

*Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Îles*

Québec 

# **RAPPORT ANNUEL DE GESTION**

## **2015-2016**

Adopté par le conseil d'administration le 15 juin 2016

**Erratum**

Veillez noter qu'une correction a été apportée à la section sur la Gestion et le contrôle des effectifs de la page 48 du Rapport annuel de gestion 2015-2016 du *Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles*.

Vous trouverez au recto le tableau à remplacer et les explications qui accompagnent les résultats. Veillez noter que le document PDF sera mis à jour sur le site de l'établissement.

Merci de votre attention.

La présidente-directrice générale



Yvette Fortier

## Gestion et contrôle des effectifs

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

		Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016				
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	253	43 455	24	32
	2015-16	39 938	110	40 048	22	27
	Variation	(7,6 %)	(56,6 %)	(7,8 %)	(7,8 %)	(15,6 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	59 971	457	60 428	34	45
	2015-16	65 468	722	66 191	36	51
	Variation	9,2 %	58,1 %	9,5 %	8,8 %	13,3 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	241 282	5 684	246 966	132	176
	2015-16	236 669	4 548	241 217	129	182
	Variation	(1,9 %)	(20,0 %)	(2,3 %)	(1,9 %)	3,4 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	332 815	6 349	339 163	186	251
	2015-16	332 730	6 075	338 805	185	247
	Variation	0,0 %	(4,3 %)	(0,1 %)	(0,1 %)	(1,6 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	104 933	1 354	106 287	54	94
	2015-16	102 550	1 914	104 464	53	101
	Variation	(2,3 %)	41,3 %	(1,7 %)	(2,3 %)	7,4 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	671	30	700	0	3
	2015-16	715	10	725	0	3
	Variation	6,7 %	(66,1 %)	3,6 %	6,1 %	0,0 %
<b>Total du personnel</b>	<b>2014-15</b>	<b>782 873</b>	<b>14 126</b>	<b>796 999</b>	<b>429</b>	<b>544</b>
	<b>2015-16</b>	<b>778 071</b>	<b>13 379</b>	<b>791 450</b>	<b>426</b>	<b>549</b>
	<b>Variation</b>	<b>(0,6 %)</b>	<b>(5,3 %)</b>	<b>(0,7 %)</b>	<b>(0,6 %)</b>	<b>0,9 %</b>

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 de réduction de 1 % ou plus du total des heures rémunérées n'a pas été atteinte.

- Les efforts de réduction des heures travaillées ont été amorcés avant l'entrée en vigueur de la Loi sur la gestion des effectifs, en effet, depuis l'exercice financier 2011-2012, l'établissement a réduit 42 000 heures travaillées;
- L'établissement a des équipes minimales dans plusieurs secteurs;
- L'établissement maintient ses efforts et poursuit les mesures d'optimisation intégrées au budget en cours;
- Les heures travaillées sont conformes aux mesures inscrites au plan de redressement.

## Remerciements

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

Yvette Fortier, présidente-directrice générale et directrice par intérim des services professionnels

Johanne Cantin, directrice des soins infirmiers et services multidisciplinaires

Claude Cyr, directeur des services administratifs

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

Pierre Arsenault, adjoint à la directrice des soins infirmiers et services multidisciplinaires-RNI

Gisèle Painchaud, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

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

Nadine Cyr, coordonnatrice de la Fondation Santé de l'Archipel

Hélène Chevrier, organisatrice communautaire au CLSC

Sandra Chiasson, présidente du conseil des infirmières et des infirmiers

Manon Dubé, présidente du comité d'éthique

Nancy Leblanc, présidente du comité des usagers

Amélie Lapierre, présidente du conseil multidisciplinaire

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

## TABLE DES MATIÈRES

<b>MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CISSS DES ÎLES</b>	<b>4</b>
<b>DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS</b>	<b>5</b>
<b>LA MISSION DU MINISTÈRE</b>	<b>6</b>
<b>LES VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>6</b>
<b>PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE 2015-2020</b>	<b>7</b>
<b>NOTRE FONDATION</b>	<b>8</b>
<b>PORTRAIT DE SANTE DE LA POPULATION</b>	<b>9</b>
<b>ORGANIGRAMME</b>	<b>12</b>
<b>LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>13</b>
PROCESSUS D'AGRÈMENT	13
SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE	14
GESTION DES RISQUES	15
COMITÉ DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES INTERDISCIPLINAIRES (CPPI)	20
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES	22
SANTÉ PUBLIQUE	36
DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS (DSPH)	37
DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS (DSA)	46
<b>ENTENTE DE GESTION 2015-2016</b>	<b>89</b>
<b>CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>	<b>122</b>
<b>COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET CONSEILS PROFESSIONNELS</b>	<b>122</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>123</b>
COMITÉ DE VÉRIFICATION	123
COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE	123
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS	123
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)	129
COMITÉ DES USAGERS	132
COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	135
MÉDECIN EXAMINATEUR	140
COMITÉ DE RÉVISION	141
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	141
COMITÉ D'ÉTHIQUE	142
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)	144
RÈGLEMENT DE RÉGIE INTERNE DU CA	PAGINATION INDÉPENDANTE (33 PAGES)
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	PAGINATION INDÉPENDANTE (24 PAGES)
CODE D'ÉTHIQUE DU CISSS DES ÎLES	PAGINATION INDÉPENDANTE (14 PAGES)

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

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

L'année 2015-2016 a été une année de transition. Nous avons implanté les prémices de base de la loi 10. Les grands changements pour le CISSS des Îles sont le nouvel organigramme de gestion, les travaux favorisant l'accès aux services tels que l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS), la cancérologie et les communications directes avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Nous avons mis les efforts pour répondre aux attentes du Ministère et nous avons reçu de la reconnaissance en retour, ainsi que de la crédibilité quand nous parlons de performance.

Nous poursuivons l'approche Qualité en complétant nos redditions de compte d'Agrément Canada et nous avons ajouté un nouvel aspect en la gestion intégrée des risques. Tous les gestionnaires ont été interpellés afin d'identifier les risques dans leur service respectif. Un total de 221 risques a été identifié parmi lesquels 2 à 3 de niveau organisationnel seront sélectionnés pour être traités dans la prochaine année.

Aussi, nous sommes devenus « LEAN » à plus grande échelle dans l'organisation en formant les gestionnaires, les médecins, les chefs de département, les chefs de service, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les exécutifs syndicaux et bientôt tous les employés. Cette approche organisationnelle sera suivie par notre salle de pilotage avec les projets annuels d'optimisation.

Un nouveau conseil d'administration a été nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette. Nous sommes bien heureux de travailler ensemble pour le bien-être des Madelinennes et des Madelinots en utilisant les expertises autour de la table du conseil d'administration du CISSS des Îles.

À l'occasion de notre premier anniversaire en tant que Centre intégré de santé et de services sociaux, nous remercions le personnel pour son implication quotidienne.

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

Nous remercions les membres du comité de direction et les gestionnaires pour leur capacité d'adaptation aux changements et aux bonnes pratiques, ainsi que le soutien apporté à leur équipe dans le changement.

Nous remercions le conseil d'administration qui s'est joint au CISSS des Îles en cours d'année et qui s'approprie rapidement les dossiers.

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



Yvette Fortier  
Présidente-directrice générale



Emmanuel Aucoin

Président du conseil d'administration

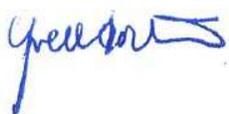
## DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 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 2016.



Yvette Fortier  
Présidente-directrice générale

### Le CISSS des Îles en bref

Budget d'exploitation de 43 827 829 M\$

445 employés, 18 médecins omnipraticiens

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

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

## 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 efficaces, qui s'adaptent aux besoins des Québécois.

## 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.

# PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE 2015-2020

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

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

### 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.

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><b>1. Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie afin de prévenir les maladies chroniques et les cancers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion de fumeurs actuels 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 urgence</b></p> <p><b>4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille Cible : 85 %</li> <li>Nombre total de GMF Cible : 300</li> <li>Nombre total de GMF-R (super-cliniques) Cible : 50</li> <li>Pourcentage des premiers services sociaux qui sont dispensés dans les délais prescrits (mission CLSC) Cible : 75 %</li> </ul> <p><b>5. Réduire le temps d'attente à l'urgence</b></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 2 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 civière à l'urgence Cible : 12h</li> </ul>	<p><b>Axe – Personnes âgées</b></p> <p><b>10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de personnes deservies 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><b>11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) 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><b>17. Maintenir la mobilisation du personnel du Ministère en accroissant sa capacité à s'adapter à un contexte ministériel en évolution</b></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 : 6 %</li> <li>Certification Entreprise en santé Élite maintenue Cible : annuellement</li> </ul> <p><b>18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'heures supplémentaires Cible : 3,00 (diminution de 4,8 %)</li> <li>Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante Cible : 2,25 (diminution de 5,1 %)</li> <li>Ratio d'heures en assurance-salaire Cible : 5,90 (diminution de 0,5 %)</li> </ul>
<p><b>Axe – Prévention des infections</b></p> <p><b>2. Accroître la vaccination grippale chez les malades chroniques</b></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><b>3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans Cible : augmentation de 15 %</li> </ul>	<p><b>Axe – Services spécialisés</b></p> <p><b>6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables</b></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><b>7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer</b></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><b>12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes</b></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 personnes suivies par une équipe en soins palliatifs et en soins de fin de vie 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><b>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)</b></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 : à déterminer</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><b>Axe – Organisation efficiente</b></p> <p><b>19. Améliorer la gouvernance et réduire la structure d'encadrement du réseau</b></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><b>20. Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des établissements ayant mis en place annuellement au moins 10 projets de services cliniques et au moins 5 projets administratifs Cible : 100 %</li> <li>Pourcentage des projets réussis Cible : 70 %</li> </ul> <p><b>21. Implanter les meilleures pratiques selon le financement axé sur le patient</b></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><b>22. Favoriser le partage de l'information concernant les usagers entre les professionnels</b></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 1 000 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> </ul>
	<p><b>Axe – Sécurité et pertinence</b></p> <p><b>a. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier</b></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 établis Cible : 95 %</li> <li>Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements Cible : 80 %</li> </ul> <p><b>9. Favoriser les examens et les traitements les plus appropriés afin d'assurer la qualité des soins et d'éviter des interventions inutiles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de domaines d'examen ou traitements ayant fait l'objet d'une évaluation de pertinence et pour lesquels un plan d'action a été produit 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.



Mise sur pied en 1989, la Fondation Santé de l'Archipel a pour mission de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé offerts sur le territoire des Îles-de-la-Madeleine, en dotant le CISSS des Îles d'équipements médicaux et de soins infirmiers à la fine pointe du confort, de la sécurité et de la technologie. Depuis le tout début des activités de financement de la Fondation, plus de 2 800 000 \$ ont été amassés.

### **Conseil d'administration**

Le conseil d'administration de la Fondation a tenu huit (8) rencontres ordinaires durant l'année financière 2015-2016. Au 31 mars 2016, les membres du conseil d'administration sont : Lise Leclerc (présidente), Donald Vigneau (vice-président), Lucille Tremblay (trésorière), Claude Cyr, Lauraine Hainault, Simon Lajeunesse, Luc Miousse, Sonia Thériault, Simon Bénard, Georges Painchaud, Sony Cormier.

### **Argent reçu**

L'Équipée Santé (porte-à-porte) de novembre 2015 a permis d'amasser 34 723 \$, incluant 4 424 \$ provenant de la campagne interne auprès des employés.

Ce montant a été réparti comme suit :

- Achat de deux nasoscopes flexibles pour les consultations spécialisées en ORL.
- Achat d'un trampoline et de disques d'images pour le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme (CRDITSA).

Plusieurs activités ont été organisées par la Fondation en 2015. En débutant en mai avec le minisalon du vin, qui a rapporté un montant de 11 000 \$. En juin, ce fut le Tournoi de golf, organisé en collaboration avec la Chambre de commerce des Îles qui a permis d'amasser la somme de 5 000 \$. Au cours de l'été, d'autres activités ont été organisées en collaboration avec différents organismes du milieu soient, la randonnée de filles (profit 9 350 \$), la marche C.A.M.I. (profit 1 031 \$) et la Course à obstacles « T'as pas l'tchoeur » (profit 4 298 \$). 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.

Un fait marquant, en juillet 2015, fut le don de 750 000 \$ de la part de cinq donateurs qui se sont réunis pour remettre ce montant important à la Fondation Santé de l'Archipel. Ce don, qui sera investi dans la campagne de radiologie du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Îles, contribuera au mieux-être des Madelinots et Madeliniennes. Le renouvellement d'équipement de 1<sup>er</sup> niveau pour le secteur de la radiologie permettra une amélioration notable de la qualité des soins et viendra préserver l'accessibilité aux soins de santé en sol madelinot.

Voici les principaux achats réalisés par la Fondation au cours de l'année financière 2015-2016 :

- Achat d'un tensiomètre électronique portatif, une balance électronique, deux tiges à soluté, deux saturomètres, un thermomètre électronique, un convertisseur et deux paires d'écouteurs pour la télévision dans la salle de traitement en oncologie.
- Achat d'un Bladder scan pour les soins à domicile (CLSC).
- Don ciblé pour l'Anesthésie permettant l'achat d'un Wee Sight Transilluminat or et des écouteurs pour la salle d'anesthésie.
- Dons ciblés pour le Pavillon Eudore-LaBrie (Course à obstacles) permettant l'achat de jeux de loisirs.
- Don ciblé d'Opération Enfant Soleil (OES) en 2015 de 20 351 \$ : Un incubateur de transport pour nouveau-né, un appareil multifonction (respirateur OPTIFLOW).

Aussi, OES a versé 1 638 \$ via le Regroupement Loisirs des Îles, en partie, pour l'achat d'un coussin Beanbag, d'appareils Time Timer MOD<sup>MD</sup>, d'ensembles de balles antistress, de sacs à dos, de pâte malléable et d'ensembles de jeux créatifs. Enfin, OES a attribué 10 319 \$ au Fonds d'entraide l'Envol pour l'année 2015.

## PORTRAIT DE SANTE DE LA POPULATION

### Quelques données sur la démographie, les conditions socioéconomiques et l'état de santé de la population des Îles-de-la-Madeleine (Hélène Chevrier, organisatrice communautaire-mai 2015)

- La **population** des Îles-de-la-Madeleine se chiffre, en 2011, à 12 781 personnes, en diminution de -2,4 % par rapport à 2006. On note, entre 2001 et 2011, que la croissance de la population du territoire est nulle alors que celle de l'ensemble du Québec a progressé de près de 10 %.
- Ce **bilan démographique** n'est pas égal sur l'ensemble de l'archipel : alors que les populations de L'Étang-du-Nord et de Fatima ont augmenté au cours de la décennie 2001-2011, celles de Grande-Entrée, Grosse-Île et Havre-Aubert ont nettement diminué.
- L'**âge médian**, entre 2006 et 2011, est passé de 44,7 à 48,3 aux Îles alors qu'au Québec, il est passé de 41,0 à 41,9.
- On compte, en 2011, 1 535 **enfants** de moins de 15 ans aux Îles-de-la-Madeleine, une diminution de 18 % par rapport à 2006.
- On compte par ailleurs, en 2011, 2 385 **personnes âgées** de 65 ans et plus, une augmentation de 18 % par rapport à 2006 (2 021). La population aînée représente en 2011 quelque 19 % de la population totale. On estime qu'en 2031, elle pourrait constituer 37 % de la population (5 029 personnes). Au Québec, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus devrait se situer, en 2031, à 26 %.
- L'archipel compte 3 980 **familles**. De ce nombre, 555 familles (14 %) sont monoparentales et 435 de celles-ci (78 %) ont un parent de sexe féminin.
- Du point de vue de la **scolarité**, les Îles-de-la-Madeleine se comparent assez bien avec la région GIM. Cependant, les Îles et la Gaspésie diffèrent de façon importante de l'ensemble du Québec. Elles accusent une sous-scolarisation générale qui se traduit par un nombre important de personnes sans diplôme aucun, et par un faible taux d'obtention de diplômes universitaires.
- Toutefois, on peut remarquer une augmentation de la scolarisation de 3 % chez les femmes qu'elles soient aux Îles, en Gaspésie ou dans le Québec en général.
- Les principaux **indicateurs du marché du travail** (taux de chômage, taux d'activité et taux d'emploi) montrent que le taux de chômage aux Îles-de-la-Madeleine demeure, chez les 15 ans et plus, 2 fois et demie plus élevé que dans l'ensemble du Québec. On peut présumer qu'il y a des disparités importantes entre les localités de l'archipel : en 2006 les extrémités (Havre-Aubert : 23,2 et Grosse-Île : 24,2) présentaient un taux de chômage de plus de 3 fois celui de l'ensemble du Québec (7,0). Aux Îles, les principaux secteurs économiques (pêcherie, tourisme) offrent des emplois saisonniers.
- En décembre 2010, près des deux tiers (64 %) des **aînés bénéficiaient du Supplément de revenu garanti**, une proportion nettement supérieure à celle des aînés du Québec (45 %).
- En 2011, le nombre moyen de personnes par famille est de 3,7 aux Îles alors qu'il est de 2,9 au Québec. Le **revenu moyen des familles** est de 67 355 \$ aux Îles et de 82 045 \$ pour l'ensemble du Québec.
- Plus de 52 % des personnes de 15 ans et plus se disent très satisfaites de leur vie sociale comparativement à 47 % pour l'ensemble du Québec.
- 82 % de la population régionale exprime un fort sentiment d'appartenance à sa communauté locale, une proportion nettement supérieure à celle du Québec de 58 %.

## ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE

### *Habitudes de vie (en 2008) :*

- Les **fumeurs** réguliers ou occasionnels représentaient 21 % de la population (23,6 % au Québec)
- Quelque 64,5 % de la population souffre d'**excès de poids**. Cette proportion est significativement plus élevée aux Îles qu'au Québec (50,5 %). De cette proportion, 41,8 % souffrent d'embonpoint (34,9 % au QC) et 22,7 % souffrent d'obésité (15,6 % au QC).
- Les consommateurs de **drogues** sont moins nombreux en proportion aux Îles qu'au Québec (11,5 % v/s 13,1 %).
- L'**espérance de vie** des femmes des Îles est comparable à celle du Québec (83,9 ans v/s 83 ans) mais inférieure chez les hommes des Îles (75,2 ans comparé à 78,1 au QC).

### *Le milieu social*

- En 2006, 29,5 % des personnes de 15 ans et plus prodiguent des **soins ou de l'aide sans rémunération** à une personne âgée. Cette proportion n'est que de 19 % au Québec. Cet écart est noté à la fois chez les femmes (34,9 % v/s 21,3 %) et chez les hommes (22,6 % v/s 15,8 %).
- Les gens des Îles (de 15 ans et plus) sont, en 2008, très satisfaits de leur vie sociale, une proportion plus élevée que celle du Québec (52 % v/s 47 %).

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

- Le **taux de décrochage annuel** (sortie du secondaire sans diplôme ni qualification), en 2008-2009, est inférieur aux Îles qu'au Québec (9,8 % v/s 18,4 %). Le décrochage des garçons (14,6 %) est plus élevé que celui des filles (7,0 %).
- Les jeunes filles de 15 à 19 ans sont nettement moins nombreuses à vivre une **grossesse précoce** qu'au Québec (3,8 ‰ v/s 10,0 ‰).
- Il y a eu, en 2009-2010, nettement plus d'enfants de moins de 17 ans pris en charge pour **maltraitance ou troubles de comportement** (32,3 ‰ v/s 19,7 ‰ au Québec).
- Le pourcentage de personnes présentant un niveau de **détresse psychologique** est nettement inférieur aux Îles qu'au Québec (12,8 v/s 22,2). Entre 2004-2008, les décès par suicide ont également été moins nombreux.

### *Maladies chroniques*

- Les trois principales **causes de mortalité** sont, dans l'ordre, les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires.
- 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 qu'au Québec. Chez les hommes, le cancer du poumon et de la prostate sont les plus fréquents et les cancers du poumon, du rein et de l'estomac ont une plus grande prévalence aux Îles qu'au Québec.
- Les **décès par cancer** (taux ajusté sur 100 000) sont 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.

- Le **diabète** se retrouve chez 9,5 % de la population madelinienne, comparativement à 7,6 % au Québec.
- Pour ce qui est des **maladies respiratoires**, les taux de décès ne se différencient pas du reste du Québec. On note cependant que 60 % des personnes décédées d'une maladie respiratoire sont principalement des hommes souffrant de MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique).

### ***Des améliorations au fil des années***

---

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

### ***Des éléments préoccupants demeurent***

---

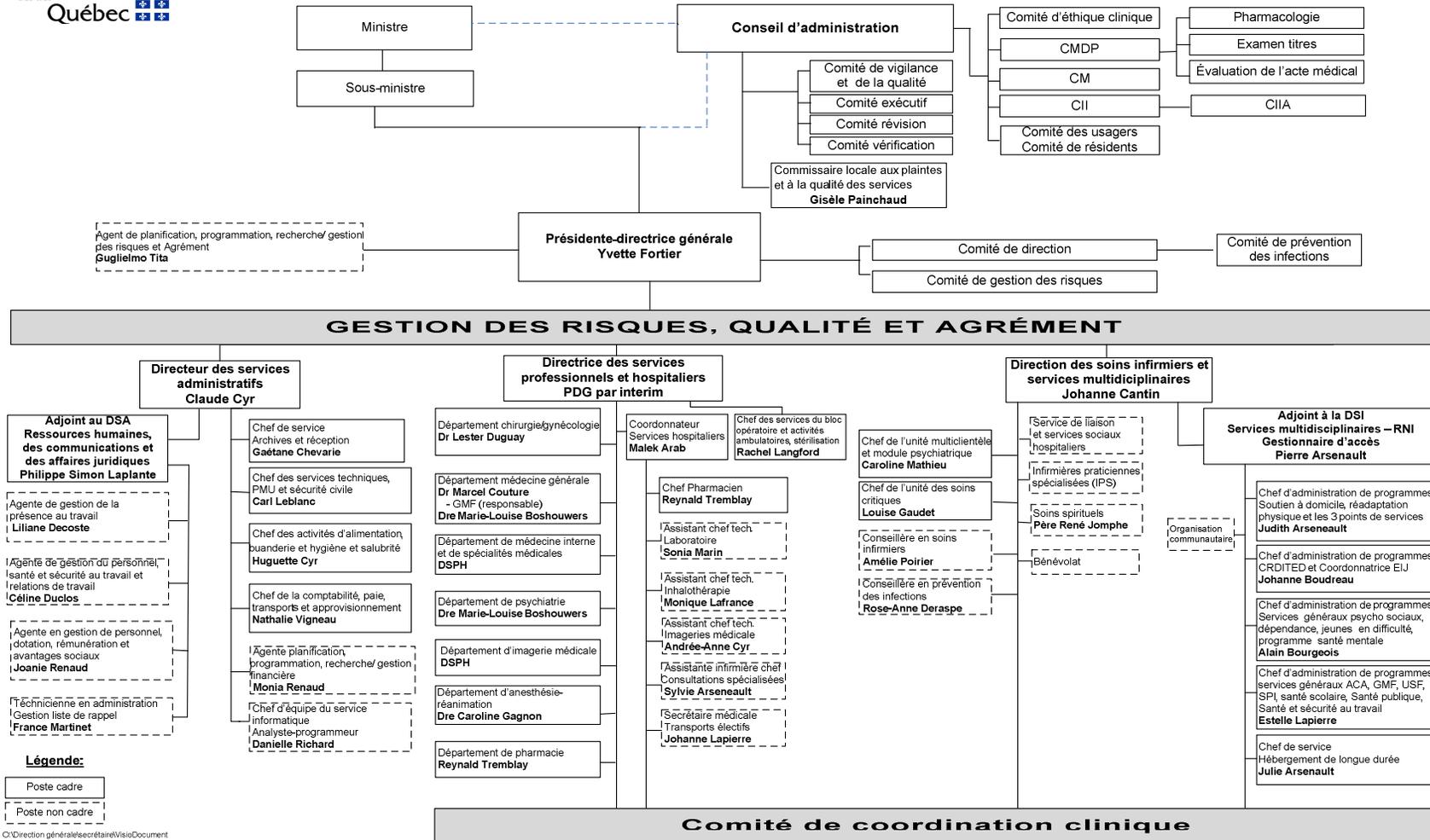
- L'espérance de vie chez les hommes moins élevée qu'au Québec.
- L'excès de poids chez 64,5 % des Madelinots, comparativement à 50,5 % au Québec. 41,8 % de la population de l'archipel fait de l'embonpoint et 22,7 % d'obésité, comparativement à 34,9 % et 15,6 % au Québec.
- Le nombre de nouveaux cas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

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

# ORGANIGRAMME



## CISSS des Îles



© Direction générale/Secrétaire/Visio/Document  
Adopté le 30 septembre 2015  
Effectif le 20 novembre 2015

## LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

### PROCESSUS D'AGRÉMENT

#### Suivi de la visite d'agrément de juin 2014, sous le programme conjoint du CQA et Agrément Canada.

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, un certain nombre (n = 297) de normes et pratiques organisationnelles requises (POR) n'ont pas été atteintes.

Un délai d'un an a été ainsi accordé pour une réévaluation en novembre 2014. À cette date, 71 normes n'ont pas atteint l'analyse de conformité et un nouveau délai d'un an a été accordé. Lors de la deuxième réévaluation, en novembre 2015, 15 des 71 normes ont été refusées et un délai additionnel de six mois a été accordé pour soumettre les preuves exigées, soit jusqu'au 17 mai 2016.

#### Évolution de la conformité du CISSS des Îles aux normes de l'agrément

Visite	Normes et POR conformes	Normes et POR non-conformes	Taux de conformité	Amélioration
2008 (avril-mai)	1479 / 2005	526 / 2005	73.8 %	
2011 (mai-juin)	1904 / 2289	385 / 2289	83.2 %	+14.6 %
2014 (juin)	2261 / 2558	297 / 2558	88.4 %	+ 5.2 %
Réévaluations:				
2014 (novembre)	2487 / 2558	71 / 2558	97.2 %	+ 8.8 %
2015 (novembre)	2543 / 2558	15 / 2558	99.4 %	+ 1.8 %

#### Normes et POR à resoumettre le 17 mai 2016

- Dimension : Leadership
  - Implantation d'une procédure sur le bilan comparatif médical (BCM) (2 normes).
  - Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et met en œuvre un plan intégré d'amélioration de la qualité (1 POR).
- Dimension : Gestion des médicaments
  - Mise en œuvre et optimisation d'un programme de gérance des antimicrobiens (3 normes).
  - Gestion de la liste des abréviations et des symboles dangereux (3 normes).
  - Adoption d'une politique sur les ordonnances verbales ou téléphoniques (1 POR).
- Dimensions : Prévention des infections et Retraitement/stérilisation
  - Aménagement des espaces de retraitement et stérilisation de l'équipement et des appareils et stratégies temporaires pour en empêcher la contamination croisée (2 normes).
- Dimension : Imagerie diagnostique
  - Disposer d'un directeur médical pour la supervision et la gestion des médecins (1 norme).
- Dimension : Services à domicile

- Améliorer le système d'évaluation des risques en matière de sécurité de la clientèle à domicile (1 norme)
- Dimension : Santé mentale communautaire
  - Démontrer la mise en place d'un système récurrent d'enquête et d'analyse des événements indésirables (1 norme).

### **Mesures de suivi**

- Mise en place d'un groupe de champions de la qualité pour le suivi des dossiers spécifiques aux divers services et programmes.
- Suivi des travaux avec les chefs de services concernés en s'appuyant sur un plan d'amélioration de la qualité (outil de gestion).
- Reddition de comptes périodique (2-4 semaines) du gestionnaire de risques à la PDG et au comité de direction.

### **SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE**

Dans la démarche d'appréciation de la satisfaction de la clientèle, les usagers sont invités à donner leur opinion sur des aspects spécifiques sur les services reçus. Au cours de la dernière année, la clientèle a donné son avis sur les services rendus dans différents milieux de soins et installations.

En 2015-2016 soixante-cinq (65) questionnaires ont été remplis. Les principaux commentaires concernent une grande satisfaction en regard de la qualité et de la sécurité au niveau des soins et des services reçus, du personnel, des médecins et de la propreté des lieux. La confidentialité demeure un aspect à travailler même si des améliorations ont été notées.

## **GESTION DES RISQUES**

### **Nombre de réunions tenues**

En 2015-2016, le comité de gestion des risques (CGR) a tenu cinq réunions régulières.

### **Composition du comité de gestion des risques**

En août 2015, le nouveau gestionnaire des risques et de l'agrément, M. Guglielmo Tita, est entré en fonction en remplacement de M<sup>me</sup> Denise Landry, qui est partie à la retraite.

Le comité de gestion des risques est constitué de dix membres, chacun représentant un secteur d'activité ou une mission du CISSS des Îles. Au 31 mars 2016, le comité était constitué des membres suivants :

- Tita, Guglielmo                      Gestionnaire des risques et de l'agrément, DG – Président
- Boudreau, Johanne                Chef d'administration de programmes, DSI-CRDITED – Vice-présidente
- Arsenault, Julie                    Chef de service, DSI-CHSLD
- Bourque, Lauriane                Agente de gestion du personnel, DSA-RH
- Daigneault, Isabelle              Pharmacienne, DSPH-Pharmacie
- Deraspe, Rose-Anne              Infirmière prévention des infections, DSI

#### Comité gestion des risques (suite) :

- Lajeunesse, Simon                Médecin
- Lapierre, Estelle                 Chef d'administration de programmes, DSI-CLSC
- Leblanc, Nancy                    Comité des usagers
- Poirier, Amélie                    Conseillère en soins infirmiers, DSI

### **Activités principales**

#### ***Suivi des statistiques des déclarations d'incidents et d'accidents***

Les statistiques des déclarations d'incidents et d'accidents ont été suivies régulièrement (fréquence hebdomadaire) par le gestionnaire des risques qui en a fait une synthèse au comité de gestion des risques lors de ses réunions. Le suivi du gestionnaire des risques s'est appuyé sur la collaboration du secrétariat de la DSI, qui est responsable de la saisie des déclarations dans le système informatisé Gesrisk.

Le comité a contribué à la révision du processus de réanimation du nouveau-né.

#### ***Règlements, politiques et nomination des officiers***

Les Règles de fonctionnement du comité de gestion des risques ont été présentées au conseil d'administration, qui les a adoptées le 20 janvier 2016. C'est à la suite de l'adoption de ces règles par le conseil d'administration, que le comité a nommé ses officiers, le 5 février 2016, notamment, M. Guglielmo Tita, à titre de président et secrétaire, et Mme Johanne Boudreau, à titre de vice-présidente.

#### ***Gestion intégrée des risques***

Dans une perspective de saines pratiques de gouvernance, l'implantation d'un processus de gestion intégrée des risques vise à permettre au CISSS des Îles de se conformer (1) à l'obligation prévue par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, art. 181.0.0.3) concernant les

pratiques reconnues en gestion des risques et (2) aux normes de l'agrément en matière de gouvernance et leadership.

Par gestion intégrée des risques, on entend une approche de gestion des risques qui repose sur **une gestion globale, proactive et continue des risques de toute nature dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux de l'établissement.**

La mise en œuvre du plan d'action a démarré avec l'élaboration d'une méthodologie d'analyse et de classement des risques organisationnels (janvier 2016), suivie par l'identification, l'analyse et la pondération des risques (février-mars 2016). Un rapport faisant état des résultats de cette démarche a été produit en mars 2016 et servira de base pour la priorisation des interventions en matière de gestion intégrée des risques, dès le début de l'année 2016 2017.

Cette démarche a impliqué la consultation de l'ensemble des gestionnaires et des directeurs, ainsi que de leurs équipes respectives. Un total de 221 aléas a été identifié, pour chacun desquels le niveau de risque a été évalué en fonction de la probabilité d'occurrence, de la gravité de l'impact et du niveau de prévention et de préparation en place.

### ***Formations et orientations données au personnel du CISSS des Îles***

---

Des formations sur la gestion des risques et l'utilisation des formulaires AH-223 ont été données aux clientèles suivantes :

- Ensemble des gestionnaires cliniques (19 mai 2015)
- Gestionnaires des ressources non institutionnelles (7 décembre 2015)
- Gestionnaires de la direction des services administratifs (10 décembre 2015)
- Gestionnaires des services en santé communautaire, CLSC (25 janvier 2016)

De plus, une séance d'orientation sur les mêmes sujets a été donnée à deux nouvelles infirmières (11 mars 2016). Également, des recommandations et des avis ont été émis.

### ***Liaison avec des instances internes***

---

Le comité de gestion des risques a maintenu une liaison de collaboration avec les instances suivantes :

- **Conseil d'administration** : Présentation des rapports trimestriels à trois séances ordinaires du conseil d'administration et invitation à participer au comité de vigilance.
- **Sous-comité de prévention des risques du personnel en santé communautaire** : (i) proposition d'un plan d'action et constitution du sous-comité, formé des gestionnaires en santé communautaire et du gestionnaire des risques (2 novembre 2015), (ii) tenue de deux réunions (14 octobre et 2 novembre 2015) et (iii) recensement et analyse des risques encourus par les intervenants en santé communautaire (janvier-février 2016);
- **Comité de prévention des infections** : suivi des taux d'infections et des rapports d'éclosion, par le biais de l'infirmière en prévention des infections, membre du comité de gestion des risques;
- **Comité de surveillance sur l'application des mesures de contrôle** : (i) participation du gestionnaire des risques aux réunions et aux suivis du comité et (ii) contribution à l'optimisation des outils de suivi des dossiers et à l'élaboration de l'algorithme du processus décisionnel des mesures de contrôle;

- **Comité de gestion des risques stratégiques** : La présidente-directrice générale a tenu deux rencontres pour informer des risques connus et recevoir les différents risques potentiels perçus.
- **Comité des pratiques professionnelles interdisciplinaires (CPPI)** : Traitement d'environ quarante (40) dossiers liés à des protocoles et des ordonnances cliniques.

### **Liaison avec des instances externes**

Le gestionnaire des risques a participé aux réunions de la Table ministérielle sur la qualité et la sécurité du MSSS, à titre de représentant du CISSS des Îles. Cette instance « se veut un lieu de coordination et de concertation entre le ministère et les établissements publics du réseau de santé et des services sociaux au regard de la gestion de la qualité des soins et des services et, plus spécifiquement, de l'application et du suivi des différents mécanismes d'assurance de la qualité des soins et des services, ainsi que des orientations ministérielles en matière de partenariat et qualité de l'expérience vécue par les usagers et leurs proches ». À date, nous avons assisté à trois rencontres.

### **Autres activités ayant impliqué le gestionnaire des risques et de la qualité**

- Implantation de la salle de pilotage;
- Élaboration du plan d'amélioration de la qualité 2016-2017;
- Soutien au comité des usagers pour l'élaboration d'un sondage (services d'urgence);
- Rédaction de diverses chroniques sur la gestion des risques et l'agrément dans le feuillet d'information L'Express.

### **Recommandations et avis émis**

#### Recommandation au service du bloc opératoire (lettre à la chef de service, 14 octobre 2015)

*Lors des opérations césariennes, s'assurer de la présence au bloc opératoire d'une infirmière en obstétrique apte à effectuer la réanimation néonatale en cas de besoin.*

À cet égard, la DSI, la DSPH et le CMDP ont été saisis pour émettre un avis et des recommandations visant l'amélioration de la sécurité des usagers en ce genre de circonstances. Des réponses sont attendues au printemps 2016 et des recommandations seront adressées au comité de vigilance et de la qualité par la suite.

#### Recommandation au personnel d'encadrement (avis général émis le 7 octobre 2015)

*(i) Ajouter un point statutaire sur la gestion des risques à l'ordre du jour des réunions d'équipe,  
(ii) utiliser les rapports périodiques sur les déclarations d'incidents et d'accidents pour identifier et mettre en œuvre des pistes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des services.*

Cette recommandation vise à intégrer la gestion des risques dans la culture organisationnelle de l'établissement et, ultimement, à améliorer la qualité et la sécurité des soins et services. Elle s'insère aussi dans les activités réalisées pour atteindre les exigences de l'agrément.

#### Recommandation au personnel d'encadrement (avis général émis le 23 mars 2016)

*Aucun médicament ne doit être transmis en pièce jointe aux rapports de déclaration d'incident et d'accident (AH-223).*

Cette recommandation vise à prévenir la récurrence d'erreurs de transmission accidentelle de médicaments.

#### Recommandation du coroner concernant la sécurité des soins et des services

Aucune recommandation du coroner n'a ciblé les soins et les services du CISSS des Îles.

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

Un total de 802 événements indésirables a été déclaré, entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016. Toutefois, 5 formulaires de déclaration (0,6 %) étant incomplets en date du présent rapport, ils ne sont pas inclus dans les statistiques discutées ici. Les déclarations incomplètes portent tout de même sur des événements de gravité égale ou inférieure à E2.

Le nombre total d'événements déclarés en 2015-2016 montre une augmentation de 11,9 %, relativement au nombre de déclarations de l'année 2014-2015 (n = 717). Cette augmentation s'explique surtout par une amélioration du processus de déclaration en 2015-2016, grâce notamment aux formations données au personnel.

### **Catégories et gravité des événements déclarés**

- Les erreurs de médicaments (37,3 %) et les chutes (29,4 %) constituent les deux catégories principales d'événements indésirables (tableau 1);
- 21,5 % sont des événements classés comme des incidents (gravité : A, B);
- 74,8 % sont des accidents sans conséquences ou qui ont nécessité une surveillance ou un traitement non spécialisé (gravité : C à E1);
- 3,8 % sont des accidents qui ont nécessité des soins spécialisés avec ou sans prolongation d'hospitalisation ou dont les conséquences auraient précipité le décès imminent d'un usager. Ces événements ont fait l'objet d'analyses approfondies à la suite desquelles des mesures correctives et la divulgation à l'utilisateur ou à ses proches ont été appliquées (gravité : E2 à I);
- Les catégories impliquant des accidents de gravité E2 et plus sont réparties de la façon suivante :
  - E2** : chute, blessure, médicament (extravasation d'amiodarone), traitement (extravasation de produit de contraste en imagerie), agression, effet personnel (prothèse dentaire, lunettes), matériel (disparition/perte);
  - F** : chute, médicament (disponibilité), traitement (retard, réanimation néonatale, non-respect de procédure);
  - G** : chute, traitement (extravasation d'un produit de chimiothérapie);
  - I** : chute (fracture du bassin ayant précipité le décès).
- Dans la catégorie des médicaments, on observe :
  - 34,0 % d'erreurs filtrées (l'utilisateur n'a pas été touché) (gravité : A, B);
  - 51,5 % d'erreurs ayant touché l'utilisateur, mais sans conséquence pour sa santé (gravité : C);

13,8 % d'erreurs ayant nécessité une surveillance de l'utilisateur (gravité : D);

0,7 % d'erreurs ayant eu des conséquences temporaires pour l'utilisateur (gravité : E1 et F).

- L'objectif de réduction de 25 % des erreurs de médicaments à l'UMC, établi en début d'année 2015-2016, a été atteint (25,7 %). Cette réduction est surtout associée à la diminution d'erreurs liées à l'organisation du travail.

Il est à souligner que des statistiques publiées en décembre 2015 par le ministère de la Santé et de Services sociaux montrent que le nombre d'incidents et accidents enregistrés au CISSS des Îles en 2014-2015 est légèrement inférieur à la moyenne provinciale (-2 %), et ce, relativement à la population desservie. Ce constat met en évidence le haut niveau de sécurité et de qualité des services offerts par le CISSS des Îles.

**Tableau 1.** 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			46	134	40	7	5	1	1		234	29,4
Quasi-chute		2	10	3							15	1,9
Diète			1								1	0,1
Médicament	22	79	153	41		1	1				297	37,3
Traitement	1	5	11	7		1	2	1			28	3,5
Imagerie			3								3	0,4
Laboratoire	8	23	41	6							78	9,8
RDM	1	1	4								6	0,8
Bâtiment	1										1	0,1
Effet personnel			1	1		5					7	0,9
Équipement	7	3	9								19	2,4
Matériel	2	3	10	1		1					17	2,1
Agression		1	6	6		1					14	1,8
Autre	8	4	4	9	49	1	1			1	77	9,7
Total	n	50	121	299	208	89	17	9	2	1	1	797
	%	6,3 %	15,2 %	37,5 %	26,1 %	11,2 %	2,1 %	1,1 %	0,25 %	0,13 %	0,13 %	

### ***Causes principales des événements déclarés***

Dans un esprit d'amélioration de la qualité des services, en 2015-2016, une attention particulière a été portée sur les causes des événements indésirables. Cette approche a permis d'identifier et quantifier les types de causes possibles, notamment celles liées aux facteurs humains et à l'organisation du travail. Ces deux types de causes sont à l'origine de presque la moitié (49,4 %) des événements indésirables déclarés (tableau 2).

Les causes liées aux facteurs humains incluent les distractions ou erreurs techniques, ainsi que le non-respect de protocoles cliniques, procédures, règles de soins, plans d'intervention, consignes, etc. Les causes liées à l'organisation du travail incluent les lacunes opérationnelles (ex. : communication, formation, procédures/politiques ou organisation des services) ou les déficiences liées aux ressources humaines (ex. : personnel insuffisant, inexpérimenté ou non entraîné).

**Tableau 2.** 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	3	7	7	1	1	214			233
Quasi-chute				1	1	14			16	2,0
Diète					1				1	0,1
Médicament	7	31	216	1	38	4		1	298	37,4
Traitement	3	1	12		11	1			28	3,5
Imagerie			3						3	0,4
Laboratoire	1	4	59	2	12				78	9,8
RDM			3	2	1				6	0,8
Bâtiment				1					1	0,1
Effet personnel		2	1	1		3			7	0,9
Équipement			2	14	1	1		1	19	2,4
Matériel		1	4	9	3				17	2,1
Agression			1			1	11		13	1,6
Autre	1	10	8	1	9	48			77	9,7
Total	n	15	56	316	33	78	286	11	2	797
	%	1,9	7,0	39,6	4,1	9,8	35,9	1,4	0,25	

### **Aperçu des activités principales prévues pour 2016-2017**

- Amélioration du processus de déclaration des événements indésirables, notamment dans les ressources non institutionnelles, dont le CISSS des Îles est responsable;
- Mise en place d'un système de suivi des alertes des équipements biomédicaux;
- Poursuite de l'implantation du processus de gestion intégrée des risque et arrimage avec la salle de pilotage stratégique;
- Réalisation d'au moins une analyse prospective.

### **COMITÉ DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES INTERDISCIPLINAIRES (CPPI)**

Mis en place depuis 2013, le mandat de ce comité a été révisé en 2015-2016 :

- Gérer les ordonnances et protocoles du CISSS des Îles (volet 1) : Processus d'analyse, révision et approbation des ordonnances et des protocoles (ou autre type de dossier clinique), et ce, en assurant une liaison consultative avec le comité de pharmacologie, le CECII, le CECM et le CECMDP.
- Contribuer à la gestion des activités interprofessionnelles (volet 2) : Reception de demandes de révision de l'exercice d'une activité par un groupe de professionnels (ajout, cessation ou modification) et formulation de recommandations ou avis sur les orientations en tenant compte des éléments suivants: (1) le cadre normatif, (2) la sécurité et la qualité des soins, (3) le taux d'exposition du personnel et (4) le maintien ou le développement des compétences nécessaires. Aucun dossier n'a été traité en 2015-2016.

### **Composition du CPPI :**

---

Le CPPI est composé de cinq membres provenant de diverses professions et fonctions, soit (au 31 mars 2016):

- Daigneault, Isabelle      Pharmacienne
- Hubert, Amélie          Médecin, représentant du CECMDP
- Lapierre, Estelle        Chef de programmes (CLSC), représentant les services généraux
- Poirier, Amélie         Conseillère en soins infirmiers, représentant la DSI et le CECII
- Tita, Guglielmo         Gestionnaire des risques et de l'agrément, représentant la DG

Le comité, présidé par M. Tita, peut également inviter d'autres personnes ressources, au besoin.

### **Activités principales :**

---

- Révision de l'organisation du CPPI et élaboration d'un guide de fonctionnement du comité et du cheminement des ordonnances et protocoles (projet LEAN);
- Révision et élaboration des outils de suivi des dossiers traités et du système de priorisation des activités;
- Réception, révision et traitement de 40 dossiers portant sur les sujets suivants:
  - Aide médicale à mourir (1)
  - Anticoagulothérapie (4)
  - Oxygénothérapie (1)
  - Soins intensifs (5)
  - Anaphylaxie (2)
  - Traitements en rhumatologie (6)
  - Traitements en immunomodulation (6)
  - Pré-opératoire et post-opératoire – césariennes (4)
  - Pré-opératoire et post-opératoire – gynécologie (4)
  - Hypertension gravidique grave, pré-éclampsie et éclampsie (1)
  - Désanticoagulation péri-opératoire (2)
  - Dépistage, prévention et contrôle du SARM et du ERV (4)
  - Algorithme d'intervention sur l'hypoglycémie chez les adultes (1)
- Révision de la liste des abréviations, symboles et inscriptions numériques dangereux à ne pas utiliser.

En 2015-2016, le CPPI a tenu six (6) réunion.

### SOINS INFIRMIERS

#### Activités particulières

- Modification de la structure organisationnelle;
- Participation à la table nationale des DSI du MSSS ;
- Visite d'inspection professionnelle de l'OIIQ en CHSLD
- Contribution à la planification de la main-d'œuvre infirmière avec la DRH;
- Révision des règles de soins infirmiers concernant les chutes;
- Co-gestion clinico-administrative infirmière et médicale;
- Participation au CPPI;
- Participation au comité de pharmacologie;
- Comité de médecine transfusionnelle;
- Révision des politiques;
- Assurer la gestion du programme de cancérologie.

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

- Mise en place d'ordonnances médicales individuelles standardisées préimprimées (OMISP) dans les domaines suivants :
  - Administration des opiacés;
  - Détresse respiratoire en phase terminale;
  - Syndrome coronarien aigu;
  - Périnatalité;
  - Psychiatrie;
  - Ténectéplase;
  - Syndrome coronarien aigu;
  - Sepsis pédiatrique;
  - Sepsis adulte;
  - Nutrition entérale (gavage).
- Élaboration ou mise à jour d'ordonnances collectives
  - Acide folique et multivitamines chez les femmes suivies dans le cadre des programmes OLO et SIPPE;
  - Ajustement de la lévothyroxine pour la clientèle traitée pour hypothyroïdie;
  - Contraception d'urgence.
- Mise à jour ou élaboration de protocoles
  - Administration de l'altéplase chez un usager présentant un AVC ischémique aigu (protocole médical, P-1);
  - Soins et surveillance de l'usager présentant un AVC potentiellement admissible à la thrombolyse ou thrombolysé (protocole infirmier, P-1).

#### Audits

##### Un audit sur la conformité des règles en lien avec l'évaluation du risque de plaie.

Constats :

- Une échelle de Braden est réalisée à plus de 95 % dans les secteurs de la courte durée;
- La conformité à la règle de soins concernant la réévaluation est respectée dans 90 % des cas en courte durée.

## Volet Développement des connaissances et des compétences

---

- Webinaire :
  - L'évaluation vasculaire
  - La prescription infirmière en soins de plaie
  - L'ulcère diabétique
  - La gestion des plaies difficiles
  - Les outils d'arrêt tabagique, patient cardiaque
- Visioconférence :
  - La prévention secondaire de l'AVC
  - La fibrillation auriculaire, thromboembolie...
  - Journée des centres référents en hémodynamie et électrophysiologie
  - Le cancer du sein
  - La prévention des EAMPOC
  - La thrombopénie induite par l'héparine
- Midi-clinique :
  - Nouveau code de déontologie
  - Outils d'encadrements cliniques
  - Formation RCR
  - Formation de base en allaitement maternel
  - Formation allaitement difficile
  - AMPRO+ atelier de base et exercices d'urgence

## Outils cliniques

---

- Algorithme d'intervention en cas d'hypoglycémie;
- Mise en place d'une feuille de route en réanimation cardiovasculaire (RCR) et guide d'utilisation.

## Plans d'action

---

- Participation à l'élaboration d'un projet d'encadrement de la pratique en obstétrique;
- Plan d'action sur le développement de la pratique en soins infirmiers;
- Mise à jour du plan d'action *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*.

## Embauche et intégration

---

- Intégration et accueil de deux externes et onze (11) nouvelles infirmières incluant la chef de service à l'UMC;
- Mise en place d'un suivi de préceptorat pour deux infirmières;
- Soutien à l'intégration de personnel infirmier dans de nouvelles fonctions (accueil clinique, immunosuppression, bloc opératoire, obstétrique, soins intensifs, etc.);
- Soutien au recrutement et à l'embauche de personnel infirmier.

## **PRÉVENTION DES INFECTIONS**

---

### ***Volet 1- Surveillance***

- Surveillance active en lien avec le SARM, ERV, BGNPC, DACD et complications, bactériémies panhospitalières, bactériémies à SARM, infections urinaires symptomatiques en CHSLD, gastro-entérite, influenza, ISO;
- 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 procédure G-200A sur le lavage des mains. Planifier et réaliser des campagnes et des audits d'hygiène des mains à l'unité d'un jour;
- Rédaction d'ordonnances collectives pour le dépistage et le suivi SARM-ERV;
- Politique de construction ;
- Finalisation et implantation du répertoire d'outils sur les mesures de prévention et de contrôle des BMR dont le SARM-ERV au CISSS des Îles;
- Rédaction et implantation de la politique encadrant la présence de chiens guide ou d'assistance et d'animaux de compagnie au CISSS des Îles et de la procédure visant l'encadrement de la présence d'animaux domestiques au CHSLD Eudore-LaBrie;
- Mise à jour de la politique de gestion d'éclosion et de la procédure en cas d'éclosion d'influenza;
- Mise à jour des ordonnances collectives sur l'utilisation du tamiflu auprès de la clientèle et du personnel;
- Rédaction et implantation d'un outil de préparation à la saison grippale.

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

- Sept (7) nouveaux employés ont reçu de la formation;
- Formation de base en prévention des infections pour le personnel des services techniques et les entrepreneurs externes;
- Formation de base en prévention des infections pour le personnel en hygiène et salubrité;
- Avis à la population en période de grippe et gastro-entérite pour la promotion de mesures préventives;
- Semaine des infirmières : sensibilisation au lavage des mains à la cafétéria;
- Participation à la campagne de vaccination contre l'influenza;
- Enseignement sur l'utilisation de l'algorithme ERV sur les unités de soins;
- Supervision d'une stagiaire en pharmacie pour un projet d'étude rétrospective des ISO;
- Soutien auprès des équipes sur l'utilisation des différents outils de suivi ou de déclaration.

### ***Volet 4 - L'évaluation du programme***

- Bilan positif de l'année antérieure avec atteinte des objectifs;
- Révision annuelle de la structure du CPI;
- Audit sur le lavage des mains à l'unité d'un jour en juin et septembre 2015;
- Vigilance quant au maintien d'une conseillère en PCI et avis du CPI.

## Volet 5 - La communication et l'information

- Transmission du tableau de bord au CA sur une base trimestrielle;
- Diffusion des bilans trimestriels dans le bulletin d'établissement;
- Diffusion d'information dans le bulletin de l'établissement;
- Mise à jour du Plan local de gestion d'une éclosion d'influenza ou de gastroentérite et documents transmis à la Direction de la santé publique Gaspésie-Iles-de-la Madeleine;
- Participation aux activités et aux réunions de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN)-GÎM);
- Rencontre avec les partenaires et visiteurs : Dr Jutras microbiologiste;
- Participation à divers comités : gestion de risque, gestion des antimicrobiens, comité de prévention des infections, comité de soins infirmiers, regroupement des infirmières en prévention des infections de la Gaspésie et des Îles, comité stratégique en soins infirmiers, rencontre des gestionnaires;
- Contribution aux activités du comité de gestion des antimicrobiens;
- Conférence de presse sur la gestion de l'éclosion majeure de gastro-entérite au PEL;
- Capsules d'information sur divers sujets de la PCI à la radio, sur le site internet du CISSS des Îles et Facebook.

## Volet 6 – La gestion des éclosions

- Gestion de deux petites éclosions en août et septembre 2015 de gastro-entérite au CHSLD;
- Gestion d'une éclosion majeure de gastro-entérite au CHSLD en novembre et décembre 2015 avec création de comité ad hoc et production de rapport d'éclosion (post-mortem);
- Gestion d'une éclosion mineure d'influenza A au CHSLD en mars 2016 avec création d'un comité ad-hoc et production d'un rapport d'éclosion.

## Autres

- Révision de la structure clinique du poste de conseillère en prévention des infections.

NOMBRE DE CAS – PRÉVENTION DES INFECTIONS		
	2014-2015	2015-2016
Nombre de diarrhées associées à la C difficile – nosocomiales/jours présence	5 / 8 774 + 11 non attribuables au CISSS	2 / 9022 + 12 non attribuables au CISSS
Nombre de nouveaux cas de SARM	10 + 12 non attribuables au CISSS	6 + 2 non attribuables au CISSS
Nombre de nouveaux cas ERV/jours présence	0 / 8 774	0 / 9022
Nombre de nouveaux cas de bactériémie/jours présence	1 / 8 774 +2 non attribuables au CISSS	3 / 9022
Travailleurs exposés accidentellement aux liquides biologiques	2	7

## Rapport annuel d'utilisation des mesures de contrôle

- **Protocole des mesures de contrôle et politique**
  - Une révision du protocole des mesures de contrôle est amorcée;
  - Le dépliant d'information sur les mesures de contrôle a été mis à jour;
  - Une liste de vérification a été créée afin de soutenir les professionnels dans l'utilisation d'une mesure de contrôle;
  - Un nouvel outil de suivi a été élaboré pour le comité de suivi et de surveillance des mesures de contrôle et sera en fonction à partir du 1 avril 2016;
  - Un nouveau formulaire de déclaration des mesures de contrôle a été élaboré et sera en application à partir du 1 avril 2016.
  
- **Formation**
  - 3 groupes d'intervenants œuvrant au CHSLD ont reçu une formation visant la réduction et l'utilisation judicieuses des mesures de contrôle.
  
- **Comité de suivi et de surveillance**
  - 4 rencontres ont été tenues au cours de l'année.
    - Recommandations émises :
      - Réaménager le CRDI-TSA afin de rendre le bâtiment plus sécuritaire pour accueillir des clientèles particulières;
      - Revoir le formulaire de déclaration des mesures de contrôle et de suivi du comité local;
      - Mettre à jour le dépliant informatif pour la clientèle.
  
- **Autres dossiers**
  - Réaménagement physique du CRDI-TSA afin de rendre plus sécuritaire les accès au bâtiment.

Secteurs	Contentions physiques	Contentions chimiques	Isolement	Surveillance privée	Mesure non planifiée
CHSLD	3	3	1	2 <sup>1</sup>	2
Soins critiques				1	1
Module psychiatrie					
CRDI-TSA			1		

<sup>1</sup> En situation de prévention des infections

## UNITÉS DES SOINS CRITIQUES

- Comité local de traumatologie : 6 rencontres
- Projet téléthrombolyse avec le CHU de Québec
  - Participation aux réunions bisannuelles des chargés de projet locaux.
  - Sept appels logés (consultations téléphoniques) pour codes 100 entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015.
  - Simulation organisée avec l'Enfant-Jésus en octobre 2015.
- Réaménagement des locaux pour accueillir la clientèle lors d'un retour de transfert en attente d'évaluation médicale.
- Inscription à un 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).
- Remplacement des moniteurs défibrillateurs sur l'unité.
- Atteinte et dépassement des cibles ministérielles (Ententes de gestion)

STATISTIQUES DE L'UNITÉ DES SOINS CRITIQUES			
	2014-2015	2015-2016	ÉCART
Nombre de visites	21 279	20167	↓ 1112
Civières	2357	2293	↓ 64
Taux d'occupation des civières	51 %	53 %	↓ 2 %
Durée moyenne de séjour (Cible du MSSS : 12h)	11	12	↑ 1
% de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale est de moins de 2 h (Cible du MSSS : 85 %)	88 %	89 %	↑ 1 %
% clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures (Cible du MSSS : 85 %)	91 %	91 %	0
% de séjour de plus de 24 heures	12 %	13 %	↑ 1 %
% de séjour de plus de 48 heures	1 %	1 %	0
Soins intensifs/jours présence	627	737	↑ 110
Taux d'occupation	57 %	67 %	↑ 10 %
Admission soins intensifs	261	281	↑ 20

## UNITÉ MULTICLIEN TÈLE

- Projet d'organisation du travail en périnatalité :
  - Revue de la structure d'effectifs;
  - Nomination de deux cliniciennes pour développer et soutenir la pratique en soins infirmiers;
  - Mise en place d'activités de coaching et de simulation clinique pour développer et maintenir l'expertise en obstétrique
- Consolidation de l'offre de service en santé physique et en santé mentale;
- Intégration d'un nouveau modèle de gestion des lits et de suivi intégré des clientèles;
- Mise en place de pratique d'amélioration continue des processus;
- Application du programme AMPRO PLUS;
- Poursuite du programme AAPA;
- Mise en place d'un comité de travail pour le développement du mouvement de la psychiatrie citoyenne;
- Introduction d'activités de réadaptation sociale au module de psychiatrie conjoint avec la santé mentale externe;

STATISTIQUES À L'UNITÉ MULTICLIEN TÈLE			
** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée	2014-2015	2015-2016	ÉCART
Jours présence chirurgie	868	593	(275)
Jours présence médecine	4452 <sup>2</sup>	3255	(1172)
Jours présence gériatrie active	nid	850	850
Jours présence médecine LC	913	1280	323
Jours présence obstétrique	210	215	5
Jours présence pédiatrie	24	27	3
Jours présence soins palliatifs	264	350	174
Jours présence soins palliatifs LC	0	75	75
Jours présence hébergement temporaire	0	5	(27)
Jours-présence en psychiatrie dans lits de santé physique	23	190	167
Jours présence courte durée (23 lits)	6731	7081	280
Taux d'occupation courte durée	80.2 %	84.12 %	4.12
Admissions courte durée	790	920	130
Jours présence total psychiatrie <sup>3</sup>	810	1357	547
Jours présence psychiatrie longue durée	26	12	(14)
Jours présence psychiatrie légale	263	31	(232)
Jours présence psychiatrie (4 lits)	1099	1167	68
Taux d'occupation psychiatrie	75.3 %	79.71 %	4.41
Admissions psychiatrie	40	71	31
Nombre de naissances	71	64	(7)
Nombre de cas ambulatoire de chirurgie d'un jour	6 <sup>4</sup>	18	8

<sup>2</sup> Inclus la gériatrie active

<sup>3</sup> Inclus les jours présence en santé physique

<sup>4</sup> Données incomplètes

## 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

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

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 services de chacun en désignant le bon prestataire de services.

Clientèle	2014-2015		2015-2016	
	Nb d'utilisateurs	Nb interventions	Nb d'utilisateurs	Nb interventions
PALV	286	34 243	271	30 189
DP	88	3 804	80	3 879
DI-TSA	37	1 290	36	2 364
SM	2	66	3	289
Post-op	112	1 363	123	1 212
Soins palliatifs	31	786	45	1 512
Santé physique (CT)	14	18	34	70
Santé physique (LT)	98	2 724	124	3 260
<b>TOTAL</b>	<b>618</b>	<b>44 301</b>	<b>626</b>	<b>42 780</b>

- 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;
- Reclassification de vingt-deux (22) clients dans les programmes services appropriés;
- Conclusion d'une 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);
- Intensification de l'offre de services en SAD pour les clientèles avec un profil ISO-Smaf supérieur à 4;
- Planification de visites à domicile (médecins et infirmières), ce qui a permis de diminuer le nombre de visites et d'interventions par les infirmières;
- Planification de rencontres hebdomadaires en équipe interdisciplinaire facilitant la mise à jour des plans d'intervention des clients à domicile;
- Augmentation du nombre de clients suivis en soins palliatifs à domicile et du nombre de décès à domicile, respectant ainsi la volonté des clients;
- Augmentation de la couverture en soins infirmiers à domicile en élargissant les plages horaires de 8 h à 20 h;
- L'ajout d'un poste d'infirmière de soirée, du lundi au vendredi, a permis d'avoir une diminution de 575 heures travaillées, une diminution de 84 heures de rappels au travail et une diminution de 330 heures en temps supplémentaires en soins infirmiers à domicile.
- Augmentation du niveau d'interventions de la technicienne en réadaptation physique permettant une meilleure prise en charge de la clientèle en réadaptation;
- Implication de la nutritionniste dans l'offre de services professionnels à domicile;
- Abolition du rôle de chef d'équipe pour les auxiliaires familiales et de santé afin d'offrir un plus grand nombre d'heures directes aux clients;
- Mise en place d'un calendrier de formation pour les infirmières, les auxiliaires familiales et de santé et nos partenaires privés, afin d'assurer le maintien des connaissances.

<b>SOINS À DOMICILE - VOLUME DES ACTIVITÉS – INTERVENTIONS/USAGERS</b>				
<b>POURCENTAGE D'AUGMENTATION</b>				
	<b>2014-2015</b>		<b>2015-2016</b>	
	<b>Usagers</b>		<b>Usagers</b>	<b>Interventions</b>
Soins infirmiers	445	10 718	449	9 598
Inhalothérapie	67	426	69	615
Auxiliaires familiales	102	6 223	101	6 719
Services achetés	71	22 621	79	21 395
Services psychosociaux	382	3 589	394	3506
Nutrition	0	0	4	26
Ergothérapie	108	409	98	418
Physiothérapie	104	315	126	503
Centre de jour	68	137	85	153
<b>TOTAL (usagers différents)</b>	<b>603</b>	<b>44 170</b>	<b>626</b>	<b>42 780</b>

## Programme DP-DITSA (services spécifiques et spécialisés)

- Regroupement du programme DP et DITSA à l'automne 2015 sous une même gestion.
- Évaluation des besoins de toute clientèle DP, DI, TSA dans l'objectif d'une restructuration du programme (services spécifiques CLSC). Travaux en cours quant au bilan et la révision de l'offre de services en DP, DI et TSA
- Formation continue pour le développement de l'expertise en DI et TSA.
- Formation accréditée d'une intervenante pour la passation de l'OEMC (outil d'évaluation multi clientèle)
- Formation « équilibre en situation de TGC » offerte à 3 groupes d'intervenants du CISSS des Îles.
- Développement d'un projet pilote en partenariat avec l'APHI offrant un répit aux jeunes et adultes DP.DI.TSA.
- Révision de l'offre de services pour le programme ICI (intervention comportementale intensive) pour les enfants 0-5 ans TSA et formation aux parents.
- Appropriation des guides de pratiques en TSA et TGC en collaboration avec l'INESSS (Institut national d'excellence en santé et services sociaux).
- Participation à la communauté de pratique du SQETGC (service québécois d'expertise en TGC).

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

Secteur d'activités	2014-2015	2015-2016
Perte d'autonomie liée au vieillissement	34 255	30 189
Soins palliatifs	786	1 512
Services en DI-TSA	3 893	5 483
Services en DP	3 800	3 907
Services psychosociaux	1 776	1 621
Services de santé courants	8 969	12 778

## L'Hébergement institutionnel et non institutionnel

### Activités réalisées au cours de la dernière année

#### Centre d'hébergement Eudore-LaBrie

Le nombre de jours présences au Centre d'hébergement Eudore-LaBrie s'est élevé à 22 242, comparativement à 22 926 l'année dernière. Le taux d'occupation est donc passé de 98.1 % à 94.95 %. Cette diminution du taux d'occupation s'explique par la période d'éclosion de gastro-entérite, en décembre dernier, où nous n'avons pas admis de nouveaux clients en CHSLD. Il y a eu quatre lits fermés et 75 jours-présence perdus. De plus, nous avons converti une place pour la clientèle externe en soins palliatifs et de fin de vie, en septembre 2015, et le taux d'occupation a été de 46 %. Nous observons présentement une augmentation de l'utilisation de ce lit en soins palliatifs.

## **Activités réalisées :**

- Recrutement et activités de reconnaissances avec les bénévoles.
- Soirée d'information pour les résidents et les familles. Plusieurs présentations et sujets d'information et de discussion (mission, services offerts, unités prothétiques, plaintes, maladie d'Alzheimer, comité des résidents, comité milieu de vie).
- Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en août 2015 et rédaction d'un plan d'action.
- Visite d'inspection générale de l'OIIQ en octobre 2015, plan d'action en cours de rédaction.
- Complétion du plan d'action suite à la visite du Protecteur du citoyen, rapport de décembre 2014.
- Révision et clarification de la procédure d'accueil et d'admission en hébergement et en soins palliatifs (en cours de révision linguistique).
- Amélioration du fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire, de la planification et du suivi des rencontres et des plans d'intervention interdisciplinaire, et création d'un outil de planification.
- Formations offertes au personnel (Oméga, mesures de contrôle, équilibre en situation de TGC, leadership transformationnel infirmier, matériel d'évacuation, soins palliatifs et loi 2, prévention de la maltraitance envers les aînés, Lean).

## **Ressources non institutionnelles**

Le CISSS peine à répondre aux besoins d'hébergement pour la clientèle DP-DI-TSA, car les appels d'offres pour recruter des responsables de ressources de type familial (RTF) ne sont pas concluants. Le réseau d'hébergement actuel se situe principalement dans les résidences du Foyer du Lien où nous pouvons retrouver entre 5 et 8 résidents, ce qui comporte parfois des défis de cohabitation de clientèle. Il est également difficile de répondre aux besoins d'hébergement pour certains clients ayant des troubles graves du comportement et dont une expertise particulière est nécessaire. Le recours à de l'hébergement spécialisé à l'extérieur des Îles peut donc devenir une alternative incontournable pour répondre adéquatement aux besoins de ceux-ci.

Malgré l'intensification des services de soutien à domicile, le CISSS des Îles gère des listes d'attente pour le CHSLD et les ressources non institutionnelles. Le réseau d'hébergement en amont, soit les ressources non institutionnelles (RNI) et les résidences pour aînés (RPA), ne permet pas de répondre aux besoins des personnes âgées ayant des pertes d'autonomie légères ou modérées. Un appel d'offres est en cours pour recruter une ressource d'hébergement de 6 places. Parallèlement, un autre appel d'offres a été lancé pour regrouper les 30 places SAPA au même endroit en 2018. Cela permettra de consolider le réseau d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

## **Activités avec les ressources non institutionnelles :**

- Consolidation des services professionnels dans la ressource intermédiaire spécialisée;
- Élaboration d'un programme de formation annuel des responsables de ressources non institutionnelles à partir des priorités nationales
- Dispensation de 5 formations spécifiques (RCR, PDSB, formation de base DI et TSA, gestion des risques);
- Négociations toujours en cours pour le renouvellement des ententes entre les associations représentant les ressources d'hébergement sur le territoire madelinot et le MSSS;

## Services psychosociaux généraux

---

### Équipe psychojeunesse

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

---

- Ententes de collaboration avec le Centre 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.
- 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.
- Neuf situations ont retenu l'attention des membres de l'équipe, dont 3 nouvelles demandes : Impasse clinique ou administrative, lourdeur de coordination, difficulté de concertation, situation présentant des indices de compromission, situation clinique complexe sont les motifs de référence justifiant le recours au service.
- L'équipe d'intervention jeunesse s'est rencontrée aussi pour neuf discussions cliniques afin d'augmenter la qualité de réponse à la demande d'intervention.

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

---

- Taux d'allaitement exclusif parmi les bébés allaités : 47 % en 2014-2015. Les données pour l'année 2015-2016 ne sont pas encore disponibles.
- Mise à jour des cours prénataux et intégration dans le programme SPI favorisant un meilleur suivi des femmes enceintes et une meilleure diffusion d'information ( continuité de services dès l'annonce de la grossesse jusqu'à l'accouchement et le suivi du développement de l'enfant jusqu'à l'âge de 5 ans).Organisation de la salle de périnatalité au CLSC pour améliorer l'accueil lors des cours prénataux et favoriser une atmosphère de détente et d'échanges.
- Jumelage des programmes OLO et SIPPE afin de favoriser un meilleur suivi des clientèles vulnérables.Rencontre régulière avec l'infirmière pour la remise des coupons OLO et ainsi assurer un meilleur suivi des clientèles vulnérables.
- 5 Infirmières cliniciennes ont reçu leur droit de prescrire de l'OIIQ. ( soins des plaies, Traitement ITSS, contraception, vitamines et acide folique, traitement des nausées chez la femme enceinte, traitement fongique peau et muqueuses chez le bébé et mère qui allaite,thérapie de remplacement de la nicotine.) Ces protocoles sont en cours de mise en application ainsi qu'une règle de soins.
- Formation à tous les paliers de l'organisation sur l'allaitement, tel que prévu dans le cadre d'*Amis des bébés*. Allaitement de base : 7 infirmières-infirmières auxiliaires; Allaitement difficile : 13 infirmières-infirmières auxiliaires.
- 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.
- Cliniques médicales avec pédiatre ( 3 visites), collaboration infirmière SPI lors des cliniques : 12 enfants suivis.

<b>VOLUME DES ACTIVITÉS – INTERVENTIONS/USAGERS</b>		
	<b>2014-2015</b>	<b>2015-2016</b>
<b>SERVICES GÉNÉRAUX</b>		
Santé parentale infantile	430 usagers 1 890 interventions	424 usagers 2 098 interventions
Services psychosociaux	433 usagers interventions	483 usagers 1 777 interventions
Psychologie Services généraux	61 usagers 399 interventions	59 usagers 278 interventions
Orthophonie enfant	44 usagers 375 interventions	54 usagers 337 interventions
Nutrition	178 usagers 329 interventions	205 usagers 437 interventions
<b>JEUNES EN DIFFICULTÉ</b>		
Jeunes en difficulté	89 usagers 930 interventions	96 usagers 1 029 interventions

## Services cliniques

### Services courants GMF

- Maintien de la clinique d'anticoagulothérapie par une infirmière clinicienne (usagers inscrits : 178).
- 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. 2015-2016 : 86 usagers / 270 interventions
- Mise en place d'un projet de suivi de clientèle diabétique avec ou sans maladie chronique autre (infirmière, nutritionniste) afin de favoriser la prise en charge médicale de la clientèle orpheline. Volet nutrition : 108 usagers/108 interventions; volet infirmier : 300 usagers inscrits au GMF/181 interventions. (projet terminé au 31 mars 2016)
- 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.

<b>GUICHET D'ACCÈS</b>		
	<b>2014-2015</b>	<b>2015-2016</b>
Nombre d'usagers inscrits au Guichet d'accès	997 au 23 février 2015	112 en attente de référence
Nombre de demandes en attente d'inscription	0	0
Nombre d'usagers pris en charge au cours de l'année	1 852	1785

## Services courants

- Interventions en IVG (interruption volontaire de grossesse) : révision et mise à jour du programme en cours.
- Taux de vaccination antigrippale des employés du réseau : 43 % en 2014-2015; augmentation en 2015-2016 soit : 52.4 %.

L'implantation du registre vaccinal le SI-PMI ( Système d'information pour la protection en maladies infectieuses) est maintenant bien rodée pour les infirmières du CISSS des Iles. Depuis avril 2015 aucune donnée statistique n'est enregistrée dans le I-CLSC.

SERVICES COURANTS		
	2014-2015	2015-2016
Clinique des voyageurs	454 usagers 584 interventions	ND (depuis implantation SI-PMI)
Vaccination antigrippale saisonnière	3 682 usagers	2 906 usagers
Dépistage en ITSS	58 usagers	24 usagers
Interruption volontaire de grossesse	8 interventions	15 interventions
Centre d'abandon du tabagisme	29 usagers 66 interventions	24 usagers 78 interventions
Clinique anticoagulothérapie	232 usagers inscrits	178 usagers inscrits
Services santé courants	2 035 usagers 12 722 interventions	2 237 usagers 12 778 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		2014-2015	
	USAGERS	NB JOURS TRAITEMENT	USAGERS	NB JOURS TRAITEMENTS
Ergothérapie	361	1 363	297	1 402
Physiothérapie	657	4 554	601	4 450
Orthophonie	79	216	60	183

## Programme santé mentale

- Consolidation d'une équipe regroupée (services psychosociaux généraux, santé mentale et dépendances).
- Nouveau plan d'action du ministère (2015-2020) réorganisation des services au module de psychiatrie.
- Consolidation de l'offre de services de L'Équipe régionale santé mentale jeunesse en activité. Visite sur une base régulière. (2 pédopsychiatres pour 4 visites par année)
- Présentation de deux projets *Bell Cause pour la Cause : Un esprit sain dans un corps sain* (vélos d'exercice en piscine) et *meublons notre avenir*.

Type d'interventions	2014-2015	2015-2016
Intervention de suivi de crise	17 usagers 123 interventions	10 usagers 171 interventions
Services ambulatoires en santé mentale	237 usagers 2 184 interventions	248 usagers 2 524 interventions
Services spécialisés en santé mentale	50 usagers 807 interventions	105 usagers 1 051 interventions
Services intensifs dans la communauté	11 usagers 686 interventions	8 usagers 565 interventions
Services d'intensité variable dans la communauté	28 usagers 1 085 interventions	32 usagers 1 196 interventions
Services externes en toxicomanie	55 usagers 250 interventions	59 usagers 328 interventions
TOTAL	398 usagers 5 135 interventions	462 usagers 5 835 interventions

## Programme dépendance, services spécifiques

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

## 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 2015-2016, le service d'organisation communautaire a apporté une contribution à divers niveaux visant à développer le partenariat et la concertation, le soutien à la vie associative et aux projets issus des communautés et la création de nouvelles ressources.

- Soutien à l'équipe de développement social et participation active aux divers comités issus de ses initiatives (Les Îles en forme et en santé, Action Pauvreté et inclusion sociale, Petite enfance IM).
- Mise en évidence des besoins d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie et soutien du développement..
- 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 services : Plan local de santé publique, Fonds d'entraide L'Envol, Options-Répit (ressources de répit pour parents d'enfants vivant un handicap), Corporation d'aide à domicile L'Essentiel, entre autres. Définition d'une formation sur l'Approche communautaire en services cliniques, et offre aux gestionnaires et intervenants du CISSS des Îles (35 participants).
- 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;
  - Intégration dans les loisirs estivaux de la municipalité des enfants et jeunes 5-21 ans.
  - Soutien au développement de divers services pour les personnes adultes présentant une DI, DP ou un TSA (répit, hébergement et services éducatifs)
  - Structuration du Groupe d'entraide sur la fibromyalgie et les douleurs chroniques.
  - Soutien à la création et à l'organisation d'activités d'un groupe de soutien pour personnes ayant subi ou devant subir une chirurgie bariatrique.
- Aide à la vie associative (analyse de situations problématiques, structuration ou restructuration, résolution de conflits, information, références, outils de travail, animation d'AGA, dissolution, etc.).
- Représentations (ou liaisons) du CISSS dans des instances d'intérêt communautaire : Table de concertation sur les hydrocarbures, groupe persévérance scolaire, coopérative jeunesse de services, CEDEC.
- 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).

## **DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS (DSPH)**

Le poste à la Direction des services professionnels a été pourvu par intérim par la Présidence-direction générale. Mains efforts de recrutement ont été entrepris et pas encore de résultats concrets à la fin de l'année. Par contre, la Présidence-direction générale s'est adjoint pour une période de 3 mois un conseiller pour les dossiers DSP ayant débuté en février 2016. Ses principaux mandats sont : la négociation de corridors de services, le recrutement et la gestion de crise.

### **Faits saillants**

- Consolidation du GMF, cible d'inscription atteinte au 31 mars 2016 : 86.2 %
- Statistiques : Nombre de médecins dépanneurs en 2014-2015 : 236 médecins dépanneurs, en terme de périodes. En 2015-2016, 133 médecins dépanneurs en terme de périodes, 107 consultants spécialistes.
- Révision des règlements du CMDP dans le cadre de la loi 10.
- Dans l'exercice 2016-2020 des PEM des spécialistes, nous avons obtenu les 3<sup>e</sup> postes permanents de chirurgie générale et de médecine interne.

- Travaux de consolidation de l'équipe d'oncologie et négociation de corridors de services. Nous avons convenu d'entente avec Institut Philippe Pinel pour le psycholégal, avec Institut de gériatrie de Montréal pour la psychogériatrie, dermatologie avec 2 médecins hors région et Ste-Justine, cardiologie avec le CISSS du Bas-St-Laurent (Rimouski), IUCPQ pour le néo du poumon, CHUQ pour le néo de l'œsophage, pour les labos et la périnatalité .
- Gestion de pénurie médicale en chirurgie générale, médecine interne , anesthésie-réanimation et radiologie.
- Recrutement actif dans les disciplines suivantes : chirurgie générale, médecine interne, radiologie, médecin de famille et psychiatrie.
- Nous avons accueilli un nouvel anesthésiste en octobre 2015 en la personne de Dr Houssine Souissi et nommé une nouvelle interniste qui arrivera en début de 2017 en la personne de Dr Stella Brunet.
  
- **Enseignement** : Statistiques - Nombre de stagiaires
  - Gynécologie : En 2014-2015 : 1 externe et 3 résidents , en 2015-2016 : 5 résidents  
Merci au D<sup>r</sup> Simon Lajeunesse!
  - Médecine familiale : En 2014-2015 - 8 externes et 10 résidents. En 2015-2016 : 2 pré-clinique, 7 externes et 9 résidents  
Merci à D<sup>re</sup> Rosalie Moreau!
  - Chirurgie générale : 1 externe  
Merci à Dr Lester Duguay!
  
- Projets SARROS avec étudiants en médecine : À l'été 2015, nous avons accueilli qu'une seule étudiante pendant six semaines. Son projet s'intitulait : ACORN : programme des soins aigus du nouveau-né à risques.
  
- **Recherche multicentrique**

Nous avons participé à 2 projets :

  - Screening protocol for detection of infections et Immunodeficiencies and Characterization of susceptibility to infectious Disease avec Dr Donald C. Vingh du CSUM
  - 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 Dr Richard Fleet de l'Université Laval.
  
- **Recrutement**
  - Participation du coordonnateur des services hospitaliers à la Journée Carrière en octobre à Montréal, avec D<sup>re</sup> Boshouwers et D<sup>r</sup> Couture, D<sup>re</sup> Marjolaine Bourque. En janvier 2016, le coordonnateur est allé dans les universités de Montréal, Sherbrooke, Trois-Rivières et Laval pour du recrutement pour les projets SARROS.
  
- **Reddition de comptes – Commission des soins de fin de vie**
  - Première reddition de comptes auprès de la Commission des soins de vie.

## Les statistiques :

NOMBRE DE PERSONNES EN SOINS PALLIATIFS POUR LA PÉRIODE DU 2015-12-10 AU 2016-06-09	
Centre hospitalier	15
CHSLD	4
SAD	21
Nombre de sédation palliatives continue	2

- **Mise sous garde dans notre établissement**

- Le DSP est responsable des personnes mise sous garde en établissement.

## Les statistiques :

2015-2016	
Gardes préventives	33
Mise sous garde autorisée selon art 30 du Code civil	7
Dossiers présentés au Tribunal	8
Mise sous garde préventive, provisoire ou autorisée (patients différents)	27

## Départements médicaux (Faits saillants)

- Chirurgie générale : Découverte importante à partir de novembre 2015. Nous avons obtenu une lettre d'entente 135 couvrant les chirurgies d'urgence pour un an jusqu'à l'arrivée des recrues.
- Médecine interne : Découverte importante à partir de février 2016 , nous avons élaboré un plan de contingence et recrutement intensif de dépanneurs
- Radiologie : Nous avons récupéré le poste permanent et le recrutement est initié. Entretemps, nous avons des visites mensuelles sur place et de la téléradiologie.

## Services hospitaliers

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

### **Imagerie médicale**

- Collaboration avec des nouveaux radiologistes ( Dr Gosselin et Dre Kadock), Dr Gosselin qui couvre souvent à distance en plus de venir sur place.
- un nouvel appareil de mammographie digital a été acquis à l'automne.
- Nouvelle technologue sur la liste de rappel pour renforcer l'équipe et diminuer le temps supplémentaire.

### **Les statistiques :**

<b>TYPE D'EXAMEN</b>	<b>NOMBRE 2014-2015</b>	<b>NOMBRE 2015-2016</b>
<b>Graphie</b>	<b>11 302</b>	<b>8 924</b>
<b>Scopie</b>	<b>219</b>	<b>179</b>
<b>Ostéodensitométrie</b>	<b>272</b>	<b>347</b>
<b>TDM</b>	<b>2 224</b>	<b>2 583</b>
<b>Échographie (incluant l'obstétrique)</b>	<b>2 258</b>	<b>2 314</b>
<b>Biopsies et interventions sous écho</b>	<b>66</b>	<b>103</b>
<b>Mammographie</b>	<b>1 247</b>	<b>1 457</b>
<b>Résonnance magnétique</b>	<b>393</b>	<b>367</b>
<b>Angiographie en salle d'opération</b>	<b>16</b>	<b>20</b>
<b>Échocardiographie</b>	<b>402</b>	<b>709</b>
<b>Examens au chevet du patient</b>		<b>234</b>
<b>Total :</b>	<b>18 399</b>	<b>17 471</b>

### **Laboratoire**

- Avril, début de l'alimentation par le laboratoire au DSQ.
- Automne 2015, départ à la retraite d'une technologue.
- Introduction d'un logiciel de gestion documentaire pour répondre aux critères d'Agrément Canada.
- Changement de consultant au laboratoire Dr Joel Girouard remplace Dr Pascal Pelletier
- Changement des contrôles de qualité en Biochimie Thermofisher remplace Biorad, qui a engendré des gains et des économies pour l'établissement de l'ordre de 6 000 \$/année.
- Trois nouvelles techniciennes ont été engagées sur la liste de rappel pour venir renforcer l'équipe du laboratoire
- ADBD ( analyses des biologies délocalisées) , changement des glucomètres Accu-chek de Roche à la place de ceux d'Abbott.
- Le laboratoire a réussi les exigences d'Agrément Canada.
- Projet Lean du centre du prélèvement : la restructuration de ce service , avec l'ajout d'une technicienne au centre pour désengorger les heures les plus achalandées, a contribué à améliorer le service et à augmenter la satisfaction des usagers.

## Les statistiques :

DÉPARTEMENT	NOMBRE D'EXAMENS 2014-2015	NOMBRE D'EXAMENS 2015-2016
Biochimie	240 840	250 536
Hémato	49 289	50 678
Microbio	19 585	21 452
Patho	15 969	18 288
Prélèvement	29 217	37 628
Cyto	1 332	1347
<b>Total</b>	<b>356 832</b>	<b>379 929</b>

Nous attirons votre attention sur l'augmentation de 23 007 tests par rapport à l'année 2014-2015, nous devons analyser les raisons de cette augmentation pour apprécier la pertinence.

### 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'hémato-oncologie;
- Formation d'étudiants en pharmacie : accueil et prise en charge de 4 étudiants ; 2 de l'Université Laval et 2 de l'Université de Montréal;
- Programme de gestion de l'anticoagulothérapie périopératoire: mise à jour des outils , des omis et approbation par le CPPI .
- Réévaluation des différentes tâches des assistantes techniques en pharmacie et à une restructuration des heures travaillées pour effectuer une conversion en postes autorisés, ce qui a contribué à l'augmentation de la satisfaction du personnel.

## Les statistiques :

TRANSACTION JOURNALIÈRE	2014-2015	2015-2016
Moyenne par période (28 jours)	406	459
<b>Total annuel</b>	<b>1 928 295</b>	<b>2 178 685</b>

### Inhalothérapie

- Nous avons embauché une nouvelle inhalothérapeute en juin 2015. Cette nouvelle inhalothérapeute est sur la liste de rappel et diminue le temps supplémentaire, elle couvre également le remplacement au laboratoire électro-physiologie.
- L'entente *VitalAire* fut révisée avec ajout d'une deuxième journée par semaine. Cette entente est une source de revenus pour le CISSS (vente de services inhalo).

## Les statistiques (Unité technique) :

DÉPARTEMENT	2014-2015	2015-2016
Inhalothérapie	51 249	91 505
Physiologie respiratoire	71 225	65 265

## L'électrophysiologie :

Le nombre total des examens est 6 348. Nous avons connu une diminution de 30 % pour les EMG, car aucun examen n'a été fait depuis décembre étant donné que nous n'avons aucun neurologue attiré pour la lecture de ces examens.

DÉPARTEMENT	NOMBRE D'EXAMENS 2015-2016
ECG repos	4 726
Tapis roulant	400
Holter	334
EEG	58
MAPA	214
EMG	85
<b>Total d'interventions</b>	<b>6 348</b>

## Télésanté

Un total de 675 inscriptions a été recensé dans l'interface de réservation intégrée des systèmes de visioconférence (IRIS) du RUIS-Laval, ce qui représente une augmentation de près de 25 % comparativement aux 540 inscriptions de l'année dernière. Les catégories de visioconférences sont réparties de la façon suivante : 21 % représentent des activités de téléformation, 56 % sont des activités de téléconsultation avec ou sans patient (discussion de cas) ou de téléinterprétation et, finalement, 23 % sont des rencontres administratives. Cette technologie améliore l'accessibilité à des soins et services ce qui contribue de façon significative à diminuer les coûts rattachés aux déplacements des usagers.

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

- suivi post chirurgie bariatrique (270 interventions pour 86 patients)
- échographie cardiaque (450)
- suivi de plaies complexes (4)
- autres : santé mentale, pédopsychiatrie, réadaptation (33)
- téléthrombolyse pour la prise en charge de la phase hyper aiguë de AVC , pas de cas réel , pour l'établissement a procédé à une simulation de cas , pour répondre aux exigences.
- Cardiologie, dans le cadre de la téléinterprétation de stimulateurs cardiaques, 4 stimulateurs ont été installés par le cardiologue pour une interprétation à distance.
- Nous avons initié la télépharmacie avec deux pharmaciens autonomes.

## Projets à venir

Nous travaillons actuellement au développement de projets de télésanté avec une firme de consultants et avec le centre de coordination en télésanté (CCT) au MSSS. Nos principaux projets sont :

- La télédermatologie pour instaurer un service d'interprétation à distance de photos de la peau et une clinique virtuelle de consultations en dermatologie.
- En oncologie : par la mise en place d'une équipe de médecins du CISSS en lien avec une équipe d'hémato-oncologues de Québec et des téléconsultations avec l'implication de l'infirmière pivot.
- En ophtalmologie pour permettre le dépistage de la rétinopathie pour tout patient diabétique une fois par année, conformément aux lignes directrices canadiennes. Les images du fond d'œil seront interprétées à distance par un ophtalmologiste de Québec.

## Consultations spécialisées

- Nombre de consultations (audio, champs visuels, chirurgies, gynécologie, médecine interne, photothérapie, orthésie, biométrie) : 14 833 consultations. (14 566 en 2014-2015).
- Nombre de consultations dans les spécialités médicales : pneumologie, cardiologie, dermatologie, allergies, hémato, rhumatologie, cardiologie neurologique, gastrologie et autres est passé de 1 747 à 2 122.
- Le nombre de consultations en médecine interne 1630, dont 220 de suivi en immunologie.
- Pour les consultations chirurgicales : ORL, orthopédie, ophtalmologie, plastie,uro. : 4 942 consultations (5 179 en 2014-2015).
- Le nombre de consultations en gynéco-obstétrique est 1 395.
- Le nombre de consultations en chirurgie générale 2 321 (clinique), et 658 ( bureau).
- Les tests effectués (audiogramme, champs visuels, photothérapie, bilan urodynamique et biométrie) : 1 406 tests effectués..
- Dr Simoneau, Dre Miskiewicz et Dr Lepage se sont ajoutés à l'équipe d'ophtalmologie.
- Deux nouveaux nasoscopes ont été acquis en janvier 2016, pour un total de cinq nasoscopes , ceci permet d'assurer la stérilisation de ces derniers, à l'unité de retraitement de répondre aux exigences des normes d'Agrément Canada.

## Transports électifs

- À la suite de la révision des critères pour les accompagnateurs, il y a moins de revendications à ce sujet, le formulaire est accessible et bien défini.
- Les horaires de Pascan Aviation nous ont occasionné des difficultés particulières et des augmentations de coûts .
- L'absence de radiologiste sur place, l'accès limité à la résonance magnétique et des requêtes de tests urgents compte tenu de la gravité des clients ont occasionné une hausse de demande des transports .
- Le nombre total des usagers transférés est de 1 873(2015-2016) et le nombre de voyages ou déplacements électifs pour cette même période est 3743 avec une augmentation de 200 transferts dus à des accompagnateurs.

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

---

### ***Bloc opératoire***

---

- Implantation du réapprovisionnement automatique dans tous les secteurs du bloc pour les fournitures en réserve et en achat direct.
- Rédaction de vingt (20) politiques et procédures.
- Amélioration des processus lors de césarienne.
- Kaizen sur le montage des salles et les kardex.
- Travaux sur les plans pour aménagement des réserves de fournitures et matériel s stériles ainsi que pour les équipements dans le cadre du projet de réaménagement fonctionnel du bloc opératoire.
- Formation continue avec la CIISOQ.
- Accueil de chirurgiens dépanneurs dans le cadre d'une lettre d'entente 135.
- Un départ infirmier à la retraite, remplacé.
- Bris de service de six (6) mois en chirurgie de la cataracte pour cause de congé de maladie. Cependant, au 31 mars 2016, nous avons fait 133 cas de cataracte versus 169 en 2014-2015.

### ***Endoscopie***

---

- Début du projet de mise à niveau des unités d'endoscopie digestive.
- Travaux sur les plans de la nouvelle salle d'endoscopie (inclus dans le projet global).
- Audits sur les étapes de retraitement des endoscopes digestifs.

### ***Retraitement des dispositifs médicaux***

---

- Formation de base sur le web, pour deux infirmières, en retraitement des dispositifs médicaux, par le Collège St-Laurent .
- Travaux sur les plans de réaménagement pour la mise aux normes de l'URDM.
- Mise en place d'un passe-plat temporaire en attendant la réalisation du projet de mise aux normes de l'URDM (inclus dans le projet global).
- Participation du chef de service aux travaux du comité provincial en retraitement des dispositifs médicaux.

### ***Autres équipements***

---

- Nouveau microscope en ORL;
- Trois mini-perfuseurs;
- Deux saturomètres portatifs (bloc et IPO);
- Balance électronique pour l'IPO;
- Appareil à signes vitaux pour l'IPO
- Extension pour fluoroscopie pour la table d'opération afin de faire technique en douleur;
- Pièce à main pour shaver en orthopédie.

### ***Services ambulatoires***

---

- Transfert d'une partie des traitements intraveineux aux deux cliniques privées de perfusion : tocilizumab (ActemraMD), infliximab (RemicadeMD), acide zolédronique (AclastaMD), omalizomab (XolairMD), abatacept (OrenciaMD), rituximab (RituxanMD). Il nous reste : le fer (démarche en cours pour transfert), les produits sanguins (culots globulaires, plaquettes, immunoglobulines) et le solumédrol.

- Réaménagement du poste de travail à l'unité d'un jour pour le rendre plus fonctionnel (mini-kaizen)
- Travaux sur les plans d'aménagement de la réception et de l'unité d'un jour (inclus dans le projet global) ;
- Début des travaux d'aménagement de la nouvelle unité pour les traitements de chimiothérapie;
- Audits sur le lavage des mains;
- Orientation de quatre infirmières de la liste de rappel à l'unité d'un jour;
- Participation mensuelle du chef de service sur le comité provincial des cogestionnaires en oncologie;
- Participation de l'infirmière pivot en oncologie au comité provincial des soins infirmiers en oncologie;
- Formation du comité de gestion et de coordination en oncologie du CISSS des Îles;
- Élaboration du programme de oncologie du CISSS des Îles.

<b>NOMBRE DE VISITES - BLOC OPÉRATOIRE ET SERVICES AMBULATOIRES</b>		
	<b>2014-2015</b>	<b>2015-2016</b>
Médecine de jour	2 371	2 378
Clinique de préadmission	711	812
Chirurgie d'un jour	552	508
Chirurgie et autres interventions admises	238	206
Autres chirurgies et interventions ambulatoires	528	552
Endoscopie (nombre de patients)	870	978
Nombre d'examens en endoscopie (coloscopie, rectoscopie, gastroscopie et cystoscopie)	947	1 069
Visites oncologie	1 420	1 624
Nombre de patients différents en oncologie	154	162
Oncologie (nombre de traitements)	400	377
Urgence oncologique	3	11
Visites infirmière pivot oncologie	760	784
Autres traitements et procédures oncologies	168	348

## 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
- Service de la réception, de l'admission et des archives

### Service des ressources humaines

Dans le cadre du nouveau plan d'organisation, la direction des ressources humaines est devenue le service des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et depuis le 2 novembre 2015, est placée sous la responsabilité de la direction des services administratifs.

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau plan d'organisation et afin de respecter les cibles attendues du MSSS, une démarche d'organisation du travail a été réalisée de concert avec la présidente-directrice générale afin de diminuer le ratio d'encadrement. Le ratio est sous la barre attendue de 20 postes équivalents temps complets (etc), soit 18,2 etc.

Organisation d'un gala reconnaissance du personnel. L'activité s'est déroulée en juin 2015 et a été l'occasion de souligner les 25 ans de service de 10 personnes salariées et la retraite de 7 personnes.

En ce qui concerne la liste de rappel, une révision du processus de pré affectation s'est déroulée en conformité avec les règles de la convention collective et en collaboration avec les syndicats. Cette démarche a permis d'améliorer le processus de la liste de rappel quant à l'octroi des assignations.

Participation, en collaboration avec la DSI-SM à la réorganisation du travail de l'équipe dédiée à l'obstétrique de l'unité multi clientèle. L'organisation du travail vise à assurer un service de péri natalité sécuritaire et de qualité tout en maintenant l'expertise du personnel de manière à favoriser le développement de leurs compétences. Le syndicat a collaboré de manière significative au projet qui sera mis à l'essai en mai 2016.

Participation aux activités de la Table de concertation en ressources humaines des Îles, notamment à l'organisation de formations et de conférences portant sur la communication, la résolution de conflits, le bonheur au travail et le courage managérial. Plus de 100 personnes ont participé aux formations et environ 500 personnes aux conférences.

Mise en œuvre du plan d'action visant à diminuer le taux d'assurance salaire et d'augmenter la présence au travail. Des rencontres d'échanges et de formation se sont déroulées avec les médecins, les syndicats et les gestionnaires.

Suivi du plan de main d'œuvre permettant d'identifier environ 82 départs à la retraite pour l'ensemble de l'établissement et des titres d'emploi d'ici les prochaines quatre à cinq années. Les titres d'emploi

suivants font l'objet d'actions ciblées : infirmière, infirmière auxiliaire, agente administrative, préposée aux bénéficiaires et éducatrice spécialisée.

Actualisation, avec la collaboration du Cégep de la Gaspésie-les-Îles et du syndicat concerné, d'une formation d'infirmière sur le territoire de l'archipel. Une cohorte de 9 infirmières auxiliaires du CISSS a débuté cette formation au trimestre de l'automne 2015 et devrait se terminer au printemps 2018. Cette formation s'inscrit dans le plan de main d'œuvre infirmière 2015-2020 qui prévoit la nécessité d'embaucher 30 infirmières sur 5 ans.

Mise à jour du plan d'action sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise avec le partenaire CAMI, notamment avec la diffusion d'un lexique auprès du personnel de l'établissement (passeport santé/health passport).

Au cours de l'année 2015-2016, le 2e volet d'une formation visant à fournir les outils (Lean) aux gestionnaires à la gestion du changement et à la révision des processus en favorisant la mobilisation des équipes de travail. De cette formation ont découlé du coaching avec les directeurs et des activités de co développement avec l'ensemble des cadres. De plus, des activités de formation ont eu lieu avec les médecins et une autre avec les syndicats afin d'introduire les notions du modèle Lean afin de faciliter les démarches d'amélioration continue dans l'organisation.

Collaboration au projet « La gratuité des stationnements au CISSS des Îles, j'y tiens, j'y participe » ayant permis de compléter l'objectif du premier volet de la campagne, soit de récolter 70 000 \$ auprès des employés, des médecins et des cadres. Une relance de la campagne afin d'atteindre l'objectif d'amasser 40 000 \$ auprès de la communauté a été effectuée de même qu'une campagne de financement auprès de partenaires afin d'assurer la pérennité du projet est actuellement en cours.

Le CISSS des îles a reçu la visite d'un conseiller de l'ASSTSAS (Association paritaire pour la santé et sécuritaire au travail du secteur affaires sociales) de plusieurs jours afin de faire la promotion de la prévention en matière de santé et sécurité au travail. Plusieurs formations avec différents groupes de l'organisation ont eu lieu. Cette visite est une activité organisée par le comité paritaire en santé et sécuritaire au travail.

En ce qui concerne la formation, 8045 heures de formation ont été effectuées au cours du dernier exercice. Les montants dépensés (heures et autres coûts) en date du rapport effectué auprès de Revenu Québec en date du 31 décembre, 1,83 % de la masse salariale de l'établissement.

<b>EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT</b>		
	<b>2014-2015</b>	<b>2015-2016</b>
<b>Les cadres</b>		
Temps complet	22	19
Temps partiel	3 (2.32 etc)	1 (.25 etc)
Nombre de cadres en stabilité d'emploi		
<b>Les employés réguliers</b>		
Temps complet	205	205
Temps partiel (équivalent temps complet)	128.59	134.85
<b>Les occasionnels</b>		
Nombre d'employés occasionnels (équivalent temps complet)	70.86	60.35

\*etc : Équivalent temps complet

## **GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS**

En regard de la gestion et contrôle des effectifs, nous affirmons que nous avons respecté le nombre d'heures rémunérées prescrit et comparable du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016 (Loi 15).

<b>Total heures rémunérées en regard de la LGCE 2014-2015</b>	<b>Total heures rémunérées en regard de la LGCE 2015-2016</b>	<b>Variation 2015-2016 2014-2015</b>
796 999	791 450	- 0.7 %

## **CONTRATS DE SERVICE**

Nous affirmons que nous n'avons conclu aucun contrat de service avec une personne physique ou un contractant autre qu'une personne physique comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, entre le 1<sup>er</sup> avril 2015 et le 31 mars 2016.

## **Service des communications**

Plusieurs rencontres avec les journalistes ont été organisées, notamment visant la promotion de la campagne de financement du stationnement, le recrutement de responsables de ressources non institutionnelles (hébergement) et la sensibilisation à la prévention des infections dans le cadre de l'influenza et de la gastro-entérite (éclosion en décembre 2015).

Deux campagnes de sensibilisation significative se sont déroulées au cours de la dernière année s'inscrivant dans un plan d'action détaillé. La première visait à sensibiliser la population du fait que tous les services ne peuvent être offerts aux Îles-de-la-Madeleine et qu'il est nécessaire parfois de se rendre à l'extérieur afin de subir des tests ou des évaluations afin d'optimiser le plan de soins ou d'intervention qui sera dispensé au CISSS des Îles dans la majorité des cas. La deuxième campagne visait à sensibiliser la population de respecter les rendez-vous avec les médecins et différents intervenants de l'établissement. Nous constatons qu'une proportion pouvant atteindre 20 % des rendez-vous n'est pas respectée, et ce, sans avis. Ceci engendre des coûts pour l'établissement pouvant atteindre 60 000 \$ par année.

Diffusion d'un bulletin interne L'express, à la suite des séances du conseil d'administration. Ce bulletin fait état des décisions du conseil d'administration et des nouvelles concernant l'établissement et son personnel au cours des dernières semaines.

## **Service de l'informatique**

Les dossiers suivants ont été achevés au cours de l'exercice;

- Dossier santé Québec (DSQ)
- La mise à niveau des postes de travail en *Windows 7*

DSQ Les domaines pharmacie (Jean Coutu et Proxim) et laboratoire (CISSS des Îles) sont maintenant versés dans le DSQ. De plus, le visualiseur est maintenant déployé dans tout le CISSS des Îles, ainsi que dans toutes les cliniques médicales.

Windows 7, le déploiement est terminé 371 postes informatiques furent rehaussés.

Notons également la mise en place d'un réseau sans fil mis gratuitement à la disponibilité des usagers du CISSS des Îles. Ce nouveau service vise principalement à améliorer le confort des usagers ayant à subir des traitements de plusieurs heures.

## **Service techniques**

Plusieurs mesures de redressements budgétaires en cours touchent ou proviennent des services techniques. Ainsi au cours de l'exercice des efforts importants furent déployés afin de concrétiser la réalisation de ces projets à la fois prometteur financièrement, mais aussi sur une perspective environnementale. Ces projets pourront se matérialiser dans les prochaines années (ex. :efficacité énergétique).

## **Service de l'hygiène et salubrité**

Au cours de l'exercice, la responsabilité du service d'hygiène et salubrité fut transférée à la chef du service alimentaire. Les priorités dans ce secteur sont de compléter l'attribution des zones grises, la normalisation d'un programme d'appréciation de la qualité, ainsi que la normalisation des processus d'orientation et de formation en hygiène et salubrité.

## **Mesures d'urgence**

L'identification des lacunes par service (du manque d'identification SIMDUT, jusqu'à la localisation de certaines vanes d'eau de secours) fut engagée. Ce travail est disponible pour l'ensemble de l'organisation. Dans un deuxième temps, le bureau des mesures d'urgence a collecté toutes les informations relatives au cahier des mesures d'urgence, puis en a complété son contenu. Les procédures relatives aux codes de couleurs ont été également complétées. Une identification par service des risques potentiels fut incorporée dans le cahier maître ainsi que la mise à jour des listes pyramidales. Ce cahier maître est passé d'un dossier de 50 pages, à un document très complet de 350 pages et en constante amélioration. Ce cahier maître est aujourd'hui disponible sur les écrans des membres du comité des mesures d'urgence. L'achat d'un système d'appels automatisé, d'équipements spécialisés en cas d'urgence furent parmi les dossiers de recherche du bureau de mesures d'urgence.

En 2015, suite à l'amélioration de certains outils d'évacuation installés, une formation sur ceux-ci a été effectuée. 250 employés ont été formés sur les équipements d'évacuation. Début 2016, la phase d'intégration devient l'activité principale du bureau des mesures d'urgence. Le bureau se concentre dès lors sur chaque service pour une durée d'un mois à raison de deux jours par semaine, afin de former le personnel de celui-ci aux mesures d'urgence. Le service des gardiens de sécurité a été formé. Un carnet réflexe (résumé accessible des procédures et informations principales relatives aux gardiens) a été rédigé. Un questionnaire de validation des acquis a été rempli par ceux-ci.

Le service des téléphonistes a été formé sur les mesures d'urgence (formation générale de base). Le carnet réflexe de ce service est en attente de correction dans le but d'être publié. Bien entendu, pendant le mois consacré à la formation d'un service, le bureau continue son travail de mise à jour du cahier maître ainsi qu'à l'amélioration des outils disponibles. La mise à jour du plan de mesures d'urgence a bien progressé en cours d'année.

## **Réception, archives et télécommunication**

Les travaux se sont poursuivis pour standardiser les processus de travail en vue d'améliorer l'accessibilité à la centrale de rendez-vous. En rapport avec les nouvelles orientations ministérielles et le projet d'accès priorisé aux services spécialisés (APSS), nous avons produit un état de situation afin de mesurer l'offre et la demande aux consultations spécialisées. Différents livrables vont nous être soumis au cours de la prochaine année.

Il y a eu transformation de l'offre de service en transcription par les archives médicales. Les processus ont été révisés afin d'en améliorer la performance. De nouvelles procédures ont été mises en place concernant la location des téléviseurs permettant d'en améliorer la gestion par le service de la comptabilité.

## **Service de la comptabilité**

Plusieurs petits projets d'optimisation ont été réalisés : Paiement des fournisseurs par carte de crédit, la distribution de T4 avec le logiciel de paie.

## **Service alimentation**

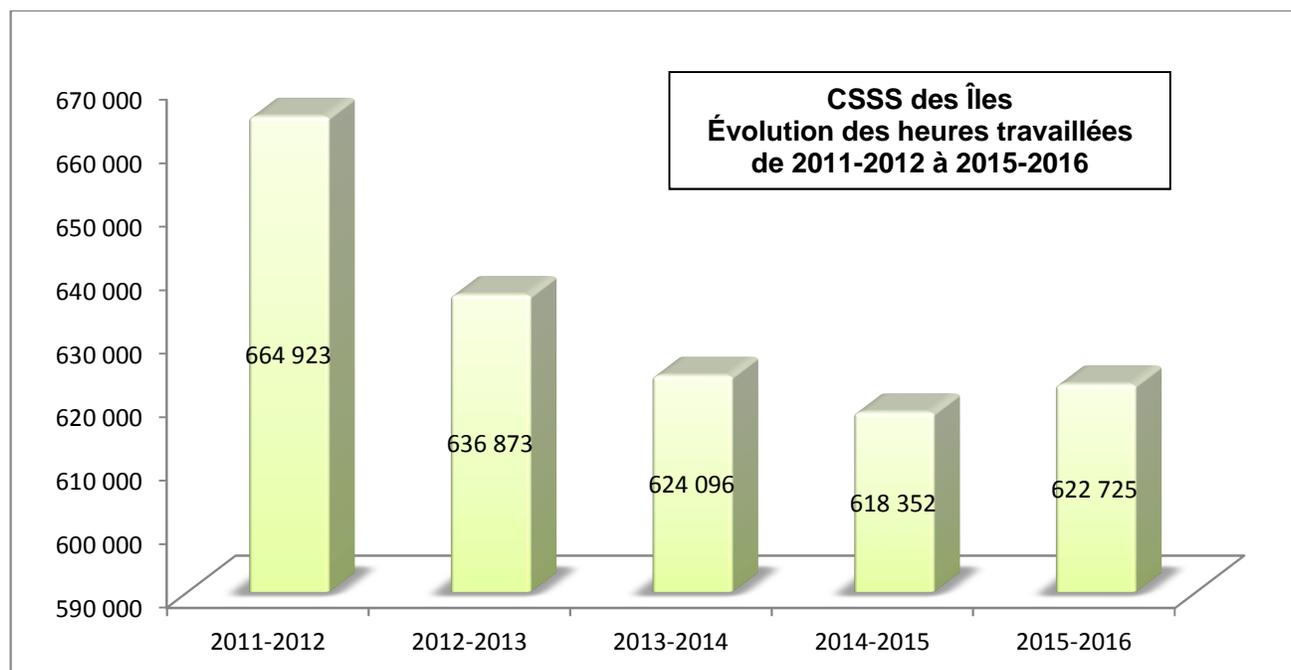
Implantation du paiement à la source des repas pour les employés avec la carte d'identité.

## **Service des finances**

Au cours de la dernière année, le CISSS des Îles a complété les négociations relatives au partage des budgets régionaux, au terme des pourparlers, il en a résulté un apport récurrent de 375 000 \$ en surplus des sommes alloués pour des programmes spécifiques.

L'exercice 2015-2016 se solde par un déficit d'opération de 2 002 133 \$. Le plan de redressement en cours prévoit un écart déficitaire non résolu de 1 942 770 \$ (exploitation et immo) au terme de l'exercice se terminant au 31 mars 2016.

Notons que le 7 juillet 2015 s'est déroulé une conférence de presse afin de faire l'annonce officielle d'un don de 750 000 \$ destiné au rehaussement des équipements de la radiologie; tomodynamomètre, salle de fluoroscopie et de graphie numérique et mammographie. Ce don substantiel permettra au CISSS des Îles de compléter le montage financier de ce projet d'acquisition de plus de 2,5 millions. Ce don provient de la générosité de cinq donateurs; la Fondation Marcelle et Jean Coutu, qui a contribué pour un montant de 250 000 \$, la Fondation St-Hubert, 225 000 \$, la Banque Nationale, 200 000 \$, la Fondation Jean-Louis Lévesque, 50 000 \$, ainsi que Québecor, 25 000 \$.



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

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

### RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

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

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

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

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

2016/06/15	<u>Stéphane Fortin</u>	<u>[Signature]</u>
Date	Nom	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
2016/06/15	<u>Emmanuel Arcin</u>	<u>[Signature]</u>
Date	Nom	Signature de la personne désignée
	<u>Président CA</u>	
	Fonction	

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

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

ATTESTATION DU TIMBRE VALIDEUR DU RAPPORT FINANCIER ANNUEL AUDITÉ

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

Signature de l'auditeur indépendant:

 CPA auditeur, CA

Date :

15 JUIN 2016

Lieu :

CAP-AUX-MEULES

---

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT - ÉTATS FINANCIERS ET AUTRES INFORMATIONS FINANCIÈRES

INSTRUCTIONS:

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

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

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

L'AJOUT DE LA PAGE 120 AU FICHIER PDF PERMET DE CONSERVER LA NUMÉROTATION AU AS-471 ET LE TIMBRE VALIDEUR Y APPARAISSANT FAIT OFFICE DE TIMBRE VALIDEUR POUR LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT .

## Rapport de l'auditeur indépendant

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

### Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles inclus dans la section audité du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016 ainsi que les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

### Responsabilité de la direction pour les états financiers

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

### Responsabilité de l'auditeur

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

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

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

#### **Fondement de l'opinion avec réserve**

Ainsi qu'il est exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitations, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «Immobilisations corporelles louées», du *Manuel de comptabilité CAP Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2016 n'ont pas été déterminées.

#### **Opinion avec réserve**

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe de fondement de l'opinion avec réserve, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

#### **Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives**

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) et à l'annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

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

*Corbeil Boudreau & Associés inc.* <sup>(1)</sup>

Le 15 juin 2016

<sup>(1)</sup> France Painchaud, CPA auditeur, CA

---

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT - UNITÉS DE MESURE / HRES TRAVAILLÉES, RÉMUNÉRÉES

INSTRUCTIONS :

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

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

L'AJOUT DE LA PAGE 130 AU FICHIER PDF PERMET DE CONSERVER LA NUMÉROTATION AU AS-471 ET LE TIMBRE VALIDEUR Y APPARAISSANT FAIT OFFICE DE TIMBRE VALIDEUR POUR LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT.

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

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

Nous avons procédé, conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) et à l'annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux (RLRQ, chapitre S-5, règlement 3), à l'audit des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Ces informations, compilées par le Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (« l'Établissement ») selon les définitions et explications contenues dans le *Manuel de gestion financière* (MGF) publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sont incluses dans le rapport financier annuel aux pages 330, 352, 650 et 660. La responsabilité de ces unités de mesure et de ces heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications contenues dans le MGF incombe à la direction de l'Établissement. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces informations en nous fondant sur nos travaux d'audit.

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

À notre avis, les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 ont été compilées, dans tous leurs aspects significatifs, conformément aux définitions et explications contenues dans le MGF publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

*Corbeil Boudreau & Associés inc.* (1)

Le 15 juin 2016

(1) France Painchaud, CPA auditeur, 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 2016, 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 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2016 (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 2016 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 2016.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2016. 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 2016 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 2016 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 15 juin 2016

---

<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 2016		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<b><i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i></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><i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i></b>						
<b><i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i></b>						
Nous avons relevé des cas de non-conformité à la "Directive concernant les frais de déplacement des personnes engagées à honoraires par les organismes publics.	2013-2014	C	Sera réglé en 2016-2017			NR
Le système de compilation des unités de mesure du service #7400 - Déplacement des usagers émet comme hypothèse que le retour d'un usager est effectué dans le même sous-service que son départ n'est pas toujours réel.	2014-2015	C	Modifications apportées au processus de compilation	R		
<b><i>Rapport à la gouvernance</i></b>						


## ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(15 280 125)	16 659	(15 263 466)	(14 331 467)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(15 280 125)	16 659	(15 263 466)	(14 331 467)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(2 002 133)	109 844	(1 892 289)	(931 999)	
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	(17 282 258)	126 503	(17 155 755)	(15 263 466)	
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	(17 155 755)	(15 263 466)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(17 155 755)	(15 263 466)	

## 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	806 572		806 572	267 472
Placements temporaires	2				
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	3 927 135	347 782	4 274 917	5 262 978
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	485 666	140 277	625 943	630 158
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	446 397	(446 397)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	3 271 175	(4 942 970)	(1 671 795)	(1 404 802)
Placements de portefeuille	8	297		297	297
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	142 700	142 700	144 699
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	276		276	5 159
<b>TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)</b>	<b>13</b>	<b>8 937 518</b>	<b>(4 758 608)</b>	<b>4 178 910</b>	<b>4 905 961</b>
<b>PASSIFS</b>					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	19 000 000	2 707 421	21 707 421	20 145 617
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	3 914 865	464 466	4 379 331	4 434 396
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			1 724 445
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	14 674	347 782	362 456	414 364
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	232 636	879 908	1 112 544	1 190 463
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	43 390 800	43 390 800	42 900 682
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	4 012 988	XXXX	4 012 988	3 749 687
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	40 565		40 565	
<b>TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)</b>	<b>26</b>	<b>27 215 728</b>	<b>47 790 377</b>	<b>75 006 105</b>	<b>74 559 654</b>
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)</b>	<b>27</b>	<b>(18 278 210)</b>	<b>(52 548 985)</b>	<b>(70 827 195)</b>	<b>(69 653 693)</b>
<b>ACTIFS NON FINANCIERS</b>					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	52 675 488	52 675 488	53 466 120
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	749 604	XXXX	749 604	691 125
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	246 348		246 348	232 982
<b>TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)</b>	<b>31</b>	<b>995 952</b>	<b>52 675 488</b>	<b>53 671 440</b>	<b>54 390 227</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>(17 282 258)</b>	<b>126 503</b>	<b>(17 155 755)</b>	<b>(15 263 466)</b>

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

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent	
	1	2	3	4	5	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(69 653 693)	(16 204 232)	(53 449 461)	(69 653 693)	(69 246 881)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(69 653 693)	(16 204 232)	(53 449 461)	(69 653 693)	(69 246 881)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(2 476 251)	(2 002 133)	109 844	(1 892 289)	(931 999)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(4 735 574)	XXXX	(2 551 851)	(2 551 851)	(2 742 652)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	3 353 813	XXXX	3 310 895	3 310 895	3 433 350
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	867	867	11 977
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX	503	503	870
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX	30 218	30 218	
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(1 381 761)	XXXX	790 632	790 632	703 545
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(58 479)	XXXX	(58 479)	(89 568)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(13 366)		(13 366)	(94 819)
Utilisation de stocks de fournitures	17	75 000		XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18	8 500				6 029
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	83 500	(71 845)		(71 845)	(178 358)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(3 774 512)	(2 073 978)	900 476	(1 173 502)	(406 812)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(73 428 205)	(18 278 210)	(52 548 985)	(70 827 195)	(69 653 693)

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
<b>ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT</b>				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(1 892 289)	(931 999)	
<b>ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:</b>				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(71 845)	(178 358)	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	867	11 977	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	(82 087)	(74 973)	
Amortissement des immobilisations	8	3 310 895	3 433 350	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	28 900	27 044	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(3 415 723)	(148 040)	
Autres (préciser P297)	13	30 218	(122 282)	6
<b>TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)</b>	<b>14</b>	<b>(198 775)</b>	<b>2 948 718</b>	
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	15	(980 074)	487 444	
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)</b>	<b>16</b>	<b>(3 071 138)</b>	<b>2 504 163</b>	
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS</b>				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(2 124 903)	(2 246 356)	
Produits de disposition d'immobilisations	18	503	870	
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)</b>	<b>19</b>	<b>(2 124 400)</b>	<b>(2 245 486)</b>	
<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>	<b>24</b>			

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
<b>ACTIVITÉS DE FINANCEMENT</b>				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1		4 226 928	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(131 430)	(4 721 039)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	1 400 000	(900 000)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	4 466 068	4 396 320	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6		(4 302 571)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)</b>	<b>9</b>	<b>5 734 638</b>	<b>(1 300 362)</b>	
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)</b>	<b>10</b>	<b>539 100</b>	<b>(1 041 685)</b>	
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT</b>	<b>11</b>	<b>267 472</b>	<b>1 309 157</b>	
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)</b>	<b>12</b>	<b>806 572</b>	<b>267 472</b>	
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:</b>				
Encaisse	13	806 572	267 472	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14			
<b>TOTAL (L.13 + L.14)</b>	<b>15</b>	<b>806 572</b>	<b>267 472</b>	

## 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	988 061	988 148	
Autres débiteurs	2	4 215	90 161	
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3		12 484	
Frais reportés liés aux dettes	4	(26 901)	(27 244)	
Autres éléments d'actifs	5	4 883	9 565	
Créditeurs - MSSS	6			
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(482 013)	(513 454)	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	8	(1 724 445)	83 769	
Intérêts courus à payer	9	(51 908)	2 284	
Revenus reportés	10	4 168	(201 883)	
Passif au titre des sites contaminés	11			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12	263 301	43 614	
Autres éléments de passifs	13	40 565		
<b>TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)</b>	<b>14</b>	<b>(980 074)</b>	<b>487 444</b>	
<b>AUTRES RENSEIGNEMENTS:</b>				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	426 948	496 296	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	17	3 415 723		7
<b>Intérêts:</b>				
Intérêts créditeurs (revenus)	18	6 719	1 574 951	
Intérêts encaissés (revenus)	19	6 829	1 569 337	
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	1 640 564	1 821 953	
Intérêts déboursés (dépenses)	21	172 029	1 819 669	

## NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

### 1. CONSTITUTION ET MISSION

Le CISSS des Îles ci-après désigné par l'établissement, est constitué en corporation 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 de l'établissement est situé à Cap-aux-Meules

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

### 2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

#### a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de :

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. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, 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 et les créances irrécouvrables.

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**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 *si établissement public*, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), 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 de cette même Loi.

Néanmoins, l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

### **d. Comptabilité d'exercice**

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. Périmètre comptable**

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

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

### **f. Revenus**

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

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

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

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

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

#### **g. Revenus provenant des usagers**

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

#### **h. Autres revenus**

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

#### **i. Charges**

Les charges sont comptabilisées dans l'exercice financier au cours duquel les biens sont consommés ou les services sont rendus. Elles comprennent donc notamment l'amortissement annuel du coût des immobilisations.

#### **j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales**

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

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

#### **k. Dépenses de transfert**

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (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 de l'exercice de son émission.

## **I. Instruments financiers**

Les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés.

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 et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

### *i. Trésorerie et équivalents de trésorerie*

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

### *ii. Débiteurs*

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

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

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

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

### *iv. Créditeurs et autres charges à payer*

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

### *v. Dettes à long terme*

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

*vi. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec*

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

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

**m. Passif au titre des avantages sociaux futurs**

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

*i. Provision pour assurance salaire*

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

*ii. Provision pour vacances*

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2016 et des taux horaires prévus en 2016-2017. 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 congés de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2016-2017. 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 membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

#### v. Droit parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2016 et la rémunération versée pour l'exercice 2016-2017, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

#### n. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont 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 acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition, 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 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 :	5 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.

#### **o. Frais payés d'avance**

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

#### **p. Stock de fourniture**

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. 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.

#### **q. Autres méthodes**

##### *i. Comptabilité par fonds*

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 leurs états financiers respectifs.

##### *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 interfonds*

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

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

##### *iv. 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.

*v. 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.

*vi. 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.

vii. *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. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisation

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2016, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

L'établissement a analysé tous les centres d'activités où un potentiel de redressement pourrait être bénéfique pour améliorer la situation financière. Depuis les cinq (5) dernières années, des mesures d'optimisation et de redressement budgétaire ont été instaurées et des économies de 43 330 heures travaillées ont été réalisées. D'autres mesures permettront à l'établissement, selon les objectifs du plan déposé pour le redressement s'échelonnant de 2016 à 2019, d'atteindre d'autres économies représentant plus de 580 000\$. La direction de l'établissement considère que des mesures additionnelles à celles déjà engagées auraient un impact négatif et significatif sur les clientèles.

### 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 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations 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 23 juin 2015.

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice, soient les mesures du plan de redressement budgétaire 2015-2016 adoptées par le conseil d'administration le 30 septembre 2015 et dont l'établissement a reçu l'approbation du MSSS le 25 novembre 2015.

	Budget initial	Modification	Budget final
Plan de redressement budgétaire 2015-2016	(2 476 251)\$	370 861 \$	(2 105 390)\$

## 5. INSTRUMENTS FINANCIERS

### a. Impacts sur les états financiers

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2016 des instruments financiers et n'a pas détenu au cours de l'exercice, d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

### b. Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que 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. PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE

La nature des placements de portefeuille, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, le cours du marché, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values, l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632-00 à 632-02 du rapport financier annuel AS-471.

1- L'établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

## 7. AUTRES DÉBITEURS

La nature des autres débiteurs est précisée à la page 630-00 du rapport financier annuel AS-471

## 8. AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00 du rapport financier annuel AS-471.

## 9. EMPRUNTS TEMPORAIRES

La nature des emprunts temporaires contractés auprès de parties apparentées, y compris le taux d'intérêt moyen pondéré sont présentés à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471. L'établissement a également des emprunts temporaires conclus avec des parties apparentées, dont les principales conditions sont :

Emprunts temporaires auprès du Fonds de financement portant intérêt aux taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0.05%. Le taux d'intérêt au 31 mars 2016 était de 0.95%.

- Le solde de la marge régulière – équilibre budgétaire, d'un montant maximum autorisé de 19 300 000 \$, est de 19 000 000 \$ au 31 mars 2016. Son échéance est le 22 juillet 2016.
- Le solde de la marge régulière – fonds d'immobilisation, d'un montant maximum autorisé de 3 235 050 \$, est de 942 090 \$ au 31 mars 2016. Son échéance est le 31 décembre 2016.
- Le solde de la marge régulière – fonds d'équipement, d'un montant maximum autorisé de 1 383 247 \$, est de 320 076 \$ au 31 mars 2016. Son échéance est le 31 décembre 2016.
- Le solde de l'emprunt relatif aux enveloppes décentralisées totalise 1 445 255 \$ au 31 mars 2016.

## 10. AUTRES CRÉDITEURS

La nature des autres créditeurs est précisée à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

## 11. DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 6 929 326 \$, au taux effectif de 2.109 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 305 082 \$, et un dernier versement de 5 708 998 \$ échéant en 2018.	6 319 162 \$	6 624 244 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 496 551 \$, au taux effectif de 2.0817 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 27 586 \$ et un dernier versement de 386 207 \$, échéant en 2018.	441 378 \$	468 964 \$
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.	2 608 079 \$	2 716 748 \$
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 474 702 \$, au taux effectif de 2.904 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 73 735 \$ et un	1 400 967 \$	1 474 702 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
dernier versement de 811 087 \$, échéant en 2024.		
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.	4 622 748 \$	6 163 664 \$
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.	1 373 953 \$	-
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 1 376 909 \$, échéant en 2017.	1 445 753 \$	1 514 599 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 3 144 030 \$, au taux effectif de 2.428 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 135 862 \$ et un dernier versement de 2 328 858 \$, échéant en 2018.	2 600 581 \$	2 736 443 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2012, d'une valeur nominale de 4 149 237 \$, au taux effectif de 2.463 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 165 970 \$ et un dernier versement de 3 153 417 \$, échéant en 2019.	3 651 328 \$	3 817 298 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec en 2013, d'une valeur nominale de 18 276 006 \$, au taux effectif de 2.122%, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels de 731 040 \$ et un dernier versement de 14 620 806 \$, échéant en 2018.	16 082 885 \$	16 813 925 \$
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 \$	110 234 \$
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		

	Exercice courant	Exercice précédent
intérêts, échéant en 2018.	34 600 \$	50 580 \$
Contrat de location-acquisition d'une valeur nominale de 39 850 \$, au taux de 6.70%, remboursable par versements trimestriels, échéant en 2017	14 630 \$	23 601 \$
Contrat de location-acquisition d'une valeur nominale de 27 453 \$, au taux de 6.475%, remboursable par versements trimestriels, échéant en 2019	21 393 \$	26 280 \$
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 \$.	2 764 701 \$	-
Total	43 390 800 \$	42 541 282 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2016, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

2016-2017	3 363 201 \$
2017-2018	3 350 905 \$
2018-2019	3 330 215 \$
2019-2020	1 787 036 \$
2020-2021	1 782 336 \$
2021-2022 et subséquents	29 777 107 \$
<b>Total</b>	43 390 800 \$

## 12. 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	1,5 %	1 %
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
	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin	
Solde au début					
Provision pour vacances	3 255 771	3 987 811	3 912 341	3 331 241	3 255 771
Assurance salaire	368 986	1 058 342	877 486	549 842	368 986

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour maladie	100 340	874 921	846 608	128 653	100 340
Droits parentaux	24 590	50 788	72 126	3 252	24 590
<b>Total</b>	124 930	925 709	918 734	131 905	124 930

## 13. AUTRES ÉLÉMENTS DE PASSIFS

La nature des autres éléments de passifs est précisée aux pages 361-00 et 401-00 du rapport financier annuel AS-471.

## 14. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé, la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.]

## 15. INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Les informations relatives à l'état des flux de trésorerie sont présentées aux pages 208-01 et 208-02 du rapport financier AS-471.

## 16. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé(e) 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 placements temporaires, 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 (découvert bancaire)	806 572 \$	267 472 \$
Placements temporaires		
Débiteurs MSSS	4 274 917 \$	5 288 097 \$
Autres débiteurs	625 943 \$	63 158 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	(1 671 795 \$)	(1 404 802 \$)
Placements de portefeuille	297 \$	297 \$
Total	4 035 934 \$	4 513 750 \$

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires 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, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, du gouvernement du Canada, de la Fondation Santé de l'Archipel* 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 2016, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 64 % 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	598 045 \$	591 183 \$
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours		
De 30 à 59 jours		
De 60 à 89 jours		
De 90 jours et plus	31 853 \$	40 260 \$
Sous-total	31 853 \$	40 260 \$
Provision pour créances douteuses	3 955 \$	1 285 \$
Sous-total	27 898 \$	38 975 \$
Total des autres débiteurs	625 943 \$	630 158 \$

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses :	1 285 \$	1 505 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	(5 240 \$)	220 \$
Montants recouvrés	0 \$	0 \$
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	3 955 \$	1 285 \$

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

## b. Risque de liquidité

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

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

engagements.

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

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres créiteurs 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 créiteurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	3 914 865 \$	3 933 040 \$
De 6 mois à 1 an :		
De 1 à 3 ans :		
De 3 à 5 ans :		
De plus de 5 ans :		
Total des autres créiteurs	3 914 865 \$	3 933 040 \$

### 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 :

#### i. Risque de taux d'intérêt

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

L'établissement est exposé(e) 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	21 707 421 \$	20 145 617 \$
Avances de fonds - enveloppes décentralisées		1 724 445 \$
Dettes à long terme	43 390 800 \$	42 900 682 \$

Les emprunts temporaires totalisent 21 707 421 \$ et portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0.05%. Puisque que 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 43 390 800 \$, représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux fixes. De ce montant, un montant de 43 311 535 \$ 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 79 265 \$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

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

## 17. 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.

## 18. CHIFFRES COMPARATIFS

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

## ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
	1	2	3	4	5
<b>REVENUS</b>					
Subventions MSSS (P362)	1	41 875 217	43 297 378	43 297 378	43 584 632
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2		322	322	
Contributions des usagers (P301)	3	1 902 356	1 886 224	1 886 224	1 839 975
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	398 163	477 927	477 927	521 187
Donations (C2:P290/C3:P291)	5				
Revenus de placement (P302)	6	17 275	6 744	6 744	17 148
Revenus de type commercial (P351)	7	30 050	XXXX	33 775	30 015
Gain sur disposition (P302)	8				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	130 075	99 008	132 546	107 858
<b>TOTAL (L.01 à L.11)</b>	<b>12</b>	<b>44 353 136</b>	<b>45 767 603</b>	<b>45 933 924</b>	<b>46 100 815</b>

## CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	32 092 594	33 028 530	60 938	33 089 468	32 292 026
Médicaments (P750)	14	1 207 842	973 054	XXXX	973 054	1 099 193
Produits sanguins	15	425 000	563 874	XXXX	563 874	415 396
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	1 029 490	949 244	XXXX	949 244	1 031 848
Denrées alimentaires	17	415 100	408 753	XXXX	408 753	391 256
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	2 193 609	2 137 577	XXXX	2 137 577	2 002 559
Frais financiers (P325)	19	235 000	165 183	XXXX	165 183	220 505
Entretien et réparations (P325)	20	464 619	753 311		753 311	544 821
Créances douteuses (C2:P301)	21		2 710		2 710	
Loyers	22	173 397	171 993		171 993	166 052
Dépenses de transfert (P325)	23		350	8 929	9 279	
Autres charges (P325)	24	8 655 575	8 642 137	69 474	8 711 611	8 871 084
<b>TOTAL (L.13 à L.24)</b>	<b>25</b>	<b>46 892 226</b>	<b>47 796 716</b>	<b>139 341</b>	<b>47 936 057</b>	<b>47 034 740</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)</b>	<b>26</b>	<b>(2 539 090)</b>	<b>(2 029 113)</b>	<b>26 980</b>	<b>(2 002 133)</b>	<b>(933 925)</b>

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

<b>CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES</b>	
SANTÉ PUBLIQUE	645 049
SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE	2 666 407
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES	8 472 810
DÉFICIENCE PHYSIQUE	713 574
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA	3 104 786
JEUNES EN DIFFICULTÉ	252 664
DÉPENDANCES	73 610
SANTÉ MENTALE	2 201 132
SANTÉ PHYSIQUE	17 571 064
ADMINISTRATION	3 591 235
SOUTIEN AUX SERVICES	4 328 022
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS	4 176 363
<b>GRAND TOTAL PAR PROGRAMMES-SERVICES</b>	<b>47 796 716</b>

# ENTENTE DE GESTION 2015-2016

## Fiche de reddition de comptes 2015-2016

<b>Section 1</b>	<b>Mise en œuvre de la Loi</b>
------------------	--------------------------------

<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
1.1 Procédures internes du conseil d'administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CM) - (CII)	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.3 Examen des plaintes	Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.4 Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
1.8 Programme d'accès en langue anglaise	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.9 Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné

**Commentaires** pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

1.1 : Réalisé aussitôt que les documents types des règlements ont été disponibles. Ratifiés le 2016-01-20.

1.2 : En tant que CISSS non fusionné, les conseils ont été maintenus et les règlements ont été révisés et ratifiés au CA. CMDP : le 2016-01-20, CII : le 2016-05-25, CM : 2016-05-25

1.3 : Idem, nous avons reconduit la commissaire locale aux plaintes en place et réduit les heures à un jour/sem en temps que mesure de redressement. Nous avons remplacé le médecin examinateur à contrat afin de respecter les directives du taux horaire.

1.4 : Réalisé dès le début, responsabilité de l'équipe de la Direction générale.

1.5 : N/A, responsabilité régionale du CISSS de la Gaspésie.

1.6 et 1.7 : N/A, nous n'avons pas eu à mettre à jour les privilèges, respect des dates d'échéance.

1.9 : Nous payons nos assurances sur une base annuelle.

1.10 : N/A, établissement non regroupé.

**Nom du responsable :** Yvette Fortier, PDG

**Date :** 2016-05-13

(aaaa-mm-jj)

**Fiche de reddition de comptes 2015-2016**

**Section 2**

**Santé publique**

<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement des résultats</b>
2.1 Priorité régionale en matière de prévention	Bilans qualitatifs	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné

**Commentaires** pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Pour le plan local en santé publique 2011-2015, le bilan qualitatif n'a pas été demandé par la Santé Publique du CISSS de la Gaspésie. Donc, aucun travaux n'a été fait à cet effet. Les activités prévues au PAL ont été prolongées en 2016 à la demande du MSSS.

**Nom du responsable :** Estelle Lapierre, chef adm. prog.

**Date :** 2016-05-13

(aaaa-mm-jj)

**Fiche de reddition de comptes 2015-2016**

<b>Section 3</b>	<b>Services sociaux</b>
------------------	-------------------------

<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille	Validation des grilles	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
3.3 Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signée avec les autres établissements, le cas échéant	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.5 Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.6 Personnes âgées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
3.7 Personnes âgées - L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.8 Personnes âgées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
3.9 Personnes âgées - Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Appuis régionaux	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

**Commentaires** pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

3.1 Difficile de respecter les délais d'accès, demande des ajustements à l'organisation des services.

3.2 Cible de prise en charge en négligence de 10.1 jeunes sur 1000.

3.4 Il n'y a pas d'entente signée avec le CISSS de la Gaspésie, mais les corridors de service sont accessibles.

3.5 Taux d'implantation atteint détection et d'intervention dépendance, cible à venir pour itinérance

3.6 Le repérage de clientèle et le suivi s'effectuent selon les attentes.

3.7 Tous les résidents ont été évalués et ils ont un plan d'intervention à jour.

3.8 Il est difficile de respecter les balises de l'admission en CHSLD, car le continuum d'hébergement en amont ne permet pas de répondre aux besoins particuliers de certaines clientèles. Un projet immobilier est en développement, ce qui devrait permettre de régulariser la situation.

3.9 Une entente de collaboration a été signée entre le CISSS des Îles et l'organisme L'Appui local pour la dispensation de services.

**Nom du responsable :** Pierre Arsenault, adjoint DSI-SM

**Date :** 2016-05-13

(aaaa-mm-jj)

**Fiche de reddition de comptes 2015-2016**

<b>Section 4</b>	<b>Services de santé et médecine universitaire</b>
------------------	----------------------------------------------------

<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
4.1 Accès aux services spécialisés	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
4.3 Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
4.6 Continuum de services en cardiologie (suivi)	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation

**Commentaires** pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

4.3 : CISSS des Îles a déposé sa demande de renouvellement GMF dans le cadre du nouveau cadre de gestion pour le 15 mars 2016. Nous avons 83 % d'inscription de la population en date du 31 mars 2016. (voir lettre ci-jointe).

4.4 : Entente conclue entre le CISSS des Îles et l'Association des handicapés des Îles pour offrir des activités de centre de jour, à raison d'une journée par semaine pour la clientèle ayant subi un AVC. Le continuum de services pour cette clientèle doit être consolidé.

4.7 : Plan triennal local déposé le 2015-12-15. Le comité régional commence à siéger. Les étapes du plan local sont débutées et respectent les échéanciers.

**Nom du responsable :** Yvette F, PDG-Pierre A.,ad-DSI-SM

**Date :** 2016-05-13

(aaaa-mm-jj)

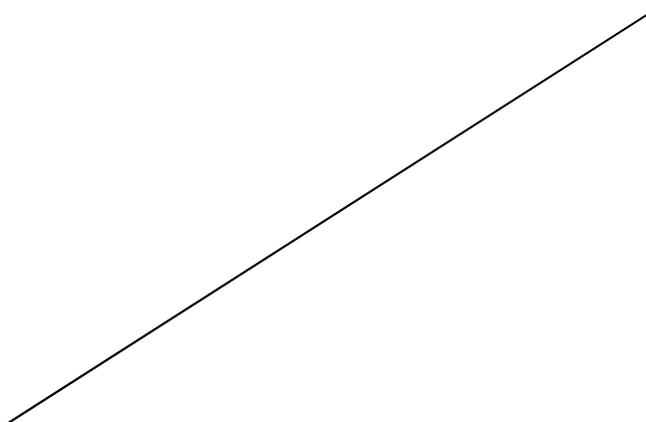
**Fiche de reddition de comptes 2015-2016**

**Section 5**

**Finances, Immobilisations et budget**

<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation

**Commentaires** pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.



**Nom du responsable :** Claude Cyr, DSA

**Date :** 2016-05-13

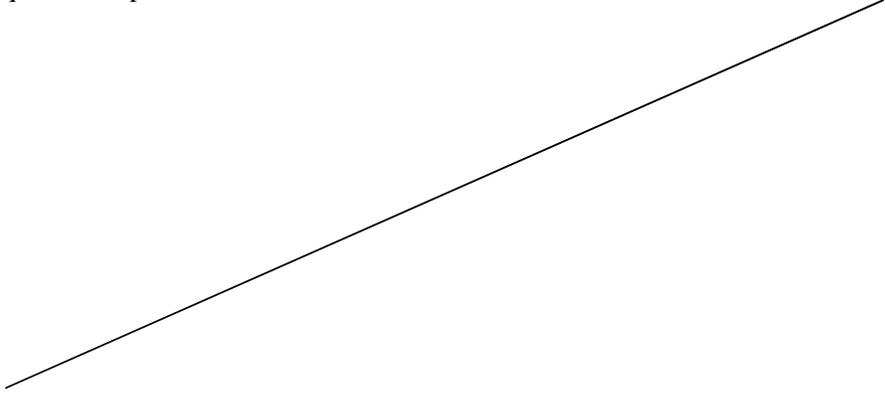
(aaaa-mm-jj)

**Fiche de reddition de comptes 2015-2016**

<b>Section 6</b>	<b>Coordination</b>
------------------	---------------------

<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1 – Plan de travail	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
	2 – Bilan des activités	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation

**Commentaires** pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.



**Nom du responsable :** Claude Cyr, DSA

**Date :** 2016-05-13

(aaaa-mm-jj)

**Fiche de reddition de comptes 2015-2016**

<b>Section 7</b>	<b>Planification, performance et qualité</b>
------------------	----------------------------------------------

<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation

**Commentaires** pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

7.1 : Le processus de plainte suit son cours. Le comité de gestion des risques avec les rapports de déclarations d'incidents ou d'accidents via les formulaires AH223-1. Nous avons également renforcé la déclaration de situation dangereuse pour le personnel. Nous avons respecté les échéanciers de reddition de compte avec Agrément Canada : 17 novembre 2015 et en préparation pour la suivante le 17 mai 2016.

<b>Nom du responsable :</b> Yvette Fortier, PDG	<b>Date :</b> 2016-05-13	<i>(aaaa-mm-jj)</i>
-------------------------------------------------	--------------------------	---------------------

**Fiche de reddition de comptes 2015-2016**

<b>Section 8</b>	<b>Technologies de l'information</b>
------------------	--------------------------------------

<b>Priorité</b>	<b>Livrable attendu</b>	<b>État d'avancement</b>
8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé
	Personnalisation pour chacun des établissements	<input type="checkbox"/> En cours de réalisation
8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	<input type="checkbox"/> Réalisé
		<input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1 – Nom du responsable DMÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé
	2 – Plan de soutien	<input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
8.4 Réhaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé
8.5 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1 – Planification triennale des projets et activités en RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé
	2 – Programmation annuelle des projets et activités en RI	<input type="checkbox"/> En cours de réalisation
	3 – Bilan annuel des réalisations en RI	<input type="checkbox"/> Réalisé
	4 – État de santé des projets	<input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation
8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1 – État des lieux	<input type="checkbox"/> Réalisé
	2 – Plan d'action pour le regroupement des RI	<input type="checkbox"/> En cours de réalisation
8.7 Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé
8.8 Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> En cours de réalisation
		<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé

**Commentaires** pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

8.2 DCI : Le noyau du logiciel Cristal-Net est installé au CISSS des Îles depuis novembre 2012. Seul le module iPlan (pour les plans de soins) est en utilisation. Nous sommes en attente des directives du ministère pour la suite de l'implantation de Cristal-Net. En attendant les directives, le service informatique met les efforts pour se conformer à l'infrastructure souhaitée par le ministère (service d'annuaire provincial avec un code utilisateur unique et utilisation du domaine et la forêt en Windows 2012 R2). La forêt est sous la responsabilité du CISSS de la Gaspésie et sera rehaussée en windows 2012. Le domaine du CISSS des Îles est en windows 2008 R2 et sera rehaussé en windows 2012 R2 lorsque la forêt le permettra. Nous avons commencé à utiliser la nouvelle nomenclature des accès des utilisateurs souhaitée par le ministère.

8.3 DMÉ : Le logiciel sera hébergé au CISSS de la Gaspésie. Le nom du responsable du DMÉ est Dre Marie-Louise Boshouwers. Le DMÉ intramuros sera implanté au CISSS des Îles le 11 juillet 2016 pour les médecins et les infirmières. Plusieurs interfaces sont prévues dès la mise en production. Elles seront développées entre les systèmes de Logibec et le DMÉ de Purkinje afin d'alimenter les logiciels sans intervention manuelle.

- Interface index-usagers (le DMÉ récupère l'information à jour des patients, aucune création de dossiers n'est à faire)

- Interface pour les rendez-vous (le DMÉ récupère tous les rendez-vous et les listes d'attentes pour les médecins, les spécialistes et les autres professionnels du CISSS des Îles)

- Interface pour les rapports transcrits par les agentes administratives. (le DMÉ récupère les rapports associés aux patients)

- Interface pour certains rapports transcrits dans de DMÉ que pourrait (Logibec récupère certains documents pour les classer dans GDE).

8.6 : Rien n'est débuté, cette responsabilité appartient au CISSS de la Gaspésie.

8.8 Sécurité de l'information : Les rapports sont complétés

**Nom du responsable :** Claude Cyr, DSA

**Date :** 2016-05-13

(aaaa-mm-jj)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Sécurité et pertinence
-----------------------------	------------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.01.19.01-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %
1.01.19.02-PS Pourcentage des 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 (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %

<b>Commentaires</b>	
<p>Pour l'année 2014-2015 le taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile de conformité attendu est de 4.4 pour le CISSS des Îles le résultat est de 4.0.</p> <p>Pour l'année 2014-2015, les taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline est de 0.56. Pour le CISSS des Îles, le taux est de 0.</p> <p>Nous n'avons pas encore reçu les données d'analyse de notre taux pour l'année 2015-2016. Ces données nous sont habituellement transmises par l'INSPQ. Selon le suivi effectué localement en 2015-2016, nous croyons que nos données seront similaires à l'année 2014-2015.</p>	
<b>Établissement : CISSS des Îles</b>	
<b>Personne ayant complété la fiche : Johanne Cantin, DSI-SM</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>

\* Résultats en date du : 2015- 05-29

\*\* Résultats en date du : 2016-05-19

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Prévention des infections
-----------------------------	---------------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	7	4	2

**Commentaires**

1.01.24 - La clientèle 15-24 ans n'est pas toute retrouvée dans les écoles. La clinique jeunesse dessert la clientèle 14-18 ans seulement. Les 19-24 ans se retrouvent aux études à l'extérieur des îles ou sont sur le marché du travail. Le client est libre de venir consulter aux services généraux qui sont accessibles du lundi au vendredi et à l'urgence en dehors des heures de bureau.

Pour 2016-2017, une évaluation régionale est en cours pour optimiser le programme clinique jeunesse selon le cadre de référence du MSSS, ce qui permettra d'augmenter graduellement l'intervention de prévention et de dépistage.

**Établissement : CISSS des Îles**

<b>Personne ayant complété la fiche : Estelle Lapierre, chef d'administration programmes services généraux</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020**

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

<b>Objectif de résultats :</b>	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.09.25-PS Nombre total de GMF	1	1	1
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	71 %	72 %	86.62 %

**Commentaires**

Nonobstant le taux d'inscription, le GMF doit améliorer le taux d'assiduité qui est à 68 %.

**Établissement : CISSS des Îles**

**Personne ayant complété la fiche : Yvette Fortier, PDG et DSP par intérim**

**Date : 2016-05-13**

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13 - rapport 10507)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 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
--------------------------------	-------------------------------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11.3	12	13.0
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures.	87.6	87.6 %	89.0
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures.	90.6	90.6 %	90.4

<b>Commentaires</b>	
<p>Nous avons connu une détérioration de notre situation principalement due par une difficulté d'accès aux lits de courte durée en santé physique et en santé mentale.</p> <p>Les difficultés d'accès proviennent principalement de la présence de personnes en fin de soins actifs pour un équivalent d'occupation de 3.69 lits occupés sur une base annuelle. L'augmentation du nombre de personnes admises dans les lits de psychiatrie et débordant régulièrement sur les lits de santé physique a également contribué à limiter l'accès à des lits pour l'urgence.</p>	
<b>Établissement : CISSS des Îles</b>	
<b>Personne ayant complété la fiche : Johanne Cantin, DSI-SM</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>

\* Résultats en date du : 2016-04-19

\*\* Résultats en date du : 2016-04-19

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 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
--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs (chirurgie)</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an -ensemble des chirurgies	0	0	0
1.09.32.01-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	N/A	N/A
1.09.32.02-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	0	N/A	N/A
1.09.32.03-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	0	0	0
1.09.32.04-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	0	0	0
1.09.32.05-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	0	0	0
1.09.32.06-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	0	N/A	N/A

**Commentaires**

--

**Établissement : CISSS des Îles**

<b>Personne ayant complété la fiche : Rachel Langford, chef des services bloc opératoire/Yvette Fortier, PDG et DSP par intérim</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 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
--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs (imagerie médicale)</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.09.34.01-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	24.31 %	90 %	32,31 %
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	20 %	90 %	20,21 %
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	100 %	90 %	100 %
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	50 %	90 %	100 %
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	9.31 %	90 %	30,56 %
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	25 %	90 %	68,42 %
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	13.4 %	90 %	52 %
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	36.36 %	90 %	85 %
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	72 %	90 %	72 %

**Commentaires**

1.09.34.01 : Pour les graphies : la plupart des usagers n'appellent pas pour prendre leur rendez-vous, et parfois ils ne se présentent pas, et ce, sans nous aviser. Pour remédier à cette problématique, nous allons revoir la procédure pour les requêtes et les attributions des RDV et la mise en application de notre politique de la non-disponibilité des usagers (G-601).

1.09.34.02 : Pour les scopies : la scopie inclut l'ostéographie qui représente 3/4 de la liste d'attente, et juste un nombre restreint de radiologistes dépanneurs font de l'ostéographie, ce qui allonge encore plus notre liste d'attente. Nous avons commencé à revoir la façon de compiler les données, entre autres exclure les infiltrations et la pose de cathéter central des listes de scopie, ce qui va sans doute améliorer notre liste et nos cibles.

1.09.34.05 : Pour les échographies cardiaques : pas de radiologiste sur place, on a un seul technologue accrédité et le nombre de requêtes ne cesse d'augmenter et surtout le fait que la plupart des radiologistes ne font pas de l'échographie. Nous avons des dépanneurs internistes qui nous aident à répondre à la demande.

1.09.34.07 : Pour les autres échographies : pas de radiologiste sur place, seulement deux technologues accrédités également du fait du nombre restreint de radiologistes qui font de l'écho à distance, et que certaines échographies ne doivent être faites que par les radiologistes.

Nos deux technologues ont perdu leur accréditation pour le doppler veineux et carotide, car pas assez de volume, ce qui allonge la liste.

1.09.34.09 : Pour la résonance : résonance mobile sur place 3 fois par année, mais pas en hiver, l'atteinte des cibles n'est pas un enjeu, suite à la visite de la roulotte mobile, les cibles sont atteintes. Durant le dernier trimestre de l'année 2015-2016, il n'y a pas eu d'IRM mobile sur place.

**Établissement : CISSS des Îles**

<b>Personne ayant complété la fiche : Malek Arab, coordonnateur des services hospitaliers/Yvette Fortier, PDG et DSP par intérim</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\* Résultats en date du : 2015-04-27 (4<sup>e</sup> trimestre)

\*\* Résultats en date du : 2016-04-20 (4<sup>e</sup> trimestre)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020**

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

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

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	64.3 %	90 %	68 %

**Commentaires**

Actuellement, il est impossible de respecter la cible du MSSS pour un type de cancer soit les tumeurs vésicales. La tumeur vésicale diagnostiquée entre le lundi et le jeudi dans la semaine de la visite de l'urologue sera opérée au plus tard le vendredi. Par contre, la tumeur diagnostiquée le vendredi sera opérée lors de la prochaine visite de l'urologue sauf si l'urologue juge que la tumeur est à un stade trop avancé pour attendre. Comme nous n'avons pas d'urologue permanent sur place, nous sommes tributaires de l'offre de service de ces derniers qui consiste à 4 visites régulières d'une semaine par année, plus une visite additionnelle qui elle est aléatoire. Les patients alors en attente peuvent représenter 3 à 4 cas par année. Comme vous voyez, il est impossible pour nous d'opérer 90 % des tumeurs à l'intérieur de 28 jours ni 100 % à l'intérieur de 56 jours comme le demande le MSSS. Pour y arriver, il faudrait bonifier l'offre de service en urologie à 1 visite par mois ou au maximum aux deux mois, ce qui n'est pas réaliste pour le moment avec l'équipe d'urologues du CHU de Québec. La seule solution reste le transfert des patients pour une chirurgie dans un autre centre. Les délais pour ce type de chirurgie semblent aussi longs qu'ici puisque ce type de cancer n'est pas considéré comme prioritaire.

**Établissement : CISSS des Îles**

<b>Personne ayant complété la fiche : Rachel Langford, chef des services au bloc opératoire/Yvette Fortier, PDG et DSP par intérim</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 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
--------------------------------	------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	340	347	333
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	99.08 %	90 %	99.7 %

<b>Commentaires</b>	
<p>1.03.11 - Dû à un resserrement des critères donnant accès aux services de soutien à domicile, nous avons diminué un peu le nombre de prises en charge des usagers. Dorénavant, nous ne desservons pas d'emblée les profils 1 à 3. Ils sont référés à l'EÉSAD pour les services AVD. Pour s'assurer d'un bon repérage des clientèles, nous avons déployé l'outil PRISMA 7 au GMF depuis peu. Nous croyons être en mesure d'augmenter le nombre de clients desservis à domicile.</p> <p>1.03.12 – Toutes les clientèles avaient été évaluées au 31 mars 2016 et un plan d'intervention (PI/PII/PSI) avait été élaboré pour chacun d'eux selon l'entente, à l'exception d'un usager hospitalisé.</p>	
<b>Établissement : CISSS des Îles</b>	
<b>Personne ayant complété la fiche : Pierre Arsenault, Adjoint DSI-SM</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 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
--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	94 %	100 %	100 %
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	74.76 %	74.76 %	84.28 %

**Commentaires**

/

**Établissement : CISSS des Îles**

<b>Personne ayant complété la fiche : Pierre Arsenault, Adjoint DSI-SM/Johanne Cantin, DSI-SM</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020**

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

<b>Objectif de résultats :</b>	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile		39	40
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fins de vie		1	1

**Commentaires**

1.09.05 - Depuis la couverture en soirée par une infirmière, nous avons augmenté le nombre de clients en soins palliatifs à domicile.

1.09.45 – Nous avons déployé le lit palliatif en CHSLD en date du 1<sup>er</sup> septembre 2015. Le taux d'occupation depuis son ouverture a été de 46 %. Pendant la période d'éclosion de gastro-entérite (6 semaines), il n'y a pas eu d'admission dans ce lit.

**Établissement : CISSS des Îles**

<b>Personne ayant complété la fiche : Pierre Arsenault, Adjoint DSI-SM/Johanne Cantin, DSI-SM</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020**

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

<b>Objectif de résultats :</b>	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves
--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	28	27	32
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère	11	N/D	8

<b>Commentaires</b>	
<p>1.08.13 : Résultat qui est conforme aux attentes du MSSS.</p> <p>1.08.14 : Cible qui n'est pas un engagement pour notre établissement.</p>	
<b>Établissement : CISSS des Îles</b>	
<b>Personne ayant complété la fiche : Pierre Arsenault, adjoint DSI-SM/Alain Bourgeois, Chef d'administration de programmes</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Mobilisation du personnel
-----------------------------	---------------------------

<b>Objectifs de résultats :</b>	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	8.92 %	8.79 %	6.67 %
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2.19 %	3.18 %	2.11 %
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0.68 %	0.91 %	0.33 %

**Commentaires**

En ce qui concerne les indicateurs 3.05.02 et 3.06.00, nous poursuivons les efforts et les mesures mis en place afin de maintenir les résultats sous les cibles attendues.

Pour ce qui est de l'indicateur 3.01, l'engagement attendu pour 2015-2016 est atteint. Toutefois, l'établissement a entrepris une série de mesures afin d'améliorer sa performance et afin d'être sous la cible attendu pour 2020, soit 5.90 %. Ces mesures visent à outiller davantage les gestionnaires afin d'assurer un suivi de l'absentéisme de leur personnel, ce qui implique l'absentéisme de manière globale. Aussi, une sensibilisation du personnel quant à l'absentéisme est entreprise au sein de l'organisation.

**Établissement : CISSS des Îles**

**Personne ayant complété la fiche : Philippe Simon Laplante, adjoint DSA**

**Date : 2016-05-13**

\* Résultats en date du : 2015-06-12 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-04-21 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2**

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

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	12.5 %	50 %	50 %

**Commentaires**

1.01.13 – Il est difficile d'atteindre des résultats supérieurs, car la commission scolaire et ses écoles n'ont pas à faire de reddition de comptes pour l'approche École en santé. Cependant, plusieurs activités s'inscrivant dans les orientations poursuivies ont été réalisées par les professeurs. Nos infirmières sont toujours présentes dans les écoles, afin de les appuyer et les soutenir dans la mise en place d'activités préventives. La mise en place de telles activités ne respecte pas toujours la philosophie de EES ni les étapes de cette approche. Nous ne pouvions donc pas enregistrer les statistiques dans I-CLSC, car nos intervenants n'avaient pas été impliqués du début à la fin.

Nos démarches jusqu'à maintenant se sont faites surtout auprès de la Commission scolaire qui n'a aucun pouvoir décisionnel sur les directions d'école. Nous envisageons de faire cette démarche de façon individuelle avec les écoles pour la prochaine année scolaire 2016-2017, afin d'élaborer un plan d'action indiquant les activités pour chacune d'elles.

Plan d'action MSSS-MERS en cours d'élaboration au niveau local.

**Établissement : CISSS des Îles**

<b>Personne ayant complété la fiche : Estelle Lapierre, chef d'administration des programmes</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2**

<b>Secteur d'activités :</b>	Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales
------------------------------	---------------------------------------------------------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	N/A	100 %	N/A
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %

<b>Commentaires</b>	
<p>Le comité est existant et actif.</p> <p>1.01.19.03-EG2 : l'établissement n'était pas soumis à la surveillance.</p>	
<b>Établissement : CISSS des Îles</b>	
<b>Personne ayant complété la fiche : Johanne Cantin, DSI-SM</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>

\* Résultats en date du : 2015-03-31

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2**

**Secteur d'activités :** Services généraux

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	N/A	N/A	N/A

**Commentaires**

Responsabilité du CISSS de la Gaspésie.

**Établissement : CISSS des Îles**

**Personne ayant complété la fiche : Pierre Arsenault, adjoint DSI-SM**

**Date : 2016-05-13**

\* Résultats en date du :

\*\* Résultats en date du :

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2**

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

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	N/A	N/A	N/A

**Commentaires**

Responsabilité du CISSS de la Gaspésie

**Établissement : CISSS des Îles**

**Personne ayant complété la fiche : Pierre Arsenault, adjoint DSI-SM**

**Date : 2016-05-13**

\* Résultats en date du :

\*\* Résultats en date du :

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2**

<b>Secteur d'activités :</b>	Cardiologie tertiaire
------------------------------	-----------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.09.08A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A			
1.09.08B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B			
1.09.09A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A			
1.09.09B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B			
1.09.10A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A			
1.09.10B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B			

<b>Commentaires</b>

**Établissement : CISSS des Îles**

<b>Personne ayant complété la fiche : Yvette Fortier, PDG et DSP par intérim</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>
----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\* Résultats en date du :

\*\* Résultats en date du :

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2**

<b>Secteur d'activités :</b>	Chirurgie oncologique
------------------------------	-----------------------

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	71.4 %	100 %	74 %

**Commentaires**

Actuellement, il est impossible de respecter la cible du MSSS pour un type de cancer soit les tumeurs vésicales. La tumeur vésicale diagnostiquée entre le lundi et le jeudi dans la semaine de la visite de l'urologue sera opérée au plus tard le vendredi. Par contre, la tumeur diagnostiquée le vendredi sera opérée lors de la prochaine visite de l'urologue sauf si l'urologue juge que la tumeur est à un stade trop avancé pour attendre. Comme nous n'avons pas d'urologue permanent sur place, nous sommes tributaires de l'offre de service de ces derniers qui consiste à 4 visites régulières d'une semaine par année, plus une visite additionnelle qui elle est aléatoire. Les patients alors en attente peuvent représenter 3 à 4 cas par année. Comme vous voyez, il est impossible pour nous d'opérer 90 % des tumeurs à l'intérieur de 28 jours ni 100 % à l'intérieur de 56 jours comme le demande le MSSS. Pour y arriver, il faudrait bonifier l'offre de service en urologie à 1 visite par mois ou au maximum aux deux mois, ce qui n'est pas réaliste pour le moment avec l'équipe d'urologues du CHU de Québec. La seule solution reste le transfert des patients pour une chirurgie dans un autre centre. Les délais pour ce type de chirurgie semblent aussi longs qu'ici puisque ce type de cancer n'est pas considéré comme prioritaire.

**Établissement : CISSS des Îles**

<b>Personne ayant complété la fiche : Rachel Langford, chef des services au bloc opératoire/Yvette Fortier, PDG et DSP par intérim</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2**

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

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
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 déficiência physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	100 %	90 %	85 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficiência physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	N/A	N/A	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 déficiência intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	91.67 %	90 %	100 %
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficiência intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	91.67 %	90 %	100 %

**Commentaires**

1.45.04.01 – Nous avons unifié le mécanisme d'accès aux services entre les clientèles DP, DI et TSA. Une travailleuse sociale est maintenant dédiée à la clientèle DP pour s'assurer de la réponse appropriée aux besoins dans les délais requis.

**Établissement : CISSS des Îles**

<b>Personne ayant complété la fiche : Johanne Cantin, DSI-SM/Pierre Arsenault, adjoint DSI-SM</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

\* Résultats en date du : 2015-05-15 (P13)

\*\* Résultats en date du :

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2**

**Secteur d'activités :** Hygiène et salubrité

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	50 %	100 %	50 %

**Commentaires**

Les zones grises ont été identifiées, cependant l'implantation reste à faire.

**Établissement :** CISSS des Îles

**Personne ayant complété la fiche :** Claude Cyr, DSA

**Date :** 2016-05-13

\* Résultats en date du : 2015-03-31 (P13)

\*\* Résultats en date du : 2016-03-31 (P13)

**Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2**

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

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2014-2015</b>	<b>Engagements 2015-2016</b>	<b>Résultats** 2015-2016</b>
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS)		N/A	N/A

<b>Commentaires</b>

<b>Établissement : CISSS des Îles</b>	
<b>Personne ayant complété la fiche : Yvette Fortier, PDG et DSP par intérim</b>	<b>Date : 2016-05-13</b>

\* Résultats en date du :

\*\* Résultats en date du :

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

En date du 31 mars 2016, les membres du conseil d'administration sont :

- Emmanuel Aucoin, président (Vérification, performance ou gestion de la qualité)
- Gaston Bourque, vice-président (Réadaptation)
- Yvette Fortier, Secrétaire-présidente-directrice générale)
- Dany Chiasson (Jeunesse)
- Gisèle Deraspe (Usager)
- Helena Burke (Gouvernance ou éthique)
- Jacynthe Richard (Gestion des risques, finance et comptabilité)
- Marcel Couture (DRMG)
- Marie-Josée Noël (Ressources immobilières, informationnelles ou humaines)
- Martine Martin (Organismes communautaires)
- Nancy Leblanc (Comité des usagers)
- Reynald Tremblay (CRSP)
- Serge Rochon (Milieu de l'enseignement)

Le conseil d'administration a tenu 4 séances ordinaires et 4 séances extraordinaires. Le volet I de la formation des membres du CA a eu lieu le 26 octobre 2015. Le volet II aura lieu au printemps 2016. Tous les membres ont signé leur engagement. En date du 31 mars 2016, nous avons quatre (4) sièges vacants au conseil d'administration (CMDP, CII, CM et Santé mentale).

Vous trouverez en annexe les documents suivants :

- Le règlement de régie interne du CISSS des Îles - 20 janvier 2016
- Le code d'éthique du CISSS des Îles - septembre 2015
- Le code d'éthique des administrateurs du CISSS des Îles - 20 janvier 2016

Aucun manquement au Code d'éthique et de la déontologie, n'est survenu au cours de l'année 2015-2016

## COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET CONSEILS PROFESSIONNELS

Comité de vérification

Comité de vigilance et de la qualité

Comité de gouvernance et d'éthique

Comité de gestion des risques

Comité de révision

Comité des usagers

Comité des pratiques professionnelles  
interdisciplinaires

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

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Conseil multidisciplinaire (CM)

# ANNEXES

## COMITÉ DE VÉRIFICATION

Au cours de l'année 2015-2016, le comité s'est réuni à trois (3) reprises. Les membres du comité sont :

- Emmanuel Aucoin, président
- Jacinthe Richard, vice-présidente
- Marie-Josée Noël, membre du conseil d'administration
- Nancy Leblanc, membre du conseil d'administration et du comité des usagers

## COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Au cours de l'année 2015-2016, le comité s'est réuni à deux (2) reprises. Les membres ont élaboré deux grilles d'évaluation pour le conseil d'administration : Fonctionnement du conseil d'administration du CISSS et évaluation des membres du conseil.

Les membres du comité sont :

- Martine Martin, présidente
- Marie-Josée Noël, membre du conseil d'administration
- Serge Rochon, membre du conseil d'administration
- Helena Burke, membre du conseil d'administration
- Yvette Fortier, présidente-directrice générale

## CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

### Mot du Président

C'est avec plaisir que nous (D<sup>re</sup> Ychelle Fortier et M. Reynald Tremblay) vous soumettons le rapport annuel à titre de président du CMDP du CISSS des Îles. L'année 2015-2016 a été une année de grands bouleversements dans le réseau de la santé. L'application de la loi 10 qui a fait de notre établissement un CISSS. L'application de la loi 20 qui a mené à prioriser et à poursuivre la prise en charge en première ligne déjà bien entamée par le département de médecine générale. Sans compter l'adoption de la loi concernant les soins de fin de vie en décembre 2015 qui a nécessité la mise en place du comité de support (GIS) et de divers outils pour accompagner les intervenants au besoin.

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

d'information.

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 le président-directeur général (PDG) et lui donne son avis sur l'organisation et la prestation des soins en tenant compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers. Il doit aussi exercer ses fonctions en conformité avec la mission et les ressources dont dispose l'établissement.

La pratique médicale dans notre établissement revêt un caractère particulier vu 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. Conjointement avec la direction des services professionnels, nous avons déployé de nombreux efforts au maintien des activités régulières des départements et des comités obligatoires.

## LE CMDP

Le CMDP de l'Archipel est actuellement composé de 35 membres réguliers : 21 médecins membres actifs, 6 médecins membres associés, 2 pharmaciens et 6 dentistes. Ajoutons à ce nombre près de 200 membres associés consultants ou professionnels- dépanneurs. Vous pouvez consulter les détails au tableau 1.

Cette année, sur le plan des départs et arrivées d'effectifs locaux, notons les démissions officielles des Dr Michel Bérubé, internistes, Dre Caroline Grégoire et Dre Rose-Mary Patry omnipraticiennes et du Dr Pierre Leclerc, chirurgien.

Mentionnons l'arrivée probable d'un nouvel interniste, de 2 nouveaux omnipraticiens ainsi que d'un chirurgien général au cours de la prochaine année. Une entente a été conclue avec des radiologistes externes pour assurer les services de suivi et d'interprétation des examens effectués au CISSS. Une nouvelle pharmacienne se joindra à l'équipe de pharmacie pour la période estivale et assurera du support en télépharmacie à partir de l'automne 2016.

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.

Le D<sup>r</sup> Marcel Couture et le D<sup>r</sup> Luc Dansereau siégeaient comme représentant du CMDP au sein du nouveau conseil d'administration ; de même que Reynald Tremblay, pharmacien comme représentant du comité régional des services pharmaceutiques. À noter que Dr Dansereau a récemment démissionné de ce poste. Son remplacement devrait être effectué au cours de la prochaine année.

TABLEAU 1 – PORTRAIT DES MEMBRES		NOMBRE
Membres au début de l'exercice	Omnipraticiens	28
	Spécialistes	177
	Pharmaciens	2
	Dentistes	7
	<b>Total</b>	<b>214</b>

TABLEAU 1 – PORTRAIT DES MEMBRES		NOMBRE
<b>Nominations</b>	Omnipraticiens	1
	Spécialistes	4
	Pharmaciens	1
	Dentistes	0
	<b>Total</b>	<b>5</b>
<b>Non-renouvellements</b>	Spécialistes dépanneurs	8
<b>Départs</b>	Omnipraticiens	3
<b>Membres à la fin de l'exercice</b>	Omnipraticiens	26
	Spécialistes	173
	Pharmaciens	2
	Dentistes	6
	<b>Total</b>	<b>207</b>
<b>Membres actifs</b>	Omnipraticiens	13
	Spécialistes	9
	Pharmaciens	2
	Dentistes	0
	<b>Total</b>	<b>24</b>
<b>Membres associés - réguliers</b>	Omnipraticiens	6
	Spécialistes	1
	Pharmaciens	0
	Dentistes	6
	<b>Total</b>	<b>13</b>
<b>Membres associés - dépanneurs</b>	Omnipraticiens	6
	Spécialistes	157
	Pharmaciens	5
	Dentistes	0
	<b>Total</b>	<b>163</b>
<b>Membres-conseils</b>	Omnipraticien	1

## LES COMITÉS OBLIGATOIRES

### *Comité exécutif*

- D<sup>re</sup> Ychelle Fortier (jusqu'en février 2016) et M. Reynald Tremblay, président
- D<sup>r</sup> Jean-François Noël, vice-président
- D<sup>re</sup> Amélie Hubert, trésorière
- D<sup>r</sup> Steve Lessard, membre officier
- D<sup>r</sup> Patrick Blouin, membre officier
- D<sup>r</sup> Houssine Souissi, membre officier
- M<sup>me</sup> Yvette Fortier, présidente-directrice générale et DSP
- M<sup>me</sup> Sarah Leblanc, support clérical

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

Un des thèmes récurrents de l'année a été la révision, la mise à jour et la standardisation des règlements, des ordonnances, des procédures, des protocoles, des politiques et de divers processus pour lesquels le CMDP doit donner sa recommandation ou son approbation. Pour ce faire, le CECMDP a supervisé 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 imprimées (OMISP),
- nouvelles ordonnances collectives (OC),
- révision et mise en forme adéquate d'OMISP déjà en cours, nouveaux formulaires de liaison dans le cadre d'OC,
- nouveaux protocoles médicaux,
- nouvelles feuilles de suivi systématique.

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

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

Le CMDP a adopté de nouveaux règlements suite à l'adoption de la loi 10. Des modifications ont également été apportées pour le calcul du quorum afin de faciliter la tenue de réunions. Notons aussi l'ajout aux règlements l'exigence de production par chaque département de toute liste de garde ou de travail sur laquelle un médecin ou pharmacien paraît au minimum un mois de calendrier à l'avance. Enfin, le CMDP a recommandé une procédure dans le cas de non-respect des règlements pour les membres du CMDP et cette dernière a été entérinée par le conseil d'administration. Le CMDP a également adopté une cotisation annuelle aux membres actifs associés itinérants de l'ordre de 100 \$. Il n'y avait aucune cotisation exigée à ces types de membres auparavant.

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 et anesthésie sont actuellement à l'étude. La rédaction des règlements de radiologie et de psychiatrie sont au programme pour la prochaine année.

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

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

Une nouvelle entente de garde à distance et de support local a vu le jour en pédiatrie avec l'équipe Maria.

En orthopédie, une entente régionale a été conclue avec l'équipe de Chandler.

En radiologie, une entente a été conclue avec des radiologistes. C'est le Dr Jean Rodrigue qui a été nommé chef du département de radiologie de notre CISSS.

En neurologie, des discussions sont en cours avec deux milieux (Rimouski et Québec) afin d'établir un corridor de services.

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

En hémo- oncologie et en médecine interne, les départs du Dr Michel Bérubé (démission) et du

D<sup>r</sup> Luc Dansereau (congé de maladie) du département de médecine interne ont obligé des réflexions et de nombreuses discussions sur l'organisation et la prestation des soins dispensés dans ces secteurs. En collaboration avec la PDG, le Dr Richard Lemieux, Dr Marcel Couture et les membres du département de médecine général, un plan de contingence a été établi pour assurer la continuité des soins de qualité et sécuritaires pour les patients des Îles. Finalement, une entente a été conclue avec des hémato-oncologistes du CHU de Québec afin d'apporter un support local et à distance à l'équipe du CISSS des Îles.

En périnatalogie, les médecins omnipraticiens accoucheurs ayant dénoncé une situation préoccupante concernant l'organisation et la qualité des soins infirmiers, un plan de redressement a été amorcé. En ce sens, le CMDP a d'abord recommandé la reconduction du programme AMPRO. Ensuite, le CECMDP a maintenu des consultations avec la direction des soins infirmiers, le département de médecine générale, le CMQ et l'OIIQ. Ces discussions ont ultimement mené à un plan d'amélioration qui se poursuit. Avec un seul membre actif omnipraticien sur place dans l'équipe, ce secteur demeure vulnérable et dépendant des médecins dépanneurs de l'extérieur.

En chirurgie, le départ de Dre Marjolaine Bourque (congé maladie pour raisons familiales) a également nécessité une réorganisation du département de chirurgie. Avec comme seul membre actif restant, Dr Lester Duguay en fin de carrière, le CISSS a dû faire appel à une équipe de chirurgiens dépanneurs de l'extérieur. Il n'y a eu aucune coupure de services grâce à la collaboration de Dr Duguay et du groupe de chirurgiens remplaçants récurrent mis en place par la DSP. Nous attendons l'arrivée d'un nouveau chirurgien en novembre 2016.

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

Enfin, dans le secteur des soins prolongés, le CECMDP a maintenu sa participation aux activités découlant du plan d'action mis en place l'an dernier.

### ***Comité d'examen des titres***

---

Dr Hugues Poirier, psychiatre – Président  
Mme Yvette Fortier, DSP – membre officier  
Dr Jean-François Noël, omnipraticien – membre officier  
Dre Marie-Louise Boshouwers – membre officier

Le comité s'est réuni à quatre reprises.

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

### ***CEAMDP***

---

Dre Rosalie Moreau, omnipraticienne – Présidente  
Dr Mathieu Brunet, membre officier  
Dre Émilie Comeau, membre officier  
Mme Annie Chevarie – membre officier  
Dre Ychelle Fortier – membre officier ad septembre 2015

Le comité s'est réuni à cinq reprises.

### **Comité de pharmacologie**

---

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

Le comité s'est réuni à deux reprises.

### **Comité de discipline**

---

Il y a eu formation de deux comités de discipline dont un a été abrogé en raison de la démission du médecin concerné par la plainte. L'autre comité n'a pas encore rendu de décision.

## **CONCLUSION**

---

Au cours de la dernière année, nous avons pu poursuivre le travail de standardisation de plusieurs documents d'encadrement cliniques et administratifs, tant au CMDP que dans les différents départements et services.

Dans le même esprit, la réflexion sur l'organisation départementale s'est poursuivie. Avec la fragilité et la précarité de petites équipes, il nous semble essentiel d'adopter une structure simple, souple et efficiente permettant à la fois de faire face à nos obligations cliniques, mais aussi administratives et légales. La réflexion se poursuit.

Dans le dernier rapport annuel, 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. Avec les correspondances récentes du ministre sur « la pertinence », il semble que notre vision soit partagée et je relance cet objectif pour la prochaine année.

Parce que la mise en application des Lois 10 et 20 ont des implications cliniques et administratives significatives, nous encourageons les membres du CMDP à continuer de s'impliquer activement dans les transformations actuelles et celles à venir.

Ychelle Fortier, omnipraticienne  
Reynald Tremblay, pharmacien  
Président du CMDP

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

### Membres du CII

Au 31 mars 2016, les membres du CECII étaient Sandra Chiasson (présidente), Vanessa Harvie (vis-présidente), Mélissa Bourgeois (membre officier), Josiane Leblanc (membre officier), Amélie Poirier (membre officier), Louise Gaudet (membre officier et agente de communication), Johanne Cantin (DSI, membre d'office) et Yvette Fortier (PDG, membre d'office).

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

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

- 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 2015*

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

### Bilan des activités

- Nombre de réunions du comité exécutif du CII et taux de participation des membres
  - Nombre : 9 Taux de participation : 61 %
- Nombre de réunions du comité exécutif des infirmières et infirmiers auxiliaires
  - Nombre : 0
- Nombre de réunions du comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence
  - Nombre : 0

### Rapports du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

Le comité n'a pas été actif pendant l'année financière 2015-2016.

### 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 par Louise Gaudet :
- 1) Un **audit sur la conformité des règles en lien avec l'évaluation du risque de plaie**. L'audit nous permet de constater que l'échelle de Braden est complétée dans plus de 95 % des cas dans les secteurs de la courte durée. L'audit nous permet également de constater que la conformité à la règle de soins concernant la réévaluation est respectée dans 90 % dans ce

même secteur. Il serait intéressant de valider dans un prochain exercice les interventions et les suivis infirmiers mis en place pour assurer la prévention, le traitement et le suivi des plaies de pression à notre clientèle. L'exercice pourrait également être fait en CHSLD et en SAD.

### **Recommandations ou avis émis par le CII concernant**

#### ***Les ordonnances collectives (OC), OMISP et protocoles***

- OC en prévention des infections approuvées avec modifications le 15-12-2015;
- OMISP- Aide-Mémoire médical-Prise en charge initiale du sepsis pédiatrique et adulte approuvée avec modifications le 04-06-2015;
- OMISP- Prise en charge initiale du sepsis pédiatrique et adulte (médication) approuvées avec modifications le 04-06-2015;
- OC-44 - Administrer de l'oxygène par lunette nasale ou par masque approuvé avec modifications le 6-04-2016.

#### ***Les règles de soins et autres***

- Avis conjoint OIIQ-CDQ – Non-pertinence d'assujettir certains tests à une obligation d'ordonnance collective – Recommandations émises au CECMDP en lien avec l'élaboration d'une règle de soin le 01-12-2015;
- Programme clinique de soins palliatifs et de soins de fin de vie du CISSS des Îles accepté avec modifications le 14-12-2015 :
  - Politique d'établissement en soins palliatif et en fin de vie
  - Chartes des droits des mourants;
- Politique sur la gestion intégrée des risques approuvée le 29-05-2015;
- Notes d'observations des soins du nouveau-né refusé le 25-01-2016;
- Avis au personnel infirmier en lien avec le discours professionnel en ce qui a trait avec les soins notamment la vaccination émis le 26-01-2016;
- Avis au personnel infirmier en lien avec la demande d'autorisation nécessaire pour l'usage de photographie, films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres lors de soins émis le 18-03-2016.

### **Avis émis par le CII à la présidente-directrice générale concernant**

- Recommandation du CECII concernant l'encre des stylos utilisés dans les dossiers des usagers
- Demande d'avis légal concernant le refus de traitement en soins périnataux.

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

De par son mandat, le CII poursuit activement son implication 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 2015. Deux formations, l'une portant sur le code de déontologie et l'autre sur les outils d'encadrement clinique, ont eu lieu au début de l'année 2016 et plusieurs restent à venir. Le CECII 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. Le poste de conseillère en soins infirmiers ayant subi un changement de personnel en cours d'année, ceci a nécessité une période d'orientation et d'adaptation pour la nouvelle conseillère en fonction. Peu d'avancés dans la relance du comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence n'ont eu lieu.

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

Le poste au CA n'ayant été comblé, il n'y aura aucune représentation infirmière, et ce, jusqu'aux nouvelles élections soit en 2018.

Des démarches auprès du comité d'éthique ont été faites en lien avec le droit de pratique des infirmières de l'établissement auprès d'un membre de sa famille. Le dossier est entre les mains de la PDG.

Des recommandations ont été émises au CECMPD quant à l'avis conjoint OIIQ-CMQ sur la non-pertinence d'assujettir certains tests à une obligation d'ordonnance collective. Une règle de soins sera élaborée afin d'encadrer cette pratique et ainsi permettre à l'infirmière d'exercer ces activités sous conditions et réserves.

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

---

- Révision des ordonnances collectives;
- Élaboration d'une règle de soins encadrant certains tests (glycémie capillaire, analyse d'urine par bandelette urinaire, ECG au repos);
- Relancer le CIIA;
- Réaliser, en collaboration avec la DSI, au minimum deux audits différents sur la qualité des soins;
- Continuer son implication dans la formation infirmière;
- Adoption du nouveau règlement de régie interne du CII du CISSS des Îles.

### **Recommandations générales**

---

Étant donné la situation actuelle dans l'établissement, il serait 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 CISSS des Îles avait pour mandat et objectifs spécifiques, pour l'année 2015-2016, 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 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 du CII

## COMITÉ DES USAGERS

Le comité des usagers du CISSS des Îles est formé de Nancy Leblanc (présidente), France Arseneau (vice-présidente), Serge Richard (trésorier), Carole Boucher (présidente du comité des résidents), Michel Beaudoin, Georges Painchaud, Ghislaine Chevarie, Colette Petitpas et Jacques Dehaut.

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

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

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

- Augmenter la visibilité du comité des usagers;
- Renseigner la population sur les droits et obligations des usagers de l'établissement;
- Poursuivre les rencontres avec les gestionnaires et les directeurs de l'ensemble des services offerts par l'établissement, dans le but de bien renseigner les usagers sur les services disponibles;
- Cibler un ou deux secteurs de services offerts par le CISSS, y recueillir la satisfaction de la clientèle ;

### Bilan des activités 2015-2016

- Nombre de réunions tenues : 10 – et réunion de sous-comité : 8  
Taux de participation : 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 et publicité dans le journal l'hebdomadaire des îles).
  - Congrès du RPCU , regroupement provincial, en octobre 2015
  - Café citoyen en novembre 2015
  - Fête de Noël en décembre 2015:
  - Distribution de dépliants sur les droits et obligations des Usagers au CISSS des Îles, CLSC ainsi qu'au CHSLD.
  - 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.

- **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 de résidents est à l'écoute des besoins spécifiques de résidents du centre 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 a été effectué avec la population des Îles en novembre 2015, favorisant les échanges sur les commentaires des usagers sous la formule de table de discussion, entourant les sujets suivants :
    - Est-ce que vous êtes satisfait de la qualité des services offerts par le CISSS
    - Quelle devrait être selon vous, les priorités du CISSS.
  - Un Sondage sur les services de l'urgence du CISSS des îles a été réalisé (5100 envois postaux pour chaque domicile, avec un taux de participation de 16,8 %). Celui-ci était sous forme de questionnaire anonyme afin d'évaluer la qualité des services. Quatre sujets établis dont : Le service d'accueil de l'urgence, les lieux physiques, prise en charge par le personnel au triage et la rencontre avec le médecin.
  - Un Sondage pour la clientèle des ressources de type familiale ou les ressources intermédiaires a été préparé et distribué sous peu.

### **Suivi des activités des comités de résidents**

---

Le comité de résidents a eu besoin d'une restructuration en 2015. La problématique du recrutement demeure toujours. L'implication des familles des résidents est actuellement timide dans le Comité de résidents, mais ces familles sont intéressées à la qualité de vie de résidents du pavillon Eudore La Brie. Celui-ci est maintenant autonome et réalise des défis intéressants.

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

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

---

- Augmenter la visibilité du comité des usagers.
- Renseigner la population sur les droits et obligations des usagers de l'établissement.
- Faire du café de citoyen une rencontre annuelle conviviale afin d'y recueillir le plus possible de commentaires de vécus diversifiés, remettre un rapport ainsi que des recommandations.

- Poursuivre la rencontre avec les gestionnaires et les directeurs de l'ensemble des services offerts par l'établissement, dans le but de bien renseigner les usagers sur les services disponibles.
- Cibler des secteurs de services pour recueillir la satisfaction de la clientèle sur un service de qualité adéquat.
- Améliorer l'élaboration des capsules d'informations sur le projecteur-diffuseur. Voir la possibilité d'intégrer un deuxième projecteur-diffuseur d'informations en collaboration avec d'autres organismes reliés à la santé publique.
- Planifier un plan de diffusion de communication structuré. (Projecteur, Facebook, dépliants)

## **Recommandations**

---

- Promouvoir le Comité des Usagers auprès du personnel du CISSS des Îles.
- L'information demeure et demeurera une action que nous privilégierons envers toute clientèle du CISSS, trop souvent elle est ignorée ou trop timide.
- Les comités des usagers sont des partenaires essentiels à la réussite d'un milieu de qualité de soins et de services. Nous offrons notre disponibilité à toute instance de l'ensemble des établissements du CISSS des Îles.

## **Conclusion**

---

L'équipe du Comité des Usagers du CISSS des Îles est dynamique et de plus en plus performante. Le défi demeure grand pour faire connaître les droits et les obligations des usagers. Le comité tend la main à la direction, au personnel, aux usagers ainsi qu'à leur famille pour des soins et des services améliorés. L'équipe se presse d'acquérir la connaissance de tous les services offerts sur l'ensemble du CISSS des Îles, ainsi qu'en connaître les changements à venir pour bien informer les usagers.

Nancy Leblanc, Présidente du comité des usagers

## COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

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

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

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

### Bilan des activités

- Nombre total de plaintes reçues : 41
- Concernant des problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques) : 10
- Nombre de plaintes référées à la direction des ressources humaines : 0
- Nombre d'interventions : 1
- Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire, ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi : 2
- 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 : 30 jours
- Nombre d'assistances faites auprès des usagers : 5

### Bilan du traitement des plaintes et recommandations

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

TYPES DE DOSSIERS CONCLUS DURANT L'ANNÉE			
	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Plaintes	33	15	24
Assistances	12	15	5
Interventions	2	1	1
Consultations	2	0	0
Plaintes MDPR	6	6	11
<b>TOTAL</b>	<b>55 dossiers</b>	<b>37 dossiers</b>	<b>41 dossiers</b>

Le nombre de personnes s'adressant à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a connu une hausse de 48 % par rapport à l'an passé. Les plaintes, les assistances et les interventions conclues avec mesures touchent 32 dossiers soit 78 %.

## Objets par mission

TYPES DE DOSSIERS PAR MISSION					
Plaintes	Assistances	Interventions	Consultations	Mission	Total des dossiers
2	0	0	0	CHSLD	2
9	0	0	0	CLSC	9
1	0	0	0	CRDITSA	1
12	5	1	0	CH	18
24	5	1	0	<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

## Plaintes et interventions – Faits saillants

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

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

OBJETS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS CONCLUS PAR MOTIF		
	Nombre de plaintes en 2014-2015	Nombre de plaintes en 2015-2016
Accessibilité	10	14
Aspect financier	7	2
Droits particuliers	3	0
Organisation	2	5
Relations	5	2
Soins et services	4	1
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>24</b>

**Plaintes sans mesure :** 2 motifs sont demeurés sans mesure corrective. Toutes les plaintes ne mènent pas systématiquement à la formulation de recommandations; elles peuvent être une occasion de clarifier les services offerts, de fournir de l'information générale concernant le fonctionnement des services concernés ou d'expliquer les démarches d'amélioration en cours au moment de l'analyse de la plainte.

**Plaintes avec mesure :** 22 motifs de plaintes ont mené à la formulation de recommandations et à la mise en place de mesures correctives ponctuelles.

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

- **Concernant l'Accessibilité :**
  - Durant l'attente d'un service, l'usager doit avoir une liaison avec un intervenant
  - L'usager doit recevoir une date de livraison de service

- L'utilisateur doit connaître sa priorité sur la liste d'attente (P1, P2, P3,P4.)
  - L'utilisateur doit connaître les options possibles durant l'attente ou si sa situation change
  - Services psycho jeunesse : Information juste, réévaluation ou obtention de services à des usagers en attente de prise en charge des dossiers. Avoir un intervenant pivot
  - Service des prélèvements : correction apportée à l'horaire et ajout de personnel
- **Concernant l'Aspect financier :**
    - Clarification de l'application de la politique de déplacement des usagers
- **Concernant les Droits particuliers :**
    - Intensification de la sensibilisation sur l'absence de climat de représailles.
    - Révision et rappel des normes de confidentialité.
- **Concernant les Relations :**
    - communication à la clientèle, manque d'écoute (discrétion, empathie, ...).
    - Améliorer la communication avec les familles
- **Concernant les Soins et services :**
    - Inclure la clientèle du 2<sup>ème</sup> en attente d'hébergement aux activités du PEL

DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT DES DOSSIERS	
	Nombre de jours
Dossiers plaintes (30 dossiers)	30

### ***Assistances – Faits saillants***

OBJETS D'ASSISTANCES CONCLUS PAR MOTIF	
	Nombre d'objets
Accessibilité	0
Aspect financier	0
Droits particuliers	0
Organisation	0
Relations	0
Soins et services	5
Autres motifs	0
<b>TOTAL</b>	<b>5 objets</b>

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

### ***Consultations – Faits saillants***

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

Tableau des recommandations de la commissaire locale aux plaintes :

<b>RECOMMANDATIONS FORMULÉES ET PRÉSENTÉES AU COMITÉ DE VIGILANCE ET À LA QUALITÉ DES SERVICES AVEC SUIVI AU CA</b>		
<b>Direction</b>	<b>Recommandation</b>	<b>Réglé ou en Attente</b>
Direction des services professionnels et hospitaliers	Amélioration au service des prélèvements	Réglé
	Amélioration des conditions pour les mammographies (port d'une jaquette si désiré)	Réglé
Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires RNI – SAPA- CRDITSA-	Clinique pédiatrique : suivi par l'infirmière inadéquat	En cours è L'OIIPQ
	Clinique pédopsychiatrique : Attente d'un an pour un rapport (diagnostique)	Réglé
	Rappel au personnel pour la distribution du linge au CHSLD	Réglé
	Clinique IVG revoir tout le processus pour réduire le nombre de visites à la clinique	En cours
	Chirurgie des cataractes : s'assurer que les remplaçants soient apte à utiliser nos instruments	Réglé
	Améliorer les conditions d'hébergements pour la clientèle adulte en CHSLD	À suivre
	Attente en physiothérapie pour la clientèle enfant	Réglé
	Améliorer les conditions physiques de l'unité d'un jour pour la clientèle en oncologie	En cours
	Inclure la clientèle en attente d'hébergement aux activités du CHSLD	Réglé
	Assurer un suivi très serré à la RIS	Réglé
	Rendre accessible et compréhensible auprès des parents la trajectoire des services psycho jeunes	En cours

## **Activités du Protecteur du citoyen**

---

Une demande de révision de traitement de plaintes a été rejetée par le Protecteur du citoyen.

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

---

Au cours de l'année 2015-2016, la commissaire a mis en place ou a participé à plusieurs activités de promotion du régime d'examen des plaintes :

- Participation au comité des usagers sur demande
- Rencontre avec les usagers et intervenants des RNI
- Rencontre avec les équipes de travail
- Participation au comité de gestion des risques
- Participation au comité des gestionnaires

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

---

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

## **CONCLUSION**

---

Le nombre de personnes communiquant avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que le nombre d'objets traités apparaît plus élevé que l'année antérieure. Ce sont les plaintes adressées au médecin examinateur qui ont augmenté de 6 à 11.

Je crois toujours que l'attente aux services demeure toujours l'objet principal des plaintes. Le service des prélèvements, l'attente pour les opérations de cataractes, le transport, les services de physiothérapie, l'évaluation des jeunes en difficulté sont autant de secteurs qui motivent les usagers à formuler une plainte.

Je constate aussi que les usagers demandent et exigent de tous les intervenants une écoute empathique, des réponses claires à leurs questions, une approche thérapeutique. Les recommandations que j'ai présentées au comité de vigilance ont été bien reçues et majoritairement suivies.

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

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

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

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

## MÉDECIN EXAMINATEUR

Du 31 mars 2015 au 1er novembre 2015, le médecin examinateur était le D<sup>r</sup> Michel Loyer. Par la suite, le D<sup>r</sup> Réal Cloutier entre en fonction 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		
	2014-2015	2015-2016
CISSS des Îles	6	11
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>11</b>

DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT		
	Nombre de plaintes	Délai moyen
Plaintes médicales	11	114 jours * Deux plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours

OBJETS DE PLAINTES MÉDICALES CONCLUS PAR MOTIF	
Motifs	Nombre de dossiers
Accessibilité	1 dossier
Relations, attitudes	4 dossiers
Soins et services	6 dossiers
<b>TOTAL</b>	<b>11 dossiers</b>

- L'*accessibilité* parle de la difficulté d'accès.
- Les *Relations* concernent l'attitude, la communication ou le manque d'empathie lors de la consultation.
- Les *Soins et services* concernent les soins prodigués ou non rendus lors de la consultation.

Deux plaintes ont été orientées au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), pour étude à des fins disciplinaires.

## COMITÉ DE RÉVISION

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

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

Le président du comité de révision est nommé parmi les membres 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 2015-2016.

Au 31 mars 2016, le comité de révision est composé de : Gaston Bourque, D<sup>re</sup> Amélie Hubert, D<sup>r</sup> Luc Dansereau 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 la 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. Deux dossiers ont retenu l'attention : La périnatalité et la situation en médecine interne.

Au cours de l'année 2015-2016, le comité s'est réuni à trois (3) reprises. Les membres ont révisé le Règlement du comité qui a été approuvé au conseil d'administration le 20 janvier 2016. Les membres du comité sont :

- Gaston Bourque, président
- Yvette Fortier, présidente-directrice générale et secrétaire
- Gisèle Déraspe, membre du conseil d'administration
- Nancy Leblanc, membre du conseil d'administration et du comité des usagers
- Guillaume Tita, responsable de la gestion des risques et de la qualité et agrément
- Gisèle Painchaud, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

## COMITÉ D'ÉTHIQUE

### Membres actuels

Membres du comité d'éthique		
	Secteur d'activité représenté	Fin du mandat
Ychelle Fortier	Médecine	1 <sup>er</sup> avril 2017
Jeanne Poirier	Public	1 <sup>er</sup> avril 2016
Philippe Simon Laplante	Administration	1 <sup>er</sup> avril 2016
David Thériault	Philosophie	1 <sup>er</sup> avril 2017
René Jomphe	Pastorale	1 <sup>er</sup> avril 2017
vacant	Soins infirmiers	
Odette Bénard	Interventions psychosociales	1 <sup>er</sup> avril 2017
Lucie Patton	Soins infirmiers longue durée	1 <sup>er</sup> avril 2017
M <sup>e</sup> Manon Dubé	Droit	1 <sup>er</sup> avril 2017

En 2015, le comité a accueilli un nouveau membre : M<sup>me</sup> Odette Bénard représentant le secteur des interventions sociales. Et en 2016, M. David Thériault a comblé le poste du secteur de la philosophie.

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

### Activités du comité

Pour la période 2015-2016, le comité a tenu six réunions. Cette année, le comité a effectué l'évaluation de deux cas qui ont requis quelques rencontres de travail.

Encore une fois les membres du comité sont allés rencontrer les étudiants du cours d'éthique du CÉGEP en procédant à une simulation d'étude de cas. Cette activité a eu lieu le 29 mars 2016.

Manon Dubé a rencontré à deux occasions M. Hotte qui était mandaté par le MSSS dans un cas de Protecteur du citoyen dans un dossier spécifique pour expliquer la recommandation du comité dans ce dossier et l'informer de son fonctionnement général.

Cette année, le comité a eu comme principal mandat la rédaction du cadre conceptuel en matière d'éthique et de tous les outils de travail qui y sont annexés. Ce travail a nécessité plusieurs rencontres de travail en comité et en sous-comité, en plus du travail individuel de chacun pour des

mandats particuliers. Tous les membres y ont contribué. Toutefois, le comité tient à remercier particulièrement M. Simon Laplante qui a coordonné la réalisation du document final en effectuant les suivis à l'interne et à l'externe afin de finaliser la rédaction du document. Nous remercions également les CISSS qui avaient déjà en main leur cadre conceptuel de nous avoir autorisés à utiliser leurs documents afin de les adapter à la réalité du CISSS des Îles. Le cadre conceptuel a été adopté le 27 septembre 2015 et présenté au conseil d'administration le 8 décembre 2015 par Simon Laplante et Manon Dubé. Le grand défi pour l'année 2016 est de réaliser la diffusion du cadre conceptuel à toutes les instances du CISSS des Îles. Le comité a établi le plan de communications.

### **Actions à venir en 2016-2017**

---

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

Manon Dubé, présidente du comité d'éthique

## CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Ce rapport couvre la période du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016.

Au 31 mars 2016, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire était composé des membres suivants :

Amélie Lapierre (travailleuse sociale, CLSC-présidente), Alexandra Noël (travailleuse sociale, CLSC-vice-présidente), Marie-Blanche Cyr (éducatrice spécialisée, CLSC-secrétaire), Valérie Thériault (inhalothérapeute, hôpital), Ginette Arseneau (organisatrice communautaire, CLSC) ainsi que des membres d'office Yvette Fortier (PDG) et Pierre Arseneault (adjoint à la DSI-SM, services multidisciplinaires et programmes-services).

### Les membres

Le conseil multidisciplinaire du CISSS des Îles regroupe 106 membres impliqués dans 26 champs d'expertise de niveau professionnel et technique et ce, répartis dans les 4 catégories d'installation : Hôpital, CLSC, CHSLD, CRDI TSA.

### Mandats

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

### Le bilan des activités réalisées

Le conseil exécutif a tenu huit (8) réunions régulières au cours du dernier mandat. Cette année fût une année d'ajustement pour le CECM, étant donné les nombreux changements à effectuer en lien avec la réorganisation de notre réseau.

### Détail des activités réalisées

- **Démarches pour combler tous les postes à l'exécutif**  
À la dernière assemblée générale annuelle, tous les postes ont été comblés. En décembre 2015, suite à une sollicitation personnalisée, nous avons recruté M<sup>me</sup> Alexandra Noël, étant donné le départ de M<sup>me</sup> Mary Delaney, vice-présidente.
- **Démarches pour combler le poste de représentant du CM au CA du CISSS des Îles**  
Des sollicitations plus personnalisées ont été effectuées par les gestionnaires et les membres de l'exécutif du Conseil multidisciplinaire, sans succès. Le CECM a entrepris des vérifications concernant la possibilité de rémunérer le membre du CM au CA du CISSS des Îles. Cette démarche s'est avérée négative suite à une discussion avec M<sup>me</sup> Yvette Fortier, PDG. Suite à une décision du MSSS, le CM ne sera pas représenté au CA avant 2018.
- **Refonte du règlement sur la régie interne du CM**  
Les travaux concernant la refonte du règlement sur la régie interne se sont poursuivis au cours du dernier mandat. Nous avons reçu un guide de fonctionnement de l'ACMQ et deux projets types de règlements de régie interne du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces règlements étant prescriptifs, nous avons soumis les modifications à nos membres pour approbation en mars 2016 et ceux-ci ont été adoptés. Ces règlements devront être présentés pour adoption sous peu par le conseil d'administration du CISSS des Îles.

- **Conception du dépliant d'information promotionnel expliquant le rôle du CM**

Suite aux commentaires de nos membres lors de l'AGA de juin 2015, des modifications concernant les titres d'emplois des membres du CM, ont été apportées à notre dépliant. Nous avons fait parvenir des exemplaires à Mme Joanie Renaud, agente de gestion de ressources humaines, afin de les insérer dans les pochettes d'accueil des nouveaux employés. De plus, nous les remettrons à nos membres à notre prochaine assemblée générale annuelle.

- **Plan de communication avec nos membres**

Au cours du dernier mandat, nous avons travaillé à améliorer le plan de communication avec nos membres. Nous avons recueilli d'autres adresses courriel et avons créé un groupe d'envoi Lotus afin de favoriser le transfert d'information à nos membres.

- **Demande d'avis de la Direction générale :**

Avril 2015 : Demande d'avis concernant la révision de la politique sur la gestion intégrée des risques.  
Mai 2015 : Demande d'avis concernant le projet du cadre conceptuel en matière d'éthique.  
Octobre 2015 : Demande d'avis concernant le guide sur l'utilisation du courriel dans une prestation de services cliniques pour le CISSS des Îles.  
Novembre 2015 : Demande d'avis concernant les protocoles sur l'aide à mourir et les soins palliatifs.  
Décembre 2015 : Demande d'avis concernant les documents afférents au programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie.

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

L'exécutif a été sollicité par un membre afin d'interpeller la Direction au sujet du besoin de certains membres d'obtenir la Formation Oméga, puisque ceux-ci sont beaucoup exposés à des situations à risques de violence physique. La lettre a été envoyée à la Direction des ressources humaines. Une réponse nous est parvenue un peu plus tard, nous disant que ces membres seraient placés en priorité lors de la prochaine formation.

- **Demande d'avis des Comités de pairs :**

Aucune demande n'a été formulée faisant l'objet d'une étude particulière. Nous nous pencherons sur la promotion des comités de pairs durant notre prochain mandat.

- **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. Deux rencontres annuelles sont prévues au calendrier. La première réunion s'est tenue le 28 septembre 2015 et deux membres du CECM y ont participé.

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.

- **Demande de la Direction des soins infirmiers**

En avril 2015, la Direction des soins infirmiers a demandé au CECM de transmettre la Politique D-400 sur «les mesures de contrôle» aux professionnels concernés par cette

politique. Les psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et psychoéducateurs peuvent recommander l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement. Ce droit est aussi accordé aux infirmières et aux médecins.

Le CECM a effectué, tel que demandé, la transmission de ladite politique et fait une relance sur le nombre d'intervenants ayant pris connaissance du document.

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

Lors du dernier mandat, nous n'avons pas été en mesure de poser des actions concrètes en lien avec la promotion de la compétence, si ce n'est que d'assurer un lien avec les ressources humaines concernant la Formation Oméga nécessaire pour certains de nos membres.

- **Participation au colloque annuel 2015 de l'ACMQ**

En novembre dernier, la présidente du CECM a participé au colloque annuel de l'ACMQ et par la même occasion, à la Table des présidents. Cette année, le thème était «Sortir gagnant des grands changements». Ce fut également une occasion de tisser des liens avec les autres présidents et membres des CECM à travers le Québec. De nombreux courriels se sont échangés par la suite afin de connaître la réalité de chaque CECM, ce qui fût très enrichissant.

## **Objectifs pour l'année 2016-2017**

---

- Pourvoir les deux postes des officiers sortants et les nouveaux postes depuis l'adoption des nouveaux règlements au CECM.
- Promouvoir les mandats du CECM et augmenter la visibilité du conseil exécutif par
  - la remise du nouveau dépliant d'information
  - la mise à jour de la pochette d'accueil
  - une rencontre avec le nouvel employé
- Encourager la participation des membres à la vitalité du CM par
  - la publication des bons coups, des innovations et des collaborations.
- Promouvoir les comités de pairs.
- Actualiser le comité de maintien, partage et promotion de la compétence.
- Collaborer avec les autres instances permanentes du CISSS des Îles telles que le CMDP, le CII, le comité de gestion stratégique des risques et tout autre comité.

Amélie Lapierre, présidente du conseil multidisciplinaire

**RÈGLEMENT SUR LA RÉGIE INTERNE  
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
DU CISSS DES ÎLES  
(Règlement n° 1 du CISSS des Îles)**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>3</b>
<b>Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	<b>4</b>
<b>Section 2 — CONSEIL D’ADMINISTRATION</b> .....	<b>7</b>
SÉANCE RÉGULIÈRE .....	8
SÉANCE PUBLIQUE D’INFORMATION ANNUELLE.....	15
<b>Section 3 — PRÉSIDENT, VICE-PRÉSIDENT ET SECRÉTAIRE</b> .....	<b>16</b>
<b>Section 4 — COMITÉS OBLIGATOIRES DU CONSEIL</b> .....	<b>18</b>
COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D’ÉTHIQUE .....	18
COMITÉ DE VÉRIFICATION .....	18
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ .....	19
ARTICLES APPLICABLES AUXCOMITÉ DE GOUVERNANCE ET D’ÉTHIQUE, AU COMITÉ DE VÉRIFICATION ET AU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ.....	20
<b>Section 5 — COMITÉS FACULTATIFS</b> .....	<b>24</b>
<b>Section 6 — INSTANCES ET AUTRES COMITÉS</b> .....	<b>24</b>
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES .....	24
COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	24
MÉDECIN EXAMINATEUR .....	25
COMITÉ DE RÉVISION.....	26
COMITÉ DES USAGERS .....	27
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS .....	29
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS.....	29
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE .....	29
CONSEIL DES SAGES-FEMMES (LORSQU’APPLICABLE) .....	29
<b>Section 7 — EXERCICE FINANCIER ET VÉRIFICATEUR</b> .....	<b>30</b>
<b>Section 8 — SIGNATURES ET INSTITUTIONS FINANCIÈRES</b> .....	<b>30</b>
<b>Section 9 — DOCUMENTS ET ARCHIVES</b> .....	<b>32</b>
<b>Section 10 — DISPOSITIONS FINALES</b> .....	<b>32</b>

*Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.*

## PRÉAMBULE

Le 9 février 2015 a été sanctionnée 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, c. O-7.2) qui a suscité une importante réorganisation du système de santé et des services sociaux, entre autres, par la mise en place de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et d'établissements non fusionnés. Cette transformation a pour objectifs d'harmoniser les pratiques et d'assurer une meilleure fluidité des services offerts à la population.

Dans un souci d'efficacité, le MSSS propose aux conseils d'administration un projet type de règlement sur la régie interne de celui-ci.

Ce projet s'inspire largement de règlements adoptés<sup>1</sup>, au cours des récentes années, dans plusieurs types d'établissements du réseau. Il tient compte, de plus, de la nouvelle réalité législative avec laquelle les conseils devront conjuguer pour actualiser leur mandat.

---

<sup>1</sup> Plusieurs de ces règlements ont utilisé comme référence le document : Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (2012) *Mise à jour du projet type de règlement sur la régie interne d'un CSSS*. Montréal : AQESSS

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objet

Le présent document a pour objet d'établir le règlement interne du conseil d'administration de l'établissement, tel que stipulé au premier alinéa de l'article 106 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2) (LSSSS) :

*« L'établissement peut édicter les règlements nécessaires à la conduite de ses affaires et à l'exercice de ses responsabilités. Il doit toutefois édicter des règlements sur toute matière déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 6° de l'article 505, lorsqu'elle relève de la compétence de l'établissement. »*

Puisqu'aucun règlement n'a été adopté en vertu du paragraphe 6° de l'article 505 de la LSSSS, c'est l'article 6 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, c. S-5, r. 5) qui s'applique. Celui-ci prévoit notamment :

*« Le conseil d'administration d'un établissement public ou d'un établissement privé visé à l'article 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones Cris (RLRQ, c. S-5) peut adopter les règlements nécessaires pour l'exercice des responsabilités de l'établissement, et il doit adopter des règlements portant sur les points suivants, lorsqu'ils relèvent du champ d'activités de l'établissement:*

*1° sa régie interne; (...) ».*

### 2. Champ d'application

Le présent règlement s'applique à la régie interne du CISSS des Îles.

### 3. Définitions

Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les expressions ou termes suivants signifient :

a) *Acte constitutif d'un établissement* – La loi qui le constitue, les lettres patentes, les lettres patentes supplémentaires, les statuts de constitution ou de continuation et tout autre document ou charte accordé pour sa constitution.

En cas de divergence entre la LSSSS et l'acte constitutif d'un établissement, y compris toute disposition applicable de la loi sous l'autorité de laquelle son acte constitutif a été accordé, la LSSSS prévaut (art. 315, al. 2, LSSSS).

b) *Commissaire* – Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services nommé par le conseil d'administration de l'établissement;

c) *Commissaire adjoint* – Le commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services nommé par le conseil d'administration de l'établissement;

d) *Conseil d'administration* – Le 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* (RLRQ, c. O-7.2);

e) *CUCI – Comité des usagers des centres intégrés;*

- f) *CUC – Comité des usagers continués;*
- g) *CR – Comité des résidents;*
- h) *Établissement regroupé* : Un établissement administré par le conseil d'administration d'un centre intégré de services de santé et de services sociaux, conformément à l'article 5 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, c. O-7.2);
- i) *Installations* : Toutes les installations qui sont sous la responsabilité de l'établissement ou de l'établissement regroupé;
- j) *LMRSSS – Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, c. O-7.2);
- k) *LSSSS – La Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2);
- l) *Ministre* – Le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- m) *Personne indépendante* – Une personne se qualifie comme indépendante, entre autres, 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 (art. 131, LSSSS);
- n) *Président-directeur général ou président-directeur général adjoint* – Le Président-directeur général ou Président-directeur général adjoint de l'établissement, tel que précisé aux articles 32 et 33 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, c. O-7.2);
- o) *ROAÉ – Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, c. S-5, r. 5);
- p) *Séance* – Une séance publique régulière, spéciale ou annuelle d'information du conseil d'administration;
- q) *Séance régulière* – Une rencontre publique d'information ou exceptionnellement à huis clos des membres du conseil d'administration se déroulant dans son cadre habituel, sans condition particulière, tel que convenu par résolution du conseil;
- r) *Séance spéciale* (art. 164, LSSSS) – Une rencontre publique ou à huis clos des membres du conseil d'administration se déroulant, en cas d'urgence et portant sur un ou des sujets précis, à un moment imprévu à l'intérieur du calendrier;
- s) *Séance publique d'information* – Une rencontre annuelle ouverte aux citoyens et durant laquelle les membres du conseil d'administration doivent alors présenter les renseignements contenus au rapport d'activité et au rapport financier annuel de l'établissement. Le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits doit également y être présenté. Une période de questions est prévue relativement à ces rapports;

#### 4. Primauté

En cas d'incompatibilité entre la LMRSSS, la LSSSS, l'acte constitutif ou les règlements, la LMRSSS prévaut sur la LSSSS, celle-ci prévaut sur l'acte constitutif et les règlements et l'acte constitutif prévaut sur les règlements.

#### 5. Sièges

Le siège de l'établissement est établi au **430, chemin Principal, Cap-aux-Meules (Québec) G4T 1R9**, et ce, tel que précisé à l'acte constitutif (art. 319, LSSSS).

#### 6. Sceau

Le sceau de l'établissement est conservé au siège. Le sceau d'un établissement regroupé est conservé au siège de l'établissement administré par le même conseil d'administration (art. 27 LMRSSS). Lorsque des établissements sont administrés par un seul conseil d'administration en application de l'article 146 de la LMRSSS, le sceau est conservé au siège déterminé par résolution du conseil d'administration (art. 26, LMRSSS et art. 168, LSSSS).

Toute personne autorisée par règlement du conseil d'administration a le pouvoir d'appliquer le sceau à tout document le requérant, mais son apposition ne confère aucune valeur au document, à moins qu'elle ne soit accompagnée de la signature de la personne ou des personnes autorisées à signer tel document.

Le sceau officiel du **CISSS des Îles** est celui dont l'impression apparaît ci-dessous :



## Section 2 — CONSEIL D'ADMINISTRATION

### 7. Obligation de prêter serment

À la suite de sa nomination, de sa désignation ou d'une résolution du conseil dans le but de combler un poste vacant, les membres du conseil d'administration doivent signer le formulaire « *Engagement personnel et affirmation d'office du membre du conseil d'administration* » ayant le libellé suivant :

« Je, soussigné, \_\_\_\_\_ [**prénom et nom en lettres moulées**], membre du conseil d'administration de (**nom de l'établissement**), déclare avoir pris connaissance du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, adoptés 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 \_\_\_\_\_. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, 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 quelque chose que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que celle prévue 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. »

#### 7.1 Protection des membres

L'établissement assure la défense d'un membre du conseil d'administration qui a agi à ce titre et qui est poursuivi par un tiers pour un acte accompli dans l'exercice de ses fonctions.

Le paiement des dépenses, lors d'une poursuite pénale ou criminelle, des membres du conseil d'administration qui ont agi à ce titre, est remboursé, mais uniquement lorsqu'ils avaient des motifs raisonnables de croire que leur conduite était conforme à la loi ou qu'ils ont été libérés ou acquittés, ou que la poursuite a été retirée ou rejetée (art. 175, LSSSS).

Un établissement qui n'est pas représenté par un groupe d'approvisionnement en commun visé à l'article 383 de la LSSSS, reconnu par le ministre pour négocier et conclure un contrat d'assurance de la responsabilité civile à l'avantage des établissements qu'il représente et pour en gérer la franchise, doit souscrire un tel contrat à l'égard des actes dont il peut être appelé à répondre. (art. 267, LSSSS)

### 8. Vacance

Un membre du conseil d'administration cesse de faire partie du conseil d'administration et son poste devient vacant par suite de :

- a) son décès;
- b) sa démission dûment acceptée par le conseil d'administration;
- c) sa perte de qualité;
- d) sa destitution par le conseil d'administration pour motif d'absence non motivée;
- e) sa suspension ou révocation (art. 152, 153 et 498, LSSSS et art. 21, LMRSSS).

Toute vacance survenant au cours de la durée du mandat d'un membre du conseil d'administration est comblée pour la durée non écoulée du mandat.

Dans le cas d'un membre du conseil d'administration désigné, la vacance est comblée par résolution du conseil d'administration pourvu que la personne visée par la résolution possède les qualités requises

pour être membre du conseil d'administration au même titre que celui qu'elle remplace. Une vacance qui n'est pas comblée par le conseil d'administration dans les 120 jours peut l'être par le ministre.

Dans le cas d'un membre du conseil d'administration nommé, la vacance est comblée par le ministre qui n'est alors pas tenu de suivre les règles de nomination prévues aux articles 15 et 16. Il peut toutefois demander au président-directeur général de l'établissement de lui fournir des propositions de candidatures.

### **8.1 Absence non motivée**

Une absence est considérée non motivée lorsque le membre du conseil d'administration ne fournit aucun motif pour la justifier, au plus tard le jour de la tenue de la séance du Conseil.

### **8.2 Destitution**

La destitution d'un membre du conseil d'administration pour motif d'absence non motivée peut se faire après trois séances régulières et consécutives. Avant de décider de destituer un membre du conseil d'administration, le conseil d'administration doit l'aviser et lui permettre de se faire entendre ainsi que son avocat, le cas échéant.

### **8.3 Démission**

Tout membre du conseil d'administration peut démissionner de son poste en transmettant au secrétaire du conseil un avis écrit de son intention. Il y a vacance à compter de l'acceptation de la démission par le conseil d'administration (art. 153, LSSSS et 21, LMRSSS).

### **8.4 Suspension et révocation**

Les membres du conseil d'administration doivent respecter le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (RLRQ, c. M-30, r. 1). En cas de non-respect de ce règlement, la sanction qui peut être imposée peut aller jusqu'à la suspension ou la révocation de son mandat (art. 41 du Règlement).

## **9. Séance régulière et séance publique d'information annuelle**

### **SÉANCE RÉGULIÈRE**

#### **9.1 Calendrier**

Le conseil d'administration se réunit au moins six fois par année. Il doit également se réunir à la demande du président ou à la demande écrite du tiers de ses membres du conseil d'administration en fonction (art. 176, LSSSS).

Chaque année, le conseil fixe, par résolution, le calendrier des séances. Toutefois, lorsqu'une séance ne peut avoir lieu suivant ce calendrier, le conseil d'administration choisit, par résolution, une nouvelle date.

#### **9.2 Lieu(x)**

Les séances du conseil d'administration se tiennent au siège de l'établissement, elles peuvent toutefois se tenir en tout autre lieu désigné sur le territoire de l'établissement.

La salle où se tiennent les séances du conseil doit comprendre une section destinée aux membres du conseil d'administration et une autre, au public.

### **9.3 Convocation**

Une séance du conseil d'administration est convoquée par le président, le président-directeur général ou le tiers des membres du conseil en fonction, pourvu qu'un avis écrit soit leur donné, ou sans avis si tous sont présents ou ont renoncé par écrit à l'avis de convocation de la séance.

### **9.4 Délai d'avis de convocation**

Le délai d'avis de convocation d'une séance du conseil d'administration est :

- a) d'au moins sept (7) jours pour une séance régulière;
- b) d'au moins quarante-huit (48) heures pour une séance spéciale;
- c) d'au moins quinze (15) jours pour une séance publique annuelle d'information (art. 160 et 177, LSSSS et 30, LMRSSS).

### **9.5 Expédition de l'avis de convocation**

Tout avis de convocation peut être transmis à chaque membre du conseil d'administration, par courrier ordinaire ou recommandé, par télécopieur, par courrier électronique ou, en cas d'urgence, par téléphone (art. 160 et 177, LSSSS).

### **9.6 Affichage de l'avis de convocation**

Tout avis de convocation d'une séance doit être affiché dans l'établissement dans un endroit visible et accessible au public, sur le site Internet de l'établissement et peut être communiqué aux médias locaux. Cette dernière publication est obligatoire dans le cas de la tenue de la séance publique annuelle d'information (art. 160 et 177, LSSSS).

### **9.7 Contenu de l'avis de convocation**

L'avis de convocation doit préciser la nature, la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour de la séance. Dans le cas d'une séance spéciale, seuls le ou les sujets mentionnés à l'ordre du jour peuvent y être transigés. L'avis de convocation doit résumer la procédure à suivre lors de la période de questions ou indiquer le moyen de se la procurer.

### **9.8 Renonciation à l'avis de convocation**

Tout membre du conseil d'administration peut renoncer de quelque manière à l'avis de convocation à une séance du conseil. Toutefois, sa seule présence à la séance équivaut à une renonciation, sauf s'il y assiste spécialement pour s'opposer à sa tenue en invoquant l'irrégularité de sa convocation.

### **9.9 Non-réception de l'avis de convocation**

La non-réception de l'avis par un membre du conseil d'administration n'invalidera pas la séance, les procédures qui s'y seront déroulées et les décisions qui s'y seront prises. Un certificat émis par le secrétaire établissant l'expédition de l'avis est une preuve péremptoire de l'émission de l'avis.

### **9.10 Personne invitée aux séances**

Peut être invitée aux séances du conseil d'administration toute personne susceptible de lui fournir une aide ou des informations.

## **10. Règles de fonctionnement des séances du conseil d'administration**

### **10.1 Caractère public des séances du conseil d'administration et des documents**

Le conseil d'administration siège en séance régulière ou spéciale. Les séances du conseil d'administration sont publiques. Toutefois, le conseil peut décréter le huis clos, notamment, dans les cas suivants :

- a) lorsqu'il l'estime opportun pour éviter un préjudice à une personne;
- b) lorsqu'il délibère sur la négociation des conditions de travail.

Les décisions prises, lors des séances tenues à huis clos, ont un caractère public, sous réserve de la protection des renseignements personnels qu'elles contiennent.

Les documents déposés ou transmis au conseil d'administration et les renseignements fournis lors des séances publiques de même que les procès-verbaux de ces séances ont un caractère public, sous réserve de la protection des renseignements personnels qu'ils contiennent (art. 161, LSSSS).

Les membres du conseil d'administration doivent en recevoir une copie avec l'avis de convocation. Toutefois, dans des cas exceptionnels, un document peut être déposé séance tenante.

### **10.2 Participation à distance**

Les membres du conseil d'administration peuvent, si tous sont d'accord, participer à une séance publique du conseil à l'aide de moyens (ex. : téléphone ou visioconférence) permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux. Il doit toutefois être prévu un endroit permettant au public d'assister à la séance et de participer à la période de questions. Les participants sont réputés avoir *participé* à cette séance (art. 161.1, LSSSS).

En cas d'urgence, les membres du conseil d'administration peuvent, si le nombre de membres nécessaire au quorum est atteint et que tous y consentent, participer à une séance spéciale par voie de conférence téléphonique (art. 164, LSSSS).

### **10.3 Ouverture des séances**

La présence du président ou du vice-président est obligatoire pour la tenue des séances du conseil.

À l'heure indiquée dans l'avis de convocation, le président ouvre la séance, à moins que le quorum ne soit pas atteint. En cas de retard, un délai maximal de trente (30) minutes est accordé après l'heure indiquée dans l'avis de convocation ou dans la proposition d'ajournement. Passé ce délai, le secrétaire dresse, à la demande du président, du vice-président ou d'un membre du conseil d'administration, un procès-verbal de l'heure, enregistre les présences et y consigne que la séance ne peut être tenue, faute de quorum.

### **10.4 Présidence et procédure aux séances**

Le président préside les séances et est responsable de tout ce qui concerne la procédure. Il s'inspire des procédures usuelles des assemblées délibérantes. En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du président, le vice-président préside la séance ou, à défaut, la séance est suspendue par un membre du conseil d'administration désigné par le conseil à cette fin.

### **10.5 Secrétaire**

Le secrétaire ou, en son absence, un membre du conseil d'administration désigné par le conseil agit comme secrétaire.

### **10.6 Ordre du jour**

La personne autorisée à convoquer une séance du conseil d'administration prépare l'ordre du jour. Le conseil d'administration adopte l'ordre du jour au début de la séance. Toutefois, l'ordre des sujets peut être modifié, avec le consentement de la majorité des membres du conseil présents.

L'ordre du jour d'une séance spéciale doit se limiter aux sujets inscrits dans l'avis de convocation.

L'ordre du jour d'une séance régulière du conseil doit comprendre les points suivants : l'adoption de l'ordre du jour, l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, les sujets sur lesquels le conseil doit prendre une décision et la période de questions réservée au public.

### **10.7 Quorum**

Le quorum aux séances du conseil d'administration est constitué de la majorité de ses membres en fonction, dont le président ou le vice-président (art. 162, LSSSS).

Lorsque, pendant la séance, un membre du conseil d'administration dénonce le fait qu'il n'y a plus quorum, le président demande au secrétaire de procéder à l'appel des noms. Si l'appel des noms démontre qu'il n'y a pas quorum, la séance est suspendue. Si le quorum n'est pas rétabli après quinze (15) minutes, la séance est ajournée jusqu'à ce qu'une autre date soit fixée par le président. Le cas échéant, un nouvel avis de convocation doit être expédié.

### **10.8 Droit de vote**

Avant d'appeler le vote, le président lit de nouveau la proposition de départ, avec les modifications demandées, s'il y a lieu.

Lors des séances, chaque membre du conseil d'administration a droit à un vote par résolution et est tenu de voter ou exprimer sa dissidence, sauf exception. À cette fin, il ne peut se faire représenter ni exercer son droit de vote par procuration. En cas de partage des voix, le président dispose d'une voix prépondérante.

Le vote se prend à main levée, de vive voix ou, à la demande d'un membre du conseil d'administration, par scrutin secret. Dans ce cas, le secrétaire agit comme scrutateur.

Lorsqu'un membre du conseil d'administration, en raison d'un handicap, ne peut voter selon le mode usuel, il peut recourir à tout moyen lui permettant d'exprimer clairement son opinion.

### **10.9 Résolution**

Sous réserve des dispositions de la LSSSS imposant une majorité différente, les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix exprimées par les membres présents.

Toute décision du conseil d'administration est prise par résolution. Avant d'être débattue, toute résolution doit être proposée et appuyée. La déclaration par le président qu'une résolution a été adoptée et une entrée faite à cet effet dans les procès-verbaux constituent, à sa face même, la preuve de ce fait sans qu'il ne soit nécessaire de prouver la quantité ou la proportion des votes enregistrés en faveur de cette résolution ou contre elle, à moins qu'un membre du conseil n'ait demandé un décompte formel. Un membre du conseil d'administration peut demander la consignation de sa dissidence au procès-verbal de la séance, à moins que le vote n'ait eu lieu par scrutin secret.

Toute résolution dûment adoptée est exécutoire dès son adoption, à moins que le conseil ne fixe son entrée en vigueur à un autre moment.

#### **10.10 Situation urgente**

En cas d'urgence, une résolution écrite et signée par tous les membres du conseil d'administration a la même valeur que si elle avait été prise en séance.

Cette résolution est déposée à la séance subséquente et conservée avec les procès-verbaux des séances du conseil d'administration (art. 164, LSSSS).

#### **10.11 Ajournement**

Qu'il y ait quorum ou non, une séance du conseil d'administration peut être ajournée par le vote de la majorité des membres présents. La séance peut être reprise sans qu'il ne soit nécessaire de donner un nouvel avis s'il y avait quorum au moment de l'ajournement. S'il n'y a pas quorum à la reprise de la séance ajournée, cette dernière est réputée s'être terminée immédiatement après l'ajournement.

#### **10.12 Procès-verbal**

##### **a) Contenu**

Le secrétaire doit rédiger un procès-verbal pour chaque séance du conseil d'administration. Le procès-verbal renferme sous forme d'attendus, les motifs et le libellé d'une proposition, le résumé des délibérations, le nombre de votes favorables, la décision prise par le conseil d'administration et, le cas échéant, un résumé succinct des questions du public et des réponses fournies.

Il doit, le cas échéant, faire état de la dissidence d'un membre du conseil d'administration, mais il ne fait pas mention de l'identité de celui qui fait une proposition ni de celle de celui qui l'appuie.

Il doit, de plus, indiquer l'heure du début et de la fin de la séance, et les présences et absences des membres du conseil d'administration, en totalité ou en partie, motivées ou non.

##### **b) Participation à distance des membres**

Le procès-verbal d'une séance comprenant la participation à distance des membres du conseil d'administration doit faire mention du :

- i. consentement de tous les membres du conseil d'administration à l'égard de la participation à distance d'un des membres;
- ii. fait que la séance s'est tenue avec le concours du moyen de communication (conférence téléphonique, visioconférence, Web) qu'il indique;
- iii. nom de tous les membres du conseil physiquement présents lors de la séance;
- iv. nom des membres du conseil qui ont participé grâce à ce moyen de communication.

### **c) Lecture et correction**

Chaque membre du conseil d'administration doit recevoir une copie du procès-verbal avant son approbation. Dans le cas contraire, le secrétaire doit lire le procès-verbal de la séance précédente avant son approbation en séance.

Tout membre du conseil d'administration qui désire apporter une correction au procès-verbal doit le faire au moment opportun et il ne peut ni changer le sens et l'objet des décisions prises, ni y ajouter des éléments qui n'y étaient pas.

### **d) Authenticité**

Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration, approuvés par celui-ci et signés par le président du conseil et le secrétaire, sont authentiques (art. 166, LSSSS).

### **e) Lieu de conservation**

Les procès-verbaux, la correspondance et tout autre document liant l'établissement sont conservés au siège de l'établissement. De plus, tous documents reliant l'établissement à un établissement regroupé sont conservés au siège du centre intégré (art. 168, LSSSS et 27, LMRSS).

## **10.13 Période de questions**

### **a) Durée**

Lors de chaque séance du conseil, une période d'au plus trente (30) minutes est allouée pour permettre aux personnes présentes de poser des questions. Cette période est fixée dans la première partie de l'ordre du jour et ne peut être prolongée sans l'autorisation du président.

### **b) Procédure pour soumettre une question au conseil**

Toute personne présente à une séance du conseil d'administration peut, avec l'autorisation du président, poser une question en respectant les conditions et la procédure prescrites dans la présente section.

Une personne qui désire poser une question doit se présenter à la salle où se tiendra la séance du conseil d'administration avant l'heure fixée pour le début d'une séance du conseil d'administration. Elle doit donner au président ou à la personne qu'il désigne, son nom et son prénom et, le cas échéant, le nom de l'organisme qu'elle représente, et indiquer l'objet de sa question. Elle peut elle-même inscrire ces informations dans un registre à cet effet. Cette inscription, accompagnée des renseignements requis, peut s'effectuer au plus tard trente (30) minutes avant la tenue de la séance ou par courrier électronique à l'adresse suivante : (si ce dernier moyen est accepté).

La question doit porter sur la gestion des affaires de l'établissement d'intérêt public et la personne qui pose la question doit éviter les allusions personnelles, les insinuations malveillantes ou injurieuses, les paroles blessantes et les expressions grossières.

Au cours de la séance du conseil d'administration, le silence doit être observé par le public. Le président accorde le droit de parole aux personnes en respectant l'ordre des demandes.

Aucune intervention du public n'est permise avant ou après la période de questions.

### **c) Forme de la question et durée de l'intervention**

La personne a droit à une question par intervention et à un maximum de trois (3) interventions par séance.

L'intervention totale comprenant la question et la réponse est limitée à dix (10) minutes. Toutefois, le président peut permettre la prolongation de l'intervention ou la formulation d'au plus de deux (2) autres sous-questions accessoires à la question principale dans la mesure où ces sous-questions ne servent pas à engager ou à poursuivre un échange ou un débat.

#### **d) Irrecevabilité d'une question**

Est irrecevable une question :

- a) qui porte sur une affaire pendante devant les tribunaux, un organisme administratif ou une instance décisionnelle, ou encore une affaire sous enquête;
- b) qui constitue davantage une hypothèse, une expression d'opinion, une déduction, une allusion, une suggestion ou une imputation de motifs qu'une question;
- c) jugée frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- d) dont la réponse relève d'une opinion professionnelle.

#### **e) Procédure**

Le président accorde la parole aux personnes, et ce, selon l'ordre d'inscription.

- 1) Le président peut répondre à la question séance tenante ou désigner une personne pour y répondre.
- 2) Si la question nécessite des recherches ou si aucune réponse ne peut être apportée séance tenante, le président peut prendre cette question en délibéré en indiquant le moment où il sera en mesure de fournir une réponse. Cette réponse peut être donnée à une réunion subséquente ou à un autre moment.
- 3) Toute réponse, écrite ou verbale, doit être claire et brève et se limiter à la question posée.
- 4) Le président, la personne désignée pour répondre à la question ou le service concerné peut refuser d'y répondre :
  - s'il juge contraire à l'intérêt public de fournir les renseignements demandés;
  - si les renseignements demandés sont des renseignements personnels;
  - si ceux-ci ne peuvent être colligés qu'à la suite d'un travail considérable ne correspondant pas à leur utilité;
  - si la question porte sur les travaux d'un conseil ou d'un comité du conseil d'administration ou d'une commission d'enquête dont le rapport n'a pas été déposé au conseil;
  - si la question a déjà été posée ou si elle a pour objet une affaire déjà à l'ordre du jour.
- 5) Lorsque la question est irrecevable, le président doit indiquer sur quels motifs il fonde sa décision qui est finale et sans appel. Le président ou un membre du conseil ne peut être tenu de déposer un document en réponse à une question ou à l'occasion de la période de questions, ni n'est tenu d'accepter le dépôt de document.
- 6) Le président veille à ce que la période de questions ne donne lieu à aucun débat entre les membres du conseil d'administration, entre une personne présente et un membre du conseil ou entre les personnes présentes.
- 7) Aucune question ou intervention ne peut conduire à l'adoption d'une proposition à moins que tous les membres du conseil d'administration présents y consentent.

8) La période de questions doit se dérouler dans l'ordre, le calme et le respect des personnes. Le président du conseil d'administration peut imposer une sanction à quiconque contrevient gravement aux règles, spécialement à celles qui ont pour objet le maintien de l'ordre. Les sanctions peuvent être un avertissement, une demande de retrait de certaines paroles, une suspension du droit de parole ou l'ordre de quitter les lieux, selon la nature du geste posé. Le président peut mettre un terme à la période de questions avant le moment prévu lorsque les circonstances le justifient en raison, notamment, de l'impossibilité de maintenir l'ordre. Si le président ordonne à une personne de quitter les lieux pour nuisance au maintien de l'ordre et que celle-ci s'y refuse, il peut être pris tout moyen raisonnable pour faire respecter la décision du président.

## **SÉANCE PUBLIQUE D'INFORMATION ANNUELLE**

**11.** Le conseil d'administration de l'établissement doit tenir, au moins une fois par année, une séance publique d'information à laquelle la population est invitée à participer. Cette séance peut être tenue en même temps que l'une des séances régulières.

Les membres du conseil d'administration doivent présenter à la population le :

- rapport d'activité;
- rapport financier annuel;
- rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits visés à l'article 76.10 de la LSSSS et
- répondre à toute autre question adressée relativement aux rapports présentés (art. 30, LMRSSS);
- répondre de leurs priorités et de leurs nouvelles orientations (art. 177, LSSSS).

### **Section 3 — PRÉSIDENT, VICE-PRÉSIDENT ET SECRÉTAIRE**

#### **12. Désignation**

Le ministre désigne, parmi les membres indépendants du conseil d'administration, le président. Le ministre peut ainsi désigner une personne plus d'une fois (art. 22, LMRSSS).

#### **13. Élection**

Les membres d'un conseil d'administration élisent, parmi les membres indépendants, le vice-président (art. 23, LMRSSS). Le président-directeur général est nommé d'office secrétaire du conseil.

Pour cette élection, le président du conseil d'administration agit à titre de président d'élection et désigne un scrutateur qui ne doit pas être membre du conseil.

#### **14. Procédure d'élection**

L'élection se fait par et parmi les membres du conseil d'administration et ne se déroule pas dans le cadre d'une séance régulière ou d'une séance spéciale. Le président d'élection a pour mandat d'assurer le bon déroulement de la procédure d'élection et de rappeler la procédure suivante :

- a) le président d'élection accepte les propositions des membres du conseil, c'est-à-dire les mises en nomination. Il refuse toute demande de la part des membres du conseil pour clore la période de mises en nomination tant qu'il y a des propositions de noms. Cependant, la période des mises en nomination ne peut dépasser un délai raisonnable déterminé par le président;
- b) le président d'élection offre la possibilité à la personne qui propose de faire une brève présentation du candidat dont il propose la mise en nomination;
- c) lorsqu'il n'y a plus de candidatures, le président d'élection déclare close la période de mises en nomination;
- d) le président d'élection demande à chaque membre du conseil d'administration mis en nomination s'il accepte ou décline sa candidature;
- e) après acceptation par un candidat d'être mis en nomination, le président d'élection lui demande d'expliquer sa motivation à se présenter au poste soumis à l'élection;
- f) s'il n'y a qu'une seule personne mise en nomination, cette dernière est élue par acclamation;
- g) s'il y a plus d'une candidature, le président d'élection fait appel à un scrutin secret et nomme un scrutateur. Le scrutateur assume, notamment, les fonctions suivantes :
  - 1) distribuer les bulletins de vote;
  - 2) recueillir les bulletins de vote;
  - 3) avec le président d'élection, procéder au dépouillement du scrutin;
- h) le président d'élection déclare élue la personne qui obtient le plus grand nombre de votes;
- i) en cas d'égalité des votes ayant pour effet d'élire plus d'une personne, le président d'élection fait appel à un autre vote par scrutin secret, mais seulement pour les candidats visés par l'égalité des votes, jusqu'à ce qu'il y ait une majorité de votes;
- j) le président d'élection clôt la période d'élection.

Lorsque le poste de vice-président est comblé, le président d'élection a complété son mandat.

## **15. Éligibilité**

Le président et le vice-président du conseil d'administration ne peuvent être des personnes qui travaillent pour l'établissement, ni un médecin, un dentiste, un pharmacien ou une sage-femme qui exerce sa profession dans l'établissement (art. 22 et 23, LMRSSS).

## **16. Durée du mandat**

La durée du mandat du président et du vice-président est de deux ans.

## **17. Remplacement du président et du vice-président**

Si un vice-président cesse d'agir comme membre du conseil d'administration ou s'il démissionne, les membres du conseil doivent procéder à une nouvelle élection. Le mandat sera de la durée non écoulée du mandat du membre du conseil à remplacer.

Si un président cesse sa fonction, la vacance est comblée par le ministre.

## **18. Fonctions du président**

Le président du conseil d'administration en préside les séances, voit à son bon fonctionnement et assume toutes les autres fonctions qui lui sont assignées par règlement du conseil. Sans limiter la généralité de ce qui précède, le président remplit les fonctions suivantes :

1. rendre compte, avec le président-directeur général de l'établissement, auprès du ministre, des résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité;
2. signer les documents officiels du conseil d'administration;
3. assurer un rôle de vigie au regard de l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et services et à assurer l'utilisation optimale des ressources.

## **19. Fonction du vice-président**

Le vice-président assiste le président dans l'exercice de ses fonctions et, en cas d'absence ou d'incapacité d'agir de celui-ci, il assume les fonctions du président ou toute autre fonction qui lui est assignée par le conseil d'administration (art. 23, al. 2, LMRSSS).

## **20. Fonctions du secrétaire**

Le secrétaire remplit les fonctions suivantes :

1. agir comme secrétaire des séances du conseil d'administration et, lorsque requis par règlement, des réunions de tout autre conseil ou comité;
2. transmettre les avis de convocation des séances du conseil d'administration et, lorsque requis par règlement, des réunions de tout autre conseil ou comité;
3. rédiger les procès-verbaux des séances et des réunions pour lesquels il agit à titre de secrétaire et les faire signer par le président et les contresigner;
4. assurer la tenue et la conservation des archives comprenant les registres de l'établissement et les dossiers complets des séances du conseil d'administration et, lorsque requis par règlement, de tout autre conseil ou comité, les livres et le sceau de l'établissement (art. 168, LSSSS);
5. certifier tout document, copie ou extrait qui émane de l'établissement ou fait partie de ses archives (art. 166, LSSSS);
6. remplir toute autre fonction que lui assigne le conseil d'administration.

En cas d'absence ou d'incapacité d'agir du secrétaire, une personne désignée le remplace.

## Section 4 — COMITÉS OBLIGATOIRES DU CONSEIL

### COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

#### 21. Composition

Le conseil d'administration institue, dans l'établissement, un comité de gouvernance et d'éthique. Ce comité est composé d'un minimum de cinq (5) membres dont une majorité de membres indépendants. Il doit être présidé par un membre indépendant (art. 181, LSSSS). Le président-directeur général est membre d'office de ce comité.

#### 22. Responsabilités

De façon générale, le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la LSSSS. De façon plus spécifique, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

- 1) des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- 2) un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, c. M-30);
- 3) des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- 4) un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- 5) en outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS).

#### 23. Règles de fonctionnement

Les règles de fonctionnement de ce comité, autres que celles déjà prévues au présent règlement, peuvent être déterminées par un règlement à faire adopter par le conseil d'administration de l'établissement.

#### 24. Nomination d'un président

Les membres du conseil d'administration désignent parmi les membres indépendants du comité de gouvernance et d'éthique le président dudit comité.

### COMITÉ DE VÉRIFICATION

#### 25. Composition

Le conseil d'administration doit constituer un comité de vérification qui doit être composé d'un minimum de cinq (5) membres, dont une majorité de membres indépendants, et doit être présidé par un membre indépendant. Au moins un des membres du comité doit avoir une compétence en matière comptable ou financière. Les membres de ce comité ne doivent pas être à l'emploi de l'établissement ou y exercer leur profession.

#### 26. Responsabilités

Le comité de vérification doit, notamment :

- a) s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- b) s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- c) réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;

- d) examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
- e) recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
- f) veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats.
- g) formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
- h) réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS).

### **27. Nomination d'un président**

Les membres du conseil d'administration désignent parmi les membres indépendants du comité de vérification le président dudit comité.

### **28. Rapport**

Le comité de vérification fait rapport de ses activités au moment choisi par le conseil d'administration, au moins une (1) fois par année.

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

### **29. Composition**

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration institue, dans l'établissement, un comité de vigilance et de la qualité, responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. P-31.1) (art. 181.0.1, LSSSS).

Ce comité se compose de cinq (5) personnes, dont le président-directeur général et le commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les trois (3) autres personnes sont choisies par le conseil d'administration parmi ceux de ses membres qui ne travaillent pas pour l'établissement ou n'exercent pas leur profession dans l'une des installations exploitées par l'établissement. En outre, l'une de ces trois (3) personnes choisies par le conseil d'administration doit être la personne désignée par le comité des usagers des centres intégrés pour siéger au sein du conseil d'administration (art. 181.0.2, LSSSS).

### **30. Fonctions**

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

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

- 1) recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- 2) favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;

- 3) établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
- 4) faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- 5) assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
- 6) veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaine, matérielle et financière nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- 7) exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

### **31. Règles de fonctionnement**

Les règles de fonctionnement de ce comité, autres que celles déjà prévues au présent règlement, peuvent être déterminées par un règlement à faire adopter par le conseil d'administration de l'établissement.

### **32. Nomination d'un président**

Les membres du conseil d'administration désignent parmi les membres du comité de vigilance et de la qualité un président pour ledit comité.

## **ARTICLES APPLICABLES AU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE, AU COMITÉ DE VÉRIFICATION ET AU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ**

### **33. Durée du mandat**

À l'exception des membres d'office du comité, la durée du mandat d'un membre est d'un (1) an à partir de la date de sa nomination. Ce mandat est renouvelable. Les membres du comité restent en fonction, malgré l'expiration de leur mandat, jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés.

### **34. Vacance**

Un membre du comité cesse d'en faire partie et son mandat se termine :

- a) s'il cesse d'être membre du conseil d'administration selon les conditions prévues à l'article 8 du présent règlement;
- b) s'il met fin à son mandat en vertu des dispositions prévues à l'article 36 du présent règlement.

### **35. Avis et comblement de la vacance**

Le secrétaire ou, à défaut, le président du conseil d'administration doit porter à la connaissance du conseil d'administration, au plus tard à sa prochaine séance régulière, toute vacance survenue au sein de ces comités.

La vacance doit être comblée sur appel du président et par vote secret si le besoin est, et ce, pour la durée non écoulée du mandat du membre du comité à remplacer. La personne ainsi désignée doit posséder les qualités requises du poste à remplacer.

### **36. Fin de mandat**

À l'exception des membres d'office de ces comités, tout membre peut mettre fin à son mandat par écrit. Cette fin de mandat prend effet le jour de son acceptation par le conseil d'administration.

## **37. Convocation des réunions**

### **37.1 Convocation**

Les réunions de ces comités sont convoquées par leur président respectif.

### **37.2 Délai d'avis de convocation**

Le délai d'avis de convocation d'une réunion est d'au moins sept (7) jours. Il peut toutefois, en cas d'urgence, être réduit à vingt-quatre (24) heures.

### **37.3 Expédition de l'avis de convocation**

Tout avis de convocation doit être expédié à chaque membre du comité, par courrier ordinaire ou recommandé, par télécopieur ou par courrier électronique.

### **37.4 Contenu de l'avis de convocation**

L'avis de convocation doit préciser la nature, la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour de la réunion; s'il s'agit d'une conférence téléphonique ou d'une visioconférence, l'avis doit le préciser. Dans le cas d'une réunion d'urgence, seuls le ou les sujets mentionnés à l'ordre du jour peuvent y être traités.

### **37.5 Renonciation à l'avis de convocation**

Tout membre du comité peut renoncer de quelque manière à l'avis de convocation à une réunion du comité. Toutefois, sa seule présence à la réunion équivaut à une renonciation à l'avis de convocation sauf s'il y assiste spécialement pour s'opposer à sa tenue en invoquant l'irrégularité de celle-ci.

### **37.6 Non-réception de l'avis de convocation**

La non-réception de l'avis par un membre du comité n'invalidera pas la réunion, les procédures qui s'y seront déroulées et les décisions qui s'y seront prises. Un certificat émis par le secrétaire établissant l'expédition de l'avis est une preuve péremptoire de l'émission de l'avis.

### **37.7 Personne invitée aux réunions**

Peut être invitée aux réunions toute personne susceptible de lui fournir une aide ou des informations dont il a besoin pour la réalisation de ses mandats, y compris les gestionnaires, les membres du personnel et les professionnels qui exercent dans toute installation exploitée par l'établissement.

## **38. Règles de fonctionnement**

### **38.1 Fréquence et lieu des réunions**

Ces comités se réunissent en privé au moins quatre (4) fois par année au siège de l'établissement ou à tout autre endroit fixé par la convocation.

### **38.2 En privé**

Les réunions de ces comités se déroulent en privé. Le comité peut cependant en décider autrement ou inviter les personnes qu'il juge à propos.

### **38.3 Participation à distance**

Les membres du comité peuvent, si tous sont d'accord, participer à une réunion à distance par tout moyen leur permettant de communiquer oralement entre eux, notamment par téléphone ou par vidéoconférence. Ils sont alors réputés avoir assisté à la réunion.

#### **38.4 Présidence et procédure aux réunions**

Le président du comité concerné préside les réunions et est responsable de tout ce qui concerne la procédure aux réunions. Il s'inspire des procédures usuelles des assemblées délibérantes.

#### **38.5 Secrétaire**

Un membre désigné par le comité agit comme secrétaire.

#### **38.6 Ordre du jour**

L'ordre du jour des réunions est laissé à la discrétion du président du comité concerné et peut être amendé, en tout temps.

#### **38.7 Quorum**

Le quorum est constitué de la majorité de ses membres en fonction.

#### **38.8 Résolution**

Les résolutions, sous forme de recommandations au conseil d'administration, sont prises à la majorité des voix exprimées par les membres du comité présents.

Toute décision est prise par résolution. Avant d'être débattue, toute résolution doit être proposée et appuyée. La déclaration du président qu'une résolution a été adoptée et une entrée faite à cet effet dans les procès-verbaux constitue, à première vue, la preuve de ce fait.

#### **38.9 Droit de vote**

Avant d'appeler le vote, le président lit de nouveau la proposition de départ, avec ses modifications s'il y a lieu.

Lors des réunions, chaque membre du comité de vérification a droit à un vote. À cette fin, il ne peut se faire représenter ni exercer son droit de vote par procuration.

En cas de partage des voix, le président ne dispose pas d'une voix prépondérante. Le vote est alors repris.

Le vote se prend à main levée, de vive voix ou par vote secret selon les modalités prévues à l'article 38.10.

#### **38.10 Vote secret**

Un membre du comité peut demander la tenue d'un vote secret sur tout sujet jugé pertinent. Le président autorise la tenue d'un vote secret lorsque la demande est appuyée par la majorité des membres présents.

#### **38.11 Situation urgente**

En cas d'urgence, une résolution écrite et signée par tous les membres du comité a la même valeur que si elle avait été prise lors de la réunion.

Cette résolution est déposée à la réunion subséquente et conservée avec les procès-verbaux des réunions.

### **38.12 Ajournement**

Qu'il y ait quorum ou non, une réunion peut être ajournée par le vote de la majorité des membres du comité présents. La réunion peut être reprise sans qu'il soit nécessaire de donner un nouvel avis s'il y avait quorum au moment de l'ajournement. Les membres constituant le quorum lors de l'ajournement ne sont pas tenus de constituer le quorum à la reprise de la réunion. S'il n'y a pas quorum à la reprise de la réunion ajournée, cette dernière est réputée s'être terminée immédiatement après l'ajournement.

### **38.13 Procès-verbaux et documents**

Les dispositions du présent règlement sur les procès-verbaux et les documents déposés au conseil d'administration s'appliquent en les adaptant aux procès-verbaux du comité.

## **Section 5 — COMITÉS FACULTATIFS**

Le conseil d'administration peut, au besoin, mettre en place des comités facultatifs, et ce, selon les pratiques de bonne gouvernance.

## **Section 6 - INSTANCES ET AUTRES COMITÉS**

### **COMITÉ DE GESTION DES RISQUES**

#### **39. Composition**

Le conseil d'administration institue, dans l'établissement, un comité de gestion des risques. La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans une installation exploitée par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de service, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le président-directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité (art. 183.1, LSSSS).

#### **40. Fonctions**

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

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

#### **41. Règles de fonctionnement**

Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d'administration de l'établissement.

### **COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**

#### **42. Nomination**

Le conseil d'administration doit nommer un commissaire aux plaintes et à la qualité des services, lequel sera sous sa responsabilité. Il est aussi responsable d'en faire l'évaluation.

Après avoir pris l'avis du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le conseil d'administration peut, s'il l'estime nécessaire, nommer un ou plusieurs commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services (art. 30, 173, paragraphe 2°, LSSSS).

À cette fin, le conseil d'administration doit notamment s'assurer que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que ses adjoints, exercent exclusivement les fonctions prévues à l'article 33 de la LSSSS.

### **43. Rapport annuel**

Au moins une fois par année, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services prépare et présente au conseil d'administration, pour approbation, et chaque fois qu'il estime nécessaire, un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits, auquel il intègre le bilan annuel de ses activités visé à l'article 33 de la LSSSS, incluant, le cas échéant, ses recommandations, ainsi que le rapport annuel du médecin examinateur visé à l'article 50 de la LSSSS et celui du comité de révision visé à l'article 57 de la LSSSS.

## **MÉDECIN EXAMINATEUR**

### **44. Désignation**

Pour l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident en médecine, le conseil d'administration de l'établissement désigne, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un médecin examinateur qui exerce ou non sa profession dans une installation exploitée par l'établissement. Le directeur des services professionnels peut être désigné pour agir à ce titre.

Si l'établissement exploite plusieurs installations, le conseil d'administration peut, s'il l'estime nécessaire et sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, désigner un médecin examinateur par installation.

Le médecin examinateur de l'établissement est responsable envers le conseil d'administration de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident en médecine (art. 42, LSSSS).

### **45. Indépendance**

Le conseil d'administration doit prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'indépendance du médecin examinateur dans l'exercice de ses fonctions.

À cette fin, le conseil d'administration doit notamment s'assurer que le médecin examinateur, en tenant compte, le cas échéant, des autres fonctions qu'il peut exercer pour l'établissement, ne se trouve pas en situation de conflit d'intérêts dans l'exercice de ses fonctions (art. 43, LSSSS).

### **46. Rapport annuel**

Au moins une fois par année, le médecin examinateur doit transmettre au conseil d'administration et au CMDP, et chaque fois qu'il estime nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes examinées depuis le dernier rapport ainsi que ses recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans une installation exploitée par l'établissement.

Un exemplaire de ce rapport est également transmis au commissaire aux plaintes et à la qualité des services qui en intègre le contenu au rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits (art. 50, LSSSS).

## COMITÉ DE RÉVISION

### 47. Composition

Un comité de révision est institué dans l'établissement<sup>2</sup>. Ce comité de révision est composé de trois (3) membres nommés par le conseil d'administration de l'établissement.

Le président du comité est nommé parmi les membres du conseil d'administration de l'établissement qui ne sont pas à l'emploi de l'établissement ou n'y exercent pas leur profession.

Pour un CISSS ou un CIUSSS, les deux (2) autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans une installation exploitée par l'un ou l'autre des établissements du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux dont la coordination des activités et des services est assurée par l'établissement. Pour un établissement non fusionné, seuls les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans une installation exploitée par l'établissement peuvent être nommés membres du comité de révision. Ces nominations sont faites par le conseil d'administration sur recommandation des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement (art. 51, LSSSS).

### 48. Mandat

La durée du mandat des membres du comité de révision est de trois (3) ans. Malgré l'expiration de leur mandat, les membres du comité de révision demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés (art. 51 al. 4, LSSSS).

### 49. Fonctions

Sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur ou de toute autre personne, par le médecin examinateur d'un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux (art. 52, LSSSS).

### 50. Rapport annuel et autres rapports

Le comité de révision doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement, avec copie au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, à chacun des établissements du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, au plus tard le 30 avril de chaque année, et chaque fois qu'il l'estime nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision depuis le dernier rapport, de ses conclusions, ainsi que des délais de traitement de ses dossiers. Il peut, en outre, formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans un centre exploité par un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.

Un exemplaire de ces rapports est également transmis au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement, qui en intègre le contenu au rapport visé à l'article 76.10 de la LSSSS ainsi qu'au Protecteur des usagers (art. 57, 76.10, 76.11, LSSSS).

---

<sup>2</sup> La formation de ce comité est obligatoire pour les CISSS et CIUSSS, les autres établissements peuvent en constituer un selon leur besoin.

## **51. Règles de fonctionnement**

Les règles de fonctionnement sont déterminées par règlement du conseil d'administration de l'établissement.

## **COMITÉ DES USAGERS**

### **52. Composition (ajuster selon la situation de votre établissement)**

#### Comité des usagers des centres intégrés (CUCI) (pour les centres intégrés uniquement)

Le CUCI se compose d'au moins six membres élus par tous les présidents des CUC qui continuent d'exister en application des dispositions de l'article 203 de la LMRSSS ainsi que de cinq représentants des CR désignés par l'ensemble de ces comités mis sur pied en application du troisième alinéa de l'article 209 de la LSSSS (art. 60, LMRSSS).

#### Comité des usagers continués (CUC) (pour les centres intégrés uniquement)

Les CUC continuent d'exister et d'exercer leurs responsabilités au sein du centre intégré. Ces comités exercent leurs activités sous la responsabilité du CUCI (art. 203, LMRSSS). Les CUC se composent d'au moins cinq membres élus par tous les usagers de l'établissement et d'un représentant désigné par et parmi chacun des CR mis sur pied en application du deuxième alinéa de l'article 209 de la LSSSS.

#### Comité des usagers (CU) (pour les établissements non fusionnés uniquement)

Les CU se composent d'au moins cinq membres élus par tous les usagers de l'établissement et d'un représentant désigné par et parmi chacun des CR mis sur pied en application du deuxième alinéa de l'article 209 de la LSSSS.

#### Comité de résident (CR) (pour les établissements avec hébergement)

Lorsqu'un établissement exploite une installation offrant des services à des usagers hébergés, il doit mettre sur pied un CR dans cette installation (art. 209, al.3, LSSSS). Ce comité est composé d'au moins trois membres élus par les résidents de l'installation concernée (art. 209, al. 6, LSSSS).

### **53. Durée du mandat**

La durée du mandat des membres des CUCI, des CUC, des CU et des CR ne peut excéder trois ans.

## **54. Fonctions (ajuster selon la situation de votre établissement)**

### CUC et CU

Les CUC et les CU exercent les fonctions suivantes (art. 212, LSSSS) :

- 1) Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
- 2) Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- 3) Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;
- 4) accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la LSSSS ou par la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. P-31.1);
- 5) S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions;
- 6) Évaluer, le cas échéant, l'efficacité de la mesure mise en place en application des dispositions de l'article 209.0.1 de la LSSSS.

### CUCI

En plus d'avoir les mêmes fonctions que les CUC, les fonctions attendues des CUCI sont celles mentionnées à la circulaire ministérielle 2015-019 intitulée « Paramètres budgétaires relatifs aux comités des usagers et aux comités de résidents. »

### CR

Les CR exercent les trois premières fonctions des CUC et des CU (art. 212 et 212.1, LSSSS) :

- 1) renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
- 2) promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- 3) défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente.

## **55. Règles de fonctionnement**

Les CUCI, les CUC et les CU doivent établir leurs règles de fonctionnement. Ces dernières entrent en vigueur dès leur adoption par les membres qui les composent. Ces règles et toutes mises à jour doivent être partagées avec le conseil d'administration à des fins d'information.

## **56. Rapport annuel d'activités des divers comités des usagers**

### CUCI et CUC

Les CUCI doivent soumettre annuellement, selon les modalités de la circulaire 2015-019, un rapport d'activité, incluant un rapport financier, au conseil d'administration et transmettre, sur demande, une copie de ce rapport au MSSS (art. 212, LSSSS). Le rapport d'activité du CUCI doit également inclure les rapports d'activité des CUC qui, eux-mêmes, incluent les rapports d'activité des CR sous leur responsabilité.

### CU

Les CU des établissements non fusionnés doivent soumettre annuellement, selon les modalités de la circulaire 2015-019, un rapport d'activité, incluant un rapport financier, au conseil d'administration incluant les rapports d'activité des CR sous leur responsabilité et transmettre, sur demande, une copie de ce rapport au MSSS (art. 212, LSSSS).

Le conseil d'administration doit s'assurer que le contenu de ces rapports annuels d'activités, incluant un rapport financier, s'inscrivent dans le cadre de leur mandat respectif et ne comportent pas d'écarts aux dispositions législatives applicables ou au « Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents ». En cas d'écart, le conseil d'administration en informe le MSSS.

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

**57.** Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

## **CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS**

**58.** Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

## **CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE**

**59.** Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

## **CONSEIL DES SAGES-FEMMES (lorsqu'applicable)**

**60.** Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

## Section 7 — EXERCICE FINANCIER ET VÉRIFICATEUR

### 61. Exercice financier et normes comptables

L'exercice financier de l'établissement se termine le 31 mars de chaque année. L'établissement doit utiliser un système comptable conforme aux normes contenues au Manuel de gestion financière publié par le ministre (art. 282, LSSSS).

### 62. Effets bancaires

Les chèques et autres effets bancaires liant financièrement l'établissement doivent obligatoirement requérir la signature de deux personnes parmi les personnes autorisées à signer, conformément aux résolutions adoptées par le conseil d'administration pour chacun des fonds.

La reproduction des signatures des personnes autorisées peut être imprimée par voie électronique sur les chèques émis par l'établissement ou tout autre document, après décision du conseil d'administration. Une telle reproduction a le même effet que si les signatures elles-mêmes y étaient apposées (art. 169, LSSSS).

### 63. Mandat

Le vérificateur doit, pour l'exercice pour lequel il a été nommé, vérifier le rapport financier de l'établissement et procéder à l'exécution des autres éléments de son mandat, notamment ceux déterminés par règlement pris en vertu du paragraphe 8° de l'article 505 de la LSSSS et, le cas échéant, ceux que détermine l'établissement ou le ministre (art. 293, LSSSS).

### 64. Rapport de vérification

Le vérificateur remet son rapport de vérification au conseil d'administration, au plus tard trois (3) jours ouvrables avant la réunion du conseil d'administration pour les fins d'adoption et de dépôt du rapport financier annuel au 30 juin de chaque année (art. 294, LSSSS).

## Section 8 — SIGNATURES ET INSTITUTIONS FINANCIÈRES

### 65. Signatures des contrats et autres documents financiers

Les dispositions de cette section sont celles que doit appliquer minimalement l'établissement. Elles respectent les dispositions de l'article 169 de la LSSSS relativement aux signatures de documents qui se lit comme suit :

*« Aucun acte, document ou écrit n'engage un établissement s'il n'est signé par le président du conseil d'administration, le directeur général ou, dans la mesure que le conseil d'administration détermine par règlement, par un membre du personnel de cet établissement. »*

Aux fins de la présente section, un engagement financier est une obligation découlant notamment d'un contrat, d'une entente écrite, d'une facture, d'une disposition législative ou réglementaire, qui entraîne ou est susceptible d'entraîner un paiement envers une personne, une entreprise ou un organisme externe.

L'établissement doit également s'assurer de respecter les autres dispositions légales et réglementaires émises par le gouvernement relativement à la gestion contractuelle, notamment la *Loi sur les contrats d'organismes publics* (RLRQ, c. C-65.1) et ses règlements, 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* (RLRQ, c G-1.001).

**65.1.** Le président-directeur général doit signer tout acte, document ou écrit dont l'engagement financier est supérieur au moindre de 2 % du budget brut de fonctionnement confirmé par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou 4 M\$.

Il doit déposer périodiquement au conseil d'administration un rapport faisant état de ces engagements financiers.

**65.2** Le directeur des ressources financières doit signer tout acte, document ou écrit dont l'engagement financier est le moindre de :

- entre ½ de 1 % et 2 % du budget brut de fonctionnement confirmé par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou;
- entre 1 M\$ et 4 M\$.

**65.3** Toute personne dûment autorisée selon le plan de délégation de signatures doit signer tout acte, document ou écrit dont l'engagement financier est inférieur à celui visé à 71.2.

**65.4** Le comité de vérification doit examiner pour recommandation le plan de délégation de signatures établi en fonction des risques de l'établissement avant son approbation par le conseil d'administration.

**65.5** Conformément à ses fonctions énumérées à l'article 26, notamment celle relative à la mise en place de mécanismes de contrôle interne adéquatement efficaces, le comité de vérification s'assure du respect du plan de délégation de signatures.

**65.6** Conformément à ses fonctions énumérées à l'article 26, notamment celle relative à la mise en place et à l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement, le comité de vérification examine la liste des contrats de 100 K\$ et plus.

## **66. Institutions financières**

Sur recommandation du président-directeur général ou du directeur des ressources financières, le conseil d'administration désigne la ou les institutions financières avec lesquelles l'établissement effectue ses transactions financières.

## **67. Signature des demandes de paiement**

**67.1** Toute demande de paiement par transfert bancaire électronique, chèque ou autre doit être signée conjointement par deux (2) personnes dûment autorisées, dont au moins une est énumérée aux articles 70.1 à 70.3 et la deuxième pouvant être identifiée au plan de délégation de signatures.

**67.2** La reproduction des signatures de personnes autorisées peut être imprimée par voie électronique sur les chèques par l'établissement ou tout autre document, après décision du conseil d'administration. Une telle reproduction a le même effet que si les signatures elles-mêmes y étaient apposées.

**67.3** Conformément à ses fonctions énumérées à l'article 26, notamment celle relative à la mise en place et à l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement, le comité de vérification examine la liste des engagements financiers de 100 K\$ et plus.

## **Section 9 — DOCUMENTS ET ARCHIVES**

### **68. Lieu de conservation**

L'établissement tient et conserve à son siège les registres, livres et documents officiels.

(art. 168, LSSSS)

### **69. Authenticité**

Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration, approuvés par celui-ci et signés par le président du conseil et le secrétaire, sont authentiques.

Les documents et les copies ou extraits qui émanent de l'établissement administré par le conseil d'administration ou qui font partie de ses archives sont authentiques lorsqu'ils sont certifiés conformes par le président du conseil ou le secrétaire. La correspondance et tout autre document liant l'établissement sont conservés au siège.

### **70. Registres et livres**

Le conseil d'administration détermine par résolution la nature des inscriptions à tenir dans ses registres et livres. Le secrétaire du conseil d'administration tient notamment, en original ou en copie conforme, au siège de l'établissement, les registres et livres suivants :

- a) du nom, de l'adresse et de l'occupation de chacun des membres du conseil d'administration;
- b) si le conseil administre un établissement regroupé ou est une personne morale visée à l'article 98 de la LSSSS, le nom, l'adresse et l'occupation des membres de la personne morale;
- c) des règlements de l'établissement;
- d) des procès-verbaux des séances du conseil d'administration;
- e) des procès-verbaux des assemblées des membres de la personne morale, le cas échéant;
- f) de l'acte constitutif de l'établissement comprenant, le cas échéant, les lettres patentes, les lettres patentes supplémentaires, les statuts de constitution ou de continuation et tout autre document ou charte accordés pour sa constitution;
- g) des hypothèques et charges grevant les biens de l'établissement;
- h) des baux;
- i) des budgets comprenant les états financiers;
- j) des transactions financières;
- k) des créances et obligations.

## **Section 10 — DISPOSITIONS FINALES**

### **71. Remplacement et abrogation**

Tout règlement antérieur sur la régie interne de l'établissement est abrogé et remplacé par le présent règlement.

### **72. Révision**

Le présent règlement doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les cinq (5) années suivant son entrée en vigueur.

### **73. Validité**

Le conseil d'administration adopte le présent règlement dans son ensemble et également partie par partie, de manière à ce que si un article, un paragraphe, un sous-paragraphe était ou devrait être déclaré nul, les autres dispositions du présent règlement soient maintenues.

### **74. Adoption, modification, abrogation**

Toute adoption, modification ou abrogation d'un règlement du conseil d'administration doit être précédée d'un avis, d'au moins trente (30) jours et adoptée par le vote d'au moins les deux tiers (2/3) des membres du conseil lors d'une séance régulière ou spéciale du conseil d'administration, à moins d'une décision contraire.

Une copie de tel projet de règlement doit être expédiée aux membres du conseil avec l'avis de convocation de la séance qui doit le considérer.

### **75. Entrée en vigueur du règlement**

Le présent règlement entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration.

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Îles

Québec 

**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

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	7
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	11
Section 4 — APPLICATION.....	13
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	18
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	19
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	20
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	21
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	22
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	23
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	24

## **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 prémisse 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>1</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 assujéti 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>1</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**

### **7. 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.

### **8. 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 pros crit.

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

#### **8.1** 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.

#### **8.2** 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.

#### **8.3** 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.

#### **8.4** 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.

#### **8.5** 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.

#### **8.6** Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

#### **8.7** 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.

#### **8.8** Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- 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.

#### **8.9** 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.

#### **8.10** 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.

### **8.11 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

**9.** 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.

**10.** 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.

**11.** 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.

**12.** 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.

**13.** 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.

**14.** 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.

**15.** 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

### 16. 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.

### 17. 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.

## **18. Comité d'examen *ad hoc***

**18.1** 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.

**18.2** 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.

**18.3** 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.

**18.4** 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.

**18.5** 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.

## **19. Processus disciplinaire**

**19.1** 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.

**19.2** 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.

**19.3** 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*.

**19.4** 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.

**19.5** 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.

**19.6** 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.

**19.7** 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.

**19.8** 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.

**19.9** 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.

**19.10** 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.

**19.11** 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.

**19.12** 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.

**19.13** 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).

## **20. 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.

## **21. 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.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

\_\_\_\_\_  
**Nom du commissaire à l'assermentation**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

**Annexe II – Avis de bris du statut d’indépendance**

**AVIS SIGNÉ**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ [*prénom et nom en lettres moulées*], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d’affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d’administration du \_\_\_\_\_ due aux faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date** [*aaaa-mm-jj*]

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

### 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**

# Code d'éthique

Septembre 2015

Ce document s'adresse à l'ensemble du personnel et des médecins ainsi qu'aux usagers afin qu'ils connaissent les engagements du CISSS des Îles à l'égard des usagers. Il traite des devoirs et des obligations qui doivent animer les intervenants œuvrant au CISSS des Îles dans l'optique de l'accomplissement de sa mission publique de santé et de services sociaux.

La forme masculine utilisée dans le texte désigne autant les hommes que les femmes. Elle ne vise qu'à alléger la lecture de ce document et ainsi en faciliter la compréhension.

Aux fins d'interprétation des règles d'éthique, le lecteur voudra bien se référer à la Loi sur la santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2, a. 233).

Document adopté le 23 septembre 2015  
par la présidente-directrice générale du CISSS des Îles, conformément à l'article 195 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux.

## TABLES DES MATIÈRES

<b>Mot de la présidente-directrice générale</b>	<b>4</b>
<b>Avant-propos</b>	<b>5</b>
<b>Définitions</b>	<b>5</b>
<b>Les droits des usagers</b>	<b>6</b>
1 Droit au respect	6
2 Droit à l'information	6
3 Droit aux services	8
4 Droit de participer aux décisions	9
5 Droit à la vie privée et à la confidentialité	9
6 Droit à la vie, à la sécurité, à la liberté et à la propriété	10
7 Droit d'exercer les recours appropriés en vue d'assurer le respect de ses droits	10
8 Droit à des soins de fin de vie	11
<b>Responsabilités des usagers</b>	<b>12</b>
<b>Responsabilités de tous les intervenants</b>	<b>13</b>
<b>Disponibilité et diffusion du présent code</b>	<b>14</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>14</b>

## MOT DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Le réseau de la santé et des services sociaux place l'utilisateur au centre du système de santé.

Dans cet esprit, le CISSS des Îles concentre ses efforts à bien saisir les besoins de l'utilisateur et à lui fournir le soutien approprié.

En privilégiant des valeurs qui mettent l'accent sur la responsabilisation de l'utilisateur face à sa santé et au maintien et à l'amélioration de son potentiel d'autonomie, nous pensons mieux le servir.

Le code d'éthique du CISSS des Îles est un outil de promotion et d'identification des droits et des responsabilités des usagers. Il présente également l'engagement du CISSS des Îles en tant qu'établissement public dispensateur de services de santé et de services sociaux ainsi que nos attentes à l'endroit des employés, des médecins et des usagers de ce réseau de services.

Nous espérons que le code d'éthique de notre établissement, tout comme l'ensemble du personnel, met en évidence vos droits et vos responsabilités en tant qu'utilisateur. Toutefois, si certaines informations ne vous semblent pas claires ou pour toute interrogation relative à l'un ou à l'autre des aspects dudit code d'éthique, n'hésitez pas à vous renseigner auprès du personnel, des directions de l'établissement ou du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Vous pouvez également nous faire part de vos commentaires sur les services ou sur l'ensemble du fonctionnement du CISSS des Îles en utilisant les boîtes à suggestions ou commentaires localisées dans toutes les installations du CISSS des Îles.

Le code d'éthique est un document officiel de l'établissement. À ce titre, il a été révisé et adopté par la présidente-directrice générale du CISSS des Îles, le 23 septembre 2015.



Yvette Fortier  
Présidente-directrice générale

## AVANT-PROPOS

Dans le but d'assumer sa mission publique de soins et de services sociaux et de santé, le Centre de services de santé et de services sociaux (CISSS) des Îles se dote du présent code d'éthique. L'adoption de celui-ci s'inscrit dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins et des services dispensés par le CISSS des Îles.

L'ensemble du présent code s'inspire du plan d'organisation, adopté le 18 juin 2013, lequel résulte d'un processus interne de consultation.

Il faut noter que le présent code ne se substitue pas aux lois et règlements applicables, aux codes de déontologie et aux contrats de travail existants. Il s'agit plutôt d'un guide de référence quant aux droits des usagers, à leurs responsabilités ainsi qu'aux responsabilités des intervenants. Il doit être vu comme un code de bonne entente visant à favoriser l'adaptation mutuelle entre les intervenants et les usagers et entre les intervenants eux-mêmes. Enfin, il traduit les valeurs et les principes directeurs qui guident l'engagement quotidien de tous les intervenants du CISSS des Îles.

Le code d'éthique présente d'abord la mission du CISSS des Îles, ainsi que les valeurs. La section suivante repose sur les droits des usagers. Sont par la suite détaillées les responsabilités des usagers, ainsi que les responsabilités des personnes œuvrant au CISSS des Îles. Finalement, vous trouverez de l'information sur la disponibilité et la diffusion du présent code.

## DÉFINITIONS

Afin de faciliter la compréhension du lecteur, les termes suivants sont ainsi définis :

- a. **Établissement** : le CISSS des Îles se compose de 4 Centres locaux de services communautaires (CLSC), d'un Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), d'un Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED) et de l'hôpital de l'Archipel (HA);
- b. **Intervenant** : tout directeur, gestionnaire, employé, médecin, résident, externe, stagiaire, contractuel, de même que toute personne exerçant une occupation professionnelle ou œuvrant bénévolement au sein du CISSS des Îles;
- c. **Usager** : toute personne qui a reçu, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert des services du CISSS des Îles. Ce terme comprend, si nécessaire, tout représentant de l'utilisateur au sens de l'article 12 de la Loi ainsi que tout héritier ou représentant légal d'un usager décédé.

# LES DROITS DES USAGERS

## 1 DROIT AU RESPECT

Le respect est au centre de toute intervention. L'utilisateur, par son histoire, ses différences, sa personnalité, son individualité et ses besoins spécifiques, est une personne unique et doit être considéré comme tel.

- *Droit au respect de ses besoins*

La situation de soins dans laquelle se trouve l'utilisateur ne diminue aucunement ses droits. Il a droit au respect de ses valeurs humaines, morales et spirituelles.

L'utilisateur a le droit d'exprimer ses besoins affectifs, psychologiques, physiques et spirituels. Les intervenants doivent faire appel aux ressources du milieu pour répondre au mieux à ces besoins.

- *Droit au respect de son autonomie*

L'utilisateur a le droit de recevoir de l'aide en fonction de son état et de son degré d'autonomie. Cela signifie notamment qu'il peut prendre le temps requis pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Le rythme de l'utilisateur doit être respecté.

L'utilisateur a le droit de prendre ses décisions en fonction de ses capacités en vue de maintenir et de développer son autonomie, particulièrement en ce qui concerne son plan d'intervention et son plan de services individualisés.

- *Droit au respect de son intégrité et de sa dignité*

En tout temps, l'utilisateur a le droit à la protection physique et psychologique. Son intégrité doit également être assurée.

L'utilisateur a le droit de mourir dans la dignité et le respect de ses choix.

- *Droit au respect de son identité*

L'utilisateur a le droit de choisir d'être vouvoyé ou tutoyé par les intervenants et d'être appelé par son nom.

- *Droit au respect de son intimité*

L'intimité de l'utilisateur doit être respectée. Toutes les dispositions et les précautions nécessaires doivent être prises, notamment lors des examens, des traitements et des soins d'hygiène.

## 2 DROIT À L'INFORMATION

Le droit de l'utilisateur à l'information ne peut se soustraire à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

- *Droit à l'information sur les services existants*

Chaque utilisateur a le droit d'être informé sur l'existence des services et des ressources disponibles sur le territoire ainsi qu'au sein des installations du CISSS des Îles. Il doit par ailleurs être informé des modalités d'accès à ces services, de leur disponibilité et des alternatives, le cas échéant.

- *Droit à l'information sur son état de santé*

Tout usager a le droit de connaître la vérité sur son état de santé, à moins d'indication médicale contraire. Il doit être informé par l'intervenant autorisé des différentes possibilités de traitements susceptibles d'améliorer son état de santé, leurs bénéfices et les risques inhérents, le cas échéant. Les intervenants doivent s'assurer de la compréhension de ces renseignements par l'utilisateur, et cela, dans le but de permettre à celui-ci de donner un consentement libre et éclairé.

- *Droit à l'information sur la nature des traitements dispensés*

L'utilisateur a le droit de connaître la nature du traitement qu'on lui offre, les risques inhérents et les effets secondaires potentiels. Il doit également être informé des conséquences qui résulteraient de l'absence de traitement. Ces renseignements lui permettront de participer aux décisions qui affectent son état de santé et son bien-être.

L'utilisateur est en droit de connaître le déroulement de toute intervention auquel il est soumis et d'obtenir des réponses à ses interrogations.

- *Droit à l'information sur les modalités d'accès à son dossier*

Tout usager de 14 ans ou plus a droit d'accès à son dossier. L'établissement doit informer l'utilisateur des modalités relatives à l'accès à son dossier. Il doit être dirigé vers les archives pour accéder à son dossier.

Toutefois, cet accès peut lui être momentanément refusé si la communication du dossier ou une partie de celui-ci causait vraisemblablement un préjudice à la santé de l'utilisateur. Dans un tel cas, l'utilisateur a le droit d'être informé des motifs de ce refus ainsi que de son droit de recours en vue de la révision de cette décision.

- *Droit à l'information sur les intervenants impliqués dans la dispensation des soins*

Tout usager a le droit d'être informé de la participation de résidents ou de stagiaires à la dispensation de ses soins et de ses traitements.

Il a le droit de connaître l'identité et le rôle de chacun des intervenants. Il est important que chaque intervenant s'identifie auprès d'un usager, chaque fois que cela est nécessaire.

- *Droit à l'information sur les incidents et accidents qui sont survenus en cours de traitement*

Si un accident ou un incident se produit, au cours de la prestation de services, ayant ou pouvant entraîner des conséquences sur l'état de santé ou de bien-être de l'utilisateur, celui-ci a le droit d'en être informé le plus tôt possible. Il est également en droit de connaître les mesures prises pour contrer les conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel événement. Les intervenants impliqués dans un tel événement sont tenus de remplir le formulaire prévu et de suivre la procédure établie.

### 3 DROIT AUX SERVICES

Le CISSS des Îles est avant tout un dispensateur de soins et de services. Ceux-ci devraient être, dans la mesure du possible, flexibles et adaptés à chacun des usagers.

- *Droit de recevoir des services adéquats*

Chaque usager a le droit de recevoir des services adéquats et diligents sur les plans scientifique, social, humain et spirituel, de manière continue, personnalisée et sécuritaire, en fonction des ressources disponibles.

- *Droit de recevoir des services sans aucune discrimination*

Tout usager a le droit de recevoir des services sans égard à son âge, son sexe, son statut social, ses croyances religieuses ou à toutes autres formes de discrimination.

- *Droit d'être traité avec courtoisie, équité et compréhension*

L'usager a le droit d'être traité avec courtoisie, équité et compréhension. En contrepartie, l'usager a le devoir d'être courtois envers les intervenants et les autres usagers.

L'usager a droit à la compréhension du personnel, et ce, même s'il présente des difficultés à accomplir certains gestes, s'il est maladroit, s'il a des oublis momentanés ou des sautes d'humeur.

- *Droit de recevoir des services en anglais*

L'usager de langue anglaise a le droit de recevoir des services en anglais, dans la mesure où le prévoit un programme d'accès. Si l'usager s'exprime dans une langue autre que le français et l'anglais, l'établissement ou l'usager peut demander l'aide de ressources internes ou externes.

- *Droit de choisir l'établissement*

Tout usager a le droit de choisir l'établissement dans lequel il souhaite recevoir ses soins et services. Ce droit s'exerce en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

- *Droit de choisir l'intervenant*

L'usager a le droit de choisir les intervenants qui assurent ses soins, à l'intérieur des ressources disponibles au sein de l'établissement et de son mode d'organisation, particulièrement en regard des soins d'hygiène.

- *Droit d'être redirigé adéquatement*

L'usager a le droit d'être redirigé adéquatement vers l'unité de soins ou le service visé.

- *Droit d'exprimer son appréciation et son insatisfaction*

L'usager a le droit d'expression. Il peut exprimer ses sentiments, ses opinions et faire des suggestions en vue d'améliorer la qualité des services qui lui sont dispensés.

Si l'usager exprime son désir de faire une plainte, il doit être informé de la procédure à suivre, de son droit d'être assisté et accompagné dans sa démarche et informé de la manière de contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

#### **4 DROIT DE PARTICIPER AUX DÉCISIONS**

La responsabilisation de l'usager passe par son implication à toutes les étapes de son processus de soin.

- *Droit de s'impliquer activement dans le processus de décision*

Chaque usager, dans la mesure de ses capacités, a le droit de participer activement aux décisions concernant son traitement ou les soins qui lui sont offerts. Il est en droit d'exprimer ses opinions et ses préférences en regard de l'élaboration et de la mise en œuvre de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisés. Il est en droit d'être écouté.

Par ailleurs, l'usager a le droit de participer à la planification de sa sortie, notamment en ce qui concerne la planification des soins à domicile auxquels il a droit.

- *Droit de donner son consentement libre et éclairé*

Sauf dans les cas d'urgence clinique, l'usager a le droit d'être informé des soins et des traitements dont il a besoin, dans un langage clair et adapté à sa situation afin de lui permettre de prendre une décision réfléchie. Aucune pression ne doit être faite à l'endroit de l'usager.

- *Droit de retirer son consentement*

L'usager a le droit, en tout temps, de retirer un consentement, préalablement donné, pour tout traitement ou soin. Les intervenants doivent lui expliquer les impacts d'un tel geste et s'assurer de la compréhension de l'usager.

- *Droit de refuser un traitement*

Après avoir reçu toute l'information pertinente à sa condition, un usager a le droit de refuser un traitement, un examen ou un soin. Il doit être respecté dans son refus.

#### **5 DROIT À LA VIE PRIVÉE ET À LA CONFIDENTIALITÉ**

L'usager a le droit de choisir de partager ou non l'information sur son état de santé. C'est pourquoi le respect de la confidentialité et de la vie privée est primordial et doit être la préoccupation de tous.

- *Droit à la discrétion, à la confidentialité et au respect de sa vie privée*

L'usager a le droit à la discrétion, à la confidentialité et au respect de sa vie privée. À cet effet, dans les lieux publics, les intervenants doivent s'abstenir de nommer des usagers, de commenter le comportement d'un usager, son état de santé ou sa vie privée.

L'usager a le droit de demander à ce que sa présence dans l'établissement demeure confidentielle. Un formulaire doit alors être rempli.

- *Droit au respect de la confidentialité de son dossier médical*

Le dossier médical de l'usager est confidentiel et nul ne peut y accéder sans le consentement de ce dernier. L'usager est en droit d'attendre de tout intervenant le respect de la confidentialité de son dossier.

- *Droit d'autoriser la communication d'information sur son dossier*

L'usager a le droit de consentir à la communication d'information sur son dossier.

## **6 DROIT À LA VIE, À LA SÉCURITÉ, À LA LIBERTÉ ET À LA PROPRIÉTÉ**

Peu importe le type et la durée des soins et des services reçus, chaque usager est en droit d'attendre des intervenants et des autres usagers la préservation de sa sécurité, de sa liberté et de la propriété de ses biens.

- *Droit à un environnement de qualité*  
L'usager a droit à un environnement propre, accueillant, salubre et sécuritaire. Il a droit au calme et au repos.
- *Droit de choisir et de posséder des objets personnels*  
Chaque usager a le droit de posséder et de disposer de ses objets personnels, dans le but d'égayer son milieu de vie.
- *Droit à la sauvegarde de la propriété de ses biens*  
Chaque usager a le droit à la sauvegarde de la propriété de ses biens à son domicile ainsi qu'aux biens confiés à la surveillance de l'établissement.
- *Droit de recevoir des visiteurs*  
L'usager a le droit de recevoir des visiteurs. Il doit respecter le règlement en vigueur concernant les visites aux usagers.
- *Droit de participer aux activités de l'organisation*  
L'usager a le droit d'être informé et de participer aux activités offertes, dans la mesure de ses capacités.

## **7 DROIT D'EXERCER LES RECOURS APPROPRIÉS EN VUE D'ASSURER LE RESPECT DE SES DROITS**

L'expression d'une ou de plusieurs insatisfactions ne doit en aucun temps être réprimée. Tous les intervenants ont le devoir d'informer les usagers des recours possibles et de les diriger adéquatement vers les ressources existantes.

- *Droit d'être assisté et accompagné*  
Tout usager a le droit d'être assisté et accompagné de la personne de son choix en vue d'obtenir de l'information ou de comprendre tout renseignement médical.  
Ce droit s'applique également si l'usager désire faire une démarche de plainte. Il peut par ailleurs être assisté et accompagné par le Centre d'assistance et d'accompagnement Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (CAAP-GÎM) ou par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.
- *Droit d'être informé de la procédure de plainte*  
L'usager a le droit d'être informé de la procédure d'examen des plaintes et d'en avoir un exemplaire sur demande. Il a aussi le droit d'obtenir un formulaire pour rédiger sa plainte.
- *Droit de porter plainte*  
L'usager a le droit de porter plainte s'il est insatisfait des services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert. L'usager a également le droit d'être protégé de toutes représailles advenant qu'il exprime son désir de déposer une plainte ou qu'il entame une telle démarche.  
Si l'usager n'est pas d'accord avec les conclusions de sa plainte, il a le droit de s'adresser au Protecteur du citoyen ou au comité de révision, selon le cas.

## 8 DROIT À DES SOINS DE FIN DE VIE

Il est de l'obligation de tous les médecins et intervenants de s'assurer que la mort de toute personne en fin de vie survienne dans la dignité et le respect des droits de la personne.

- *Droit à des soins de fin de vie*

Toute personne dont l'état le requiert a le droit de recevoir des soins de fin de vie. (Loi2, art.4). La loi définit les « soins de fin de vie » comme étant les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'aide médicale à mourir. (Loi 2, art.3).

- *Droit de refuser des soins*

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin.

Une personne ne peut se voir refuser des soins de fin de vie au motif qu'elle a préalablement refusé de recevoir un soin ou qu'elle a retiré son consentement à un soin. (Loi2, art.6)

- *Droit au respect de ses directives médicales anticipées*

Toute personne apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

Toute personne peut formuler ses directives médicales anticipées par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre.

- *Droit du personnel soignant*

Un médecin peut refuser d'administrer l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles et un professionnel de la santé peut refuser de participer à son administration pour le même motif.

Un tel médecin ou professionnel doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à ce qui est prévu à son code de déontologie et à la volonté de la personne. (Loi 2, art.50)

## RESPONSABILITÉS DES USAGERS

La section précédente portait sur les droits des usagers. Ