](mailto:general@corbeilboudreau.ca), site internet : [www.corbeilboudreau.ca](http://www.corbeilboudreau.ca)

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeuble conclus entre l'Établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées » du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2017 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences de l'anomalie décrite, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de la dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Corbeil Boudreau & Associés inc.* (1)

Le 16 juin 2017

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

<sup>1</sup> Par France Painchaud, CPA auditeur, CA

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve      O : Observation      C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé      PR : Partiellement Régulé      NR : Non Régulé

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 2017		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
Non-respect des normes comptables canadiennes pour le secteur public relativement à la comptabilisation des contrats de location d'immeubles	2011-2012	R	Directive du MSSS			NR
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
Nous avons relevé des cas de non-conformités à la "Directive concernant les frais de déplacement des personnes engagées à honoraires par les organismes publics.	2013-2014	C	Sera réglé en 2017-2018		PR	
Non respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux		C	Mesures de redressement mises en oeuvre			NR
Cas de non-conformité au Manuel de gestion financière	2016-2017	C	Sera réglé en 2017-2018			NR
<b>Rapport à la gouvernance</b>						

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP308 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
<b>REVENUS</b>					
Subventions M555 (F1-P408)	1	47 020 804	45 022 027	4 536 296	49 558 325
Subventions Gouvernement du Canada (F1-P294)	2				322
Contributions des usagers	3	1 877 626	2 018 704	XXXX	2 018 704
Ventes de services et recouvrements	4	457 833	487 286	XXXX	487 286
Donations (F1-P294)	5	60 116		61 793	61 793
Revenus de placement (F1-P302)	6	6 725	7 082		7 082
Revenus de type commercial	7	33 700	36 594		36 594
Gain sur disposition (F1-P302)	8			5 812	5 812
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (F1-P302)	11	302 879	257 153	84 092	341 245
<b>TOTAL (L.01 à L.11)</b>	<b>12</b>	<b>49 759 762</b>	<b>47 828 846</b>	<b>4 687 995</b>	<b>52 516 841</b>
<b>CHARGES</b>					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	32 702 397	33 444 126	XXXX	33 444 126
Médicaments	14	1 107 280	1 021 605	XXXX	1 021 605
Produits sanguins	15	563 500	474 742	XXXX	474 742
Fournitures médicales et chirurgicales	16	983 835	1 075 570	XXXX	1 075 570
Denrées alimentaires	17	419 800	419 512	XXXX	419 512
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	2 153 775	2 154 116	XXXX	2 154 116
Frais financiers (F1-P325)	19	1 580 000	177 512	1 360 145	1 537 657
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	894 734	1 067 753	92 719	1 160 471
Charges d'outures	21		4 401	XXXX	4 401
Loyers	22	162 011	162 081	XXXX	162 081
Amortissement des immobilisations (F1-P422)	23	3 262 400	XXXX	3 254 780	3 310 895
Perte sur disposition d'immobilisations (F1-P420, 421)	24		XXXX	19 585	1 373
Dépenses de transfert	25	91 073	152 553	XXXX	152 553
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (F1-P325)	27	8 356 305	8 758 797		8 758 797
<b>TOTAL (L.13 à L.27)</b>	<b>28</b>	<b>52 274 110</b>	<b>48 912 768</b>	<b>4 707 225</b>	<b>53 619 993</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)</b>	<b>29</b>	<b>(2 514 348)</b>	<b>(1 083 922)</b>	<b>(19 233)</b>	<b>(1 692 289)</b>

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

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
<b>VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:</b>				
Débiteurs - MSSS	1	(600 009)	988 061	
Autres débiteurs	2	(16 544)	4 215	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	3 536		
Frais reportés les aux dettes	5	(17 310)	(26 901)	
Autres éléments d'actifs	6	(49)	4 053	
Créiteurs - MSSS	7			
Autres créiteurs et autres charges à payer	8	(201 410)	(482 013)	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9		(1 724 449)	
Intérêts courus à payer	10	(36 592)	(51 908)	
Revenus reportés	11	300 333	4 158	
Passif au titre des sites contaminés	12			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	(9 568)	263 301	
Autres éléments de passifs	14	(30 975)	40 565	
<b>TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)</b>	<b>15</b>	<b>(811 578)</b>	<b>(880 074)</b>	
<b>AUTRES RENSEIGNEMENTS</b>				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créiteurs au 31 mars	16	412 793	426 948	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18	3 207 054	3 415 723	
<b>Intérêts:</b>				
Intérêts créiteurs (revenus)	19	7 057	6 719	
Intérêts encaissés (revenus)	20	7 008	6 829	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	1 507 634	1 640 064	
Intérêts déboursés (dépenses)	22	179 253	172 029	

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DON, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LBS95)

	Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 2	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Valeur des revenus reportés (C1+C2-C5) 5	Notes
<b>CONTRIBUTIONS DE TIERS</b>							
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, total:							
...	2						
...	3						
...	4						
...	5						
...	6						
...	7						
...	8						
...	9						
...	10						
...	11						
...	12						
...	13						
...	14						
...	15						
...	16						
...	17						
...	18						
...	19						
...	20						
...	21						
...	22						
...	23						
...	24						
Autres (préciser P207)	25						
<b>TOTAL (L.01 à L.25)</b>	<b>26</b>						
<b>DOTATIONS</b>							
Capital	27						
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:							
Équipements médicaux et autres	29	340 285		80 087	81 793	328 590	11 690
...	30						
...	31						
...	32						
...	33						
Autres (préciser P207)	34						
<b>TOTAL (L.27 à L.34)</b>	<b>35</b>	<b>340 285</b>		<b>80 087</b>	<b>81 793</b>	<b>328 590</b>	<b>11 690</b>
<b>GRAND TOTAL (L.26 + L.35)</b>	<b>36</b>	<b>340 285</b>		<b>80 087</b>	<b>81 793</b>	<b>328 590</b>	<b>11 690</b>
<b>REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:</b>							
Fide Expectation - ACT.PRINC (P290)	37						
Fide Expectation - ACT.AC.CRS (P291)	38						
Fonds Immobilisations (P294)	39	340 285		80 087	81 793	328 590	11 690
<b>TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)</b>	<b>40</b>	<b>340 285</b>		<b>80 087</b>	<b>81 793</b>	<b>328 590</b>	<b>11 690</b>

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
	1	2	3	4	5
<b>REVENUS</b>					
Subventions MSSS (P302)	1	42 484 149	45 022 027	45 022 027	43 297 378
Subventions Gouvernement du Canada (C2-P290/C3-P291)	2				322
Contributions des usagers (P301)	3	1 877 826	2 018 704	2 018 704	1 885 224
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	457 853	487 286	487 286	477 927
Donations (C2-P200/C3-P201)	5				
Revenus de placement (P302)	6	6 725	7 082	7 082	6 744
Revenus de type commercial (C2-P601/C3-P251)	7	33 700		36 594	33 775
Gain sur disposition (P302)	8				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	257 834	81 751	175 402	231 554
<b>TOTAL (L.01 à L.11)</b>	<b>12</b>	<b>45 117 807</b>	<b>47 616 850</b>	<b>211 996</b>	<b>45 933 924</b>

<b>CHARGES</b>						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2-P320/C3-P351)	13	32 702 397	33 359 345	84 761	33 444 126	33 089 468
Médicaments (P750)	14	1 107 280	1 021 605	XXXX	1 021 605	973 094
Produits sanguins	15	863 500	474 742	XXXX	474 742	563 874
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	983 835	1 075 570	XXXX	1 075 570	949 244
Danrées alimentaires	17	419 800	419 512	XXXX	419 512	408 753
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	2 153 770	2 154 196	XXXX	2 154 196	2 137 577
Frais financiers (P325)	19	205 000	177 512	XXXX	177 512	165 183
Entretien et réparations (P325)	20	877 534	1 010 287	57 486	1 087 753	753 311
Créances douteuses (C2-P301)	21		4 401		4 401	2 710
Loyers	22	162 011	162 081		162 081	171 993
Dépense de transfert (P325)	23	91 073	144 938	7 010	152 553	9 279
Autres charges (P325)	24	8 358 304	8 746 296	12 501	8 758 797	8 711 611
<b>TOTAL (L.13 à L.24)</b>	<b>25</b>	<b>47 619 509</b>	<b>48 730 408</b>	<b>162 363</b>	<b>48 912 768</b>	<b>47 936 057</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)</b>	<b>26</b>	<b>(2 501 642)</b>	<b>(1 133 658)</b>	<b>49 833</b>	<b>(1 083 922)</b>	<b>(2 002 133)</b>

## ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.péc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ETABLIS	1	(17 262 258)	126 503	(17 155 755)	(15 263 466)	
Modifications comptées avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptées sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(17 262 258)	126 503	(17 155 755)	(15 263 466)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(1 083 922)	(19 233)	(1 103 155)	(1 692 269)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(18 366 180)	107 270	(18 258 910)	(17 155 755)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L. 11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(18 258 910)	(17 155 755)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(18 258 910)	(17 155 755)	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
<b>ACTIFS FINANCIERS</b>					
Encaisse (découvert bancaire)	1	672 767		672 767	606 572
Placements temporaires	2				
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P406)	3	4 567 889	308 027	4 875 916	4 274 917
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	464 901	177 586	642 487	625 943
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Criances interfonds (dettes interfonds)	6	625 100	(625 100)	0	
Subvention à recevoir (perçus d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P406)	7	3 267 639	(5 126 321)	(1 858 682)	(1 671 796)
Placements de portefeuille	8	297		297	297
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	129 987	129 987	142 700
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	325		325	278
<b>TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)</b>	<b>13</b>	<b>9 598 918</b>	<b>(5 134 621)</b>	<b>4 464 297</b>	<b>4 178 910</b>
<b>PASSIFS</b>					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	20 264 206	1 917 168	22 181 374	21 707 421
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P406)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	4 176 910	413 605	4 590 515	4 376 331
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	16 837	308 027	324 864	362 459
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	481 376	819 817	1 301 193	1 112 544
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	42 690 587	42 690 587	43 300 900
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	4 003 420	XXXX	4 003 420	4 012 968
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	9 590		9 590	40 569
<b>TOTAL DES PASSIFS (L. 14 à L.25)</b>	<b>26</b>	<b>28 951 339</b>	<b>46 149 404</b>	<b>75 100 743</b>	<b>75 008 106</b>
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)</b>	<b>27</b>	<b>(19 352 421)</b>	<b>(51 284 226)</b>	<b>(70 636 940)</b>	<b>(70 827 196)</b>
<b>ACTIFS NON FINANCIERS</b>					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	51 391 495	51 391 495	52 676 488
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	792 317	XXXX	792 317	749 604
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	193 924		193 924	246 349
<b>TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)</b>	<b>31</b>	<b>986 241</b>	<b>51 391 495</b>	<b>52 377 736</b>	<b>53 671 441</b>
<b>CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT</b>	<b>32</b>		XXXX		
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)</b>	<b>33</b>	<b>(18 386 180)</b>	<b>107 270</b>	<b>(18 278 910)</b>	<b>(17 196 755)</b>

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (636-01 et 636-02)

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

## ETAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex Courant (C2+C3)	Total - Ex Prédéterminé
	1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLI	1	(70 827 195)	(18 278 210)	(89 105 405)	(89 653 693)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2				
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3				XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(70 827 195)	(18 278 210)	(89 105 405)	(89 653 693)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(2 614 348)	(1 053 922)	(1 103 155)	(1 892 289)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:					
Acquisitions (FIP421)	6	(3 090 384)	XXXX	(1 990 438)	(2 551 851)
Amortissement de l'exercice (FIP422)	7	3 202 400	XXXX	3 234 700	3 310 895
(Gain)/Perte sur dispositions (FIP208)	8		XXXX	13 773	867
Produits sur dispositions (FIP208)	9		XXXX	5 812	503
Réduction de valeurs (FIP420, 421-00)	10		XXXX		
Ajustements des immobilisations	11		XXXX	20 068	30 218
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	172 006	XXXX	1 283 993	790 632
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:					
Acquisition de stocks de fournitures	15		(42 713)	(42 713)	(58 470)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(10 000)			(13 306)
Utilisation de stocks de fournitures	17	15 000		XXXX	
Utilisation de frais payés d'avance	18		52 424	52 424	
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	5 000	9 711	9 711	(71 845)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20				
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(2 337 342)	(1 074 211)	1 284 780	(1 173 932)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(73 164 537)	(19 352 421)	(92 516 958)	(93 830 625)

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes	
<b>ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT</b>				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(1 103 156)	(1 892 289)	
<b>ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:</b>				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournisseurs et frais payés d'avance	3	9 711	(71 845)	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	13 773	867	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	(111 664)	(82 087)	
Amortissement des immobilisations	8	3 234 780	3 310 896	
Réduction pour moins-valeur des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	30 023	28 900	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(3 207 054)	(3 415 723)	
Autres (régulier P297)	13	30 090	30 218	5
<b>TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)</b>	14	(10 385)	(198 775)	
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	15	(611 578)	(980 074)	
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)</b>	16	(1 725 118)	(3 071 138)	
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS</b>				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(1 577 845)	(2 124 903)	
Produits de disposition d'immobilisations	18	5 812	503	
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)</b>	19	(1 571 833)	(2 124 400)	
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT</b>				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20			
Placements de portefeuille effectués	21			
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23			
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)</b>	24			

## ETAT DES FLUX DE TRÉSORÉRIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
<b>ACTIVITÉS DE FINANCEMENT</b>				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1			
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(39 950)	(131 432)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	1 264 200	1 400 000	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	1 938 090	4 466 068	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6			
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
<b>FLUX DE TRÉSORÉRIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L. 01 à L.08)</b>	<b>9</b>	<b>3 163 140</b>	<b>5 734 636</b>	
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORÉRIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORÉRIE (P 208-00, L. 16 + L. 19 + L. 24 + P.208-01, L. 09)</b>	<b>10</b>	<b>(133 806)</b>	<b>539 100</b>	
<b>TRÉSORÉRIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORÉRIE AU DÉBUT</b>	<b>11</b>	<b>806 572</b>	<b>267 472</b>	
<b>TRÉSORÉRIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORÉRIE À LA FIN (L. 10 + L. 11)</b>	<b>12</b>	<b>672 767</b>	<b>806 572</b>	
<b>TRÉSORÉRIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORÉRIE À LA FIN COMPRENNENT:</b>				
Encaisse	13	672 767	806 572	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14			
<b>TOTAL (L. 13 + L. 14)</b>	<b>15</b>	<b>672 767</b>	<b>806 572</b>	

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

## 1. CONSTITUTION ET MISSION

Le CISSS des Îles, ci-après désigné par l'établissement est un établissement public constitué en corporation sans but lucratif par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

Il a pour responsabilité d'offrir l'accès aux services et le mandat de dispenser des services en lien avec ses missions ainsi que de coordonner le réseau local de services intégrés pour la population des Îles-de-la-Madeleine.

Les points de service sont répartis sur le territoire des Îles-de-la-Madeleine.

Le siège social est situé à Cap-aux-Meules.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

## 2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

### a. Référentiel comptable<sup>(1)</sup>

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le Manuel de gestion financière rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, comme prescrit par l'article 477 de la LSSSS (RLRQ, chapitre S-4.2)

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

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 *Immobilisations corporelles louées* du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

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

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public, sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

#### **b. Incertitude relative à la mesure**

La préparation du rapport financier AS-471 requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables et les indemnités de départ.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

#### **c. État des gains et pertes de réévaluation<sup>(2)</sup>**

Les chapitres SP 1201 *Présentation des états financiers* et SP 3450 *Instruments financiers* du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public requiert la présentation d'un état des gains et pertes de réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères. Le format du rapport financier annuel AS-471, prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 295 de la LSSSS (RLRQ, chapitre S-4.2), n'inclut pas cet état financier puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 relativement à l'acquisition d'actions d'une personne morale.

Considérant que l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères, la présentation de l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas jugée requise dans le présent rapport financier annuel AS-471.

#### **d. Comptabilité d'exercice<sup>(2)</sup>**

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

#### **e. Revenus de subventions<sup>(2)</sup>**

Les subventions provenant du gouvernement du Québec ou de tout autre gouvernement, ou d'organismes inclus dans leur périmètre comptable, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement fiduciaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

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

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

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

#### **f. Revenus provenant des usagers<sup>(5)</sup>**

Les revenus provenant des usagers comprennent notamment les sommes exigibles pour l'hébergement d'usagers dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, selon les tarifs établis par règlement.

Ils incluent également les montants imposés à des usagers ayant un statut de résidents du Québec, à des non-résidents du Québec, à des non-résidents du Canada et à de tiers responsables pour des services rendus à des usagers en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28) ou de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (chapitre S-4.2), ainsi que les montants payable par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privée selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28, r.1).

Ces revenus sont constatés au moment de la prestation de services et sont diminués des déductions, exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci.

#### **g. Ventes de services et recouvrements<sup>(6)</sup>**

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

#### **h. Donations<sup>(7)</sup>**

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une

période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatés aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est 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 à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

#### **I. Salaires, avantages sociaux et charges sociales<sup>(8)</sup>**

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

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

#### **J. Dépenses de transfert<sup>(9)</sup>**

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01) et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

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

#### **k. Instruments financiers<sup>(10)</sup>**

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs excluant les taxes à recevoir, et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme. Ils sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

### *I. Trésorerie et équivalents de trésorerie<sup>III</sup>*

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois suivants la date d'acquisition et les placements facilement convertibles à court terme en un montant connu de trésorerie et dont la valeur ne risque pas de changer de façon importante.

#### *ii. Débiteurs<sup>III</sup>*

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

#### *iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts<sup>III</sup>*

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

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

#### *iv. Crédoeurs et autres charges à payer<sup>III</sup>*

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

#### *v. Dettes à long terme<sup>III</sup>*

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

### **L. Passif au titre des avantages sociaux futurs<sup>III</sup>**

Le passif au titre des avantages sociaux futurs comprend principalement les obligations découlant de : l'assurance salaire, les congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux.

#### *i. Provision pour assurance salaire*

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des dernières trois années financières de l'établissement.

Elles sont estimées à l'aide de la méthode dite globale basée sur des données globales en utilisant des facteurs de croissance de la rémunération et du nombre d'individus en assurance salaire par année financière.

Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financière à venir selon les tendances passées.

Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties<sup>(17)</sup>.

#### *ii. Provision pour vacances*

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

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

#### *iii. Provision pour congés de maladie*

Les obligations découlant des congés de maladie-années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

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

#### *iv. Régime de retraite*

Les employés de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes inter-employeurs administrés par Retraite Québec sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

#### *v. Droits parentaux*

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018.

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

### **m. Immobilisations**

Les immobilisations sont des actifs non financiers acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations reçues gratuitement ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur lorsqu'elles proviennent de tiers, ou à leur valeur comptable nette si elles proviennent d'une partie apparentée, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain. Les revenus reportés sont virés graduellement aux résultats, selon la même méthode et la même durée que l'amortissement de l'immobilisation.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

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

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

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les oeuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

#### **n. Frais payés d'avance<sup>181</sup>**

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant le 31 mars pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers suivants. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

#### **o. Stock de fourniture<sup>181</sup>**

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils 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.

#### **p. Autres méthodes**

##### *i. Comptabilité par fonds<sup>181</sup>*

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans les états financiers du fonds concerné.

##### *ii. 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.

##### *iii. Prêts inters fonds*

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

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

##### *iv. 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.

v. *Avoir propre*

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

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. 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.

vi. *Classification des activités*

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

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

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

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

vii. *Centres d'activités*

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

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

viii. *Unités de mesure*

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre

ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

### 3. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2017, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

L'établissement a analysé, au cours des dernières années, tous les centres d'activités où un potentiel de redressement pourrait être bénéfique pour améliorer la situation financière. Les mesures de redressement identifiées au plan 2015-2017 et qui ont été intégrées dans les résultats au 31 mars 2017 ont permis de réaliser des économies de 771 970 \$, représentant une cible atteinte à 113,67%. L'actualisation des mesures de ce plan de redressement généreront d'autres économies potentielles de près de 380 000 \$, principalement pour un projet d'économie d'énergie. Malgré tous ces efforts, l'établissement n'est toujours pas en mesure de respecter la Loi sur l'équilibre budgétaire et la direction considère toujours que des mesures additionnelles compromettraient l'accès aux soins et aux services, en allant à l'encontre de certaines priorités du MSSS signifiées par l'entente de gestion.

### 4. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 du RFA AS-471 respectivement, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 15 juin 2016, à l'aide du formulaire *Budget détaillé RR-446*.

	Budget initial approuvé par le CA et figurant au RR-446 Budget détaillé	Répartition des impacts des mesures de redressement	Budget initial approuvé par le CA après répartition des impacts des mesures de redressement et figurant à l'état des résultats
<b>REVENUS</b>			
Subvention MSSS	47 020 884 \$	0 \$	47 020 884 \$
Contribution des usagers	1 877 626 \$	0 \$	1 877 626 \$
Ventes de services et recouvrements	457 833 \$	0 \$	457 833 \$
Donations	60 115 \$	0 \$	60 115 \$
Revenus de placement	6 725 \$	0 \$	6 725 \$
Revenus de type commercial	33 700 \$	0 \$	33 700 \$
Autres revenus	302 879 \$	0 \$	302 879 \$
<b>Total</b>	<b>49 759 762 \$</b>	<b>0 \$</b>	<b>49 759 762 \$</b>
<b>CHARGES</b>			
Salaires - av. sociaux - charges soc	32 702 397 \$	0 \$	32 702 397 \$
Médicaments	1 107 280 \$	0 \$	1 107 280 \$
Produits sanguins	560 500 \$	0 \$	560 500 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	983 835 \$	0 \$	983 835 \$
Denrées alimentaires	419 800 \$	0 \$	419 800 \$
Rétributions versées aux RNI	2 153 775 \$	0 \$	2 153 775 \$
Frais financiers	1 580 000 \$	0 \$	1 580 000 \$
Entr. rép. y compris dép. non cap. rel. aux immobilisations	894 734 \$	0 \$	894 734 \$
Loyers	162 011 \$	0 \$	162 011 \$
Amortissement des immobilisations	3 262 400 \$	0 \$	3 262 400 \$
Dépenses de transfert	91 073 \$	0 \$	91 073 \$
Autres charges	8 356 305 \$	0 \$	8 356 305 \$
<b>Total</b>	<b>52 274 110 \$</b>	<b>0 \$</b>	<b>52 274 110 \$</b>
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>(2 514 348)\$</b>	<b>0 \$</b>	<b>XXXXX</b>
Total des mesures de redressement	0 \$	XXXXX	XXXXX
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	<b>(2 514 348)\$</b>	<b>XXXXX</b>	<b>(2 514 348)\$</b>

## 5. AMORTISSEMENT DES FRAIS REPORTÉS LIÉS AUX DETTES

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

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

## 6. EMPRUNTS TEMPORAIRES

Les conditions des emprunts temporaires contractés auprès de parties non-apparentées sont présentées à la page 633 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a contracté des emprunts temporaires auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont :

- Emprunts temporaires auprès du Fond de financement portant intérêt aux taux des acceptations bancaires à un mois de 0.05%. Le taux d'intérêt au 31 mars 2017 était de 0.964%.
- Le solde de la marge régulière – équilibre budgétaire, d'un montant maximum autorisé de 21 000 000 \$ est de 20 264 206 \$ au 31 mars 2017. Son échéance est le 26 juin 2017.
- Le solde de la marge régulière – fonds d'immobilisation, d'un montant maximum autorisé de 3 910 086 \$ est de 868 162 \$ au 31 mars 2017. Son échéance est le 31 décembre 2017.
- Le solde de la marge régulière – fonds d'équipement, d'un montant maximum autorisé de 2 786 040 \$ est de 234 768 \$ au 31 mars 2017. Son échéance est le 31 décembre 2017.
- Le solde de l'emprunt relatif aux enveloppes décentralisées totalise 814 238 \$ au 31 mars 2017.

## 7. DETTES À LONG TERME

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties non-apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également contracté des dettes à long terme auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 6 929 326 \$, au taux effectif de 2.109 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 305 082 \$, et un dernier versement de 5 708 998 \$ échéant en 2018.	6 014 080 \$	6 319 162 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 496 551 \$, au taux effectif de 2.0817 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 27 586 \$ et un dernier versement de 386 206 \$, échéant en 2018.	413 792 \$	441 378 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 716 748 \$, au taux effectif de 2.944 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 108 670 \$ et un dernier versement de 1 738 718 \$, échéant en 2024.	2 499 408 \$	2 608 079 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 474 702 \$, au taux effectif de 2.904 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 73 735 \$ et un dernier versement de 811 087 \$, échéant en 2024.	1 327 232 \$	1 400 967 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 1994, d'une valeur nominale de 38 522 900 \$, au taux effectif de 9.3750 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 1 540 916 \$ et un dernier versement de 3 081 832 \$, échéant en 2018.	3 081 832 \$	4 622 748 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 1 373 953 \$, au taux effectif de 2.532 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 54 958 \$ et un dernier versement de 934 289 \$, échéant en 2025.	1 318 995 \$	1 373 953 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2011, d'une valeur nominale de 1 721 134 \$, au taux effectif de 3.418 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 68 845 \$ et un dernier versement de 1 376 908 \$, échéant en 2017.	1 376 908 \$	1 445 753 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 3 144 030 \$, au taux effectif de 2.428 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 135 862 \$ et un dernier versement de 2 328 856 \$, échéant en 2018.	2 464 718 \$	2 600 581 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 4 149 237 \$, au taux effectif de 2.463 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 165 970 \$ et un dernier versement de 3 153 419 \$, échéant en 2019.	3 485 359 \$	3 651 328 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2013, d'une valeur nominale de 18 276 006 \$, au taux effectif de 2.122%, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 731 040 \$ et un dernier versement de 14 620 805 \$, échéant en 2018.	15 351 845 \$	16 082 885 \$
Billet à terme contracté en 2013, d'une valeur nominale de 298 233 \$, au taux de 2.40 %, remboursable par versements mensuels de 8 594 \$ incluant capital et intérêts, échéant en 2016.	-	8 642 \$
Billet à terme contracté en 2013, d'une valeur nominale de 80 155 \$, au taux de 3.25 %, remboursable par versements mensuels de 1 449 \$ incluant capital et intérêts, échéant en 2018.	18 091 \$	34 600 \$
Contrat de location-acquisition d'une valeur nominale de 39 850 \$, au taux de 6.70%, remboursable par versements trimestriels, échéant en 2017.	5 042 \$	14 630 \$
Contrat de location-acquisition d'une valeur nominale de 27 453 \$, au taux de 6.475%, remboursable par versements trimestriels, échéant en 2019.	16 182 \$	21 393 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 2 764 701 \$, au taux effectif de 2.237%, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 110 588 \$ et un dernier versement de 1 769 409 \$, échéant en 2025.	2 654 113 \$	2 764 701 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 2 662 990 \$, au taux effectif de 2.164%, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 106 520 \$, et un dernier versement de 1 704 310 \$, échéant en 2026.	2 662 990 \$	-
<b>Total</b>	<b>42 690 587 \$</b>	<b>43 390 800 \$</b>

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

2017-2018	3 457 424 \$
2018-2019	3 436 733 \$
2019-2020	1 893 555 \$
2020-2021	1 888 855 \$
2021-2022	1 888 855 \$
2022-2023 et subséquents	30 125 165 \$
<b>Total</b>	<b>42 690 587 \$</b>

## 8. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,75 %	1,5 %
Inflation	-	-
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors cadre	8,65 %	8,65 %

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	3 331 241 \$	3 768 430 \$	3 853 371 \$	3 246 300 \$	3 331 241 \$
Assurance salaire	549 842 \$	1 049 938 \$	954 991 \$	644 789 \$	549 842 \$
Provision pour maladie	128 653 \$	877 990 \$	899 044 \$	107 599 \$	128 653 \$
Droits parentaux	3 252 \$	52 728 \$	51 248 \$	4 732 \$	3 252 \$
Total	4 012 988 \$	5 749 086 \$	5 758 654 \$	4 003 420 \$	4 012 988 \$

## 9. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

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

### a. Risque de crédit

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

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse	672 767 \$	806 572 \$
Débiteurs MSSS	4 875 916 \$	4 274 917 \$
Autres débiteurs	642 487 \$	625 943 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	(1 857 682) \$	(1 671 795) \$
Placements de portefeuille	297 \$	297 \$
Total	4 333 785 \$	4 035 934 \$

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

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

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de d'autres

établissements du réseau de la santé et des services sociaux, du Régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), des gouvernements du Canada et du Québec, de la fondation Santé de l'Archipel, des syndicats et des ristournes de différents fournisseurs, qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 70% pour le présent exercice et 64 % pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	577 039 \$	598 045 \$
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours		
De 30 à 59 jours		
De 60 à 89 jours		
De 90 jours et plus	76 767 \$	31 853 \$
Sous-total	76 767 \$	31 853 \$
Provision pour créances douteuses	8 601 \$	3 955 \$
Sous-total	68 166 \$	27 898 \$
Total des autres débiteurs	642 487 \$	625 943 \$

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début	3 955 \$	1 285 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	(12 326)\$	(5 240)\$
Montants recouverts	(40)\$	
Radiations	(190)\$	
Solde à la fin	8 601 \$	3 955 \$

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

#### b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure d'honorer ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de

liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

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

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

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

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

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	4 013 876 \$	3 840 957 \$
De 6 mois à 1 an	89 126 \$	
De 1 à 3 ans	1 044 \$	1 044 \$
De 3 à 5 ans	72 864 \$	72 864 \$
De plus de 5 ans		
Total des autres créditeurs	4 176 910 \$	3 914 865 \$

### c. Risque de marché

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

L'établissement est exposé aux risques suivants :

#### 1. Risque de taux d'intérêt

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

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	22 181 374 \$	21 707 421 \$
Dettes à long terme	42 690 587 \$	43 390 800 \$
Total	64 871 961 \$	65 098 221 \$

Les emprunts temporaires totalisent 22 181 374 \$ et portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0.05 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Le montant de la dette à long terme totalisant 42 690 587 \$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. De ce montant, un montant de 42 651 272 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 39 315 \$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

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

## 10. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

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

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

## 11. BIENS DÉTENUS EN FIDUCIE

La description des biens détenus en fiducie détenus et gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

## 12. ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS

### a. OPTILAB

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1<sup>er</sup> avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1<sup>er</sup> avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a conclu avec le CHU de Québec – Université Laval, une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017 en vertu de laquelle il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. Il demeure responsable de toutes les dettes, obligations, responsabilités et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités et seraient devenus exigibles à cette date.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

### b. GESTION DU SERVICE DES SYSTÈMES D'INFORMATION

L'établissement a conclu une entente avec le CHU de Québec - Université Laval, en date du 29 mai 2017, pour le transfert des activités liées aux actifs informationnels utilisés. À cet effet, tous les actifs informationnels et activités sous la responsabilité de l'équipe des services et systèmes informatiques, de même que la téléphonie, sont transférés au CHU de Québec. Selon cette entente, les ressources humaines sont sous la responsabilité de la direction des technologies de l'information du CHU de Québec et sont régies par le moyen de prêts de services.

L'incidence financière du transfert d'actifs, contrats et ressources humaines sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

## 13. CHIFFRES COMPARATIFS

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

**Tableau du total des charges encourues pour chaque programme-services :**

<b>CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES</b>	
SANTÉ PUBLIQUE	476 129
SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE	2 249 593
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES	9 121 643
DÉFICIENCE PHYSIQUE	724 188
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA	3 400 622
JEUNES EN DIFFICULTÉ	180 261
DÉPENDANCES	61 919
SANTÉ MENTALE	2 509 142
SANTÉ PHYSIQUE	17 585 779
ADMINISTRATION	3 864 336
SOUTIEN AUX SERVICES	4 317 177
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS	4 259 616
<b>GRAND TOTAL PAR PROGRAMMES-SERVICES</b>	<b>48 750 405</b>

## CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles a été adopté le 20 janvier 2016.

Vous trouverez une copie du document aux pages suivantes du présent rapport, ainsi que sur le site Internet du CISSS des Îles à l'adresse : <http://www.cisssdesiles.com>

Pour l'année 2016-2017, aucun cas de manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été soulevé.

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE  
DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CISSS  
DES ÎLES  
EN VERTU DE LA LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF  
(chapitre M-30)**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>PRÉAMBULE.....</b>	<b>3</b>
<b>SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....</b>	<b>4</b>
<b>SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE .....</b>	<b>7</b>
<b>SECTION 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....</b>	<b>10</b>
<b>SECTION 4 — APPLICATION.....</b>	<b>12</b>
<b>ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE .....</b>	<b>17</b>
<b>ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE .....</b>	<b>18</b>
<b>ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE.....</b>	<b>19</b>
<b>ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL .....</b>	<b>20</b>
<b>ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS.....</b>	<b>21</b>
<b>ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS .....</b>	<b>22</b>
<b>ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN.....</b>	<b>23</b>

## **PRÉAMBULE**

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance, dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

### 2. FONDEMENT LÉGAL

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

### 3. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

*Code* : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

*Comité d'examen ad hoc* : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

*Conseil* : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

*Conflit d'intérêts* : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre 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, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

*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* (RLRQ, chapitre I-16).

*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.

*Famille immédiate* : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-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.

*Faute grave* : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre 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.

*Intérêt* : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

*LMRSS* : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

*LSSSS* : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

*Membre* : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

*Personne indépendante* : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, 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.

*Personne raisonnable* : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>3</sup>.

*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, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. 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 serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

#### **4. CHAMP D'APPLICATION**

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

#### **5. DISPOSITION FINALE**

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

#### **6. DIFFUSION**

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

---

<sup>3</sup> BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

## **Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE**

### **1. PRINCIPES D'ÉTHIQUE**

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assure la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

### **2. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE**

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit. En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

### 2.1. Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

### 2.2. Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- 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, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

### 2.3. Impartialité

- Se prononcer 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.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

### 2.4. Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

### 2.5. Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- 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.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les 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 du conseil d'administration.
- S'abstenir 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. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

#### **2.6. Considérations politiques**

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

#### **2.7. Relations publiques**

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

#### **2.8. Charge publique**

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

#### **2.9. Biens et services de l'établissement**

- Utiliser 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. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

#### **2.10. Avantages et cadeaux**

- Ne 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 lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

#### **2.11. Interventions inappropriées**

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale

### Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

1. Le membre 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.
2. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre 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 en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
3. Le membre 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.
4. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. 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.
5. Le membre 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 *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

6. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
  
7. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, 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.

## Section 4 – APPLICATION

### 8. ADHÉSION AU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Chaque membre 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 document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

### 9. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres 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;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

### 10. COMITÉ D'EXAMEN AD HOC

**10.1.** Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

- 10.2.** Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- 10.3.** Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :
- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
  - b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
  - c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- 10.4.** La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- 10.5.** Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

## **11. PROCESSUS DISCIPLINAIRE**

- 11.1.** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 11.2.** Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.
- 11.3.** Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.
- 11.4.** Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont

tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

- 11.5.** Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.
- 11.6.** Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 11.7.** 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 dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 11.8.** Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le 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 du membre visé;
  - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
  - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 11.9.** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 11.10.** Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, 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 président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 11.11.** Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu

manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

**11.12.** Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**11.13.** Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

## **12. NOTION D'INDÉPENDANCE**

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

## **13. OBLIGATIONS EN FIN DU MANDAT**

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin 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.
- 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.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

## ANNEXES

## ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, membre du conseil d'administration du \_\_\_\_\_, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le \_\_\_\_\_, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le \_\_\_\_\_.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai \_\_\_\_\_, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du \_\_\_\_\_ et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
<b>Signature</b>	<b>Date [aaaa-mm-jj]</b>	<b>Lieu</b>
_____		
<b>Nom du commissaire à l'assermentation</b>		<b>Signature</b>



**Annexe III – Déclaration des intérêts du membre**

Je, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du \_\_\_\_\_, déclare les éléments suivants :

**1. Intérêts pécuniaires**

- Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Titre d'administrateur**

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du \_\_\_\_\_.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du \_\_\_\_\_. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés] :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3. Emploi**

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du \_\_\_\_\_.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du \_\_\_\_\_ et m'engage à m'y conformer.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date** [aaaa-mm-jj] \_\_\_\_\_ **Lieu** \_\_\_\_\_

## Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du \_\_\_\_\_, déclare les éléments suivants :

### 1. Intérêts pécuniaires

- Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du \_\_\_\_\_.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du \_\_\_\_\_. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés] :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du \_\_\_\_\_ et m'engage à m'y conformer.

\_\_\_\_\_

**Signature**

**Date [aaaa-mm-jj]**

**Lieu**

**Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ [*prénom et nom en lettres moulées*], membre du conseil d'administration du \_\_\_\_\_ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date** [*aaaa-mm-jj*]

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

## Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, estime que le membre suivant : \_\_\_\_\_, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

## Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date** [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
**Lieu**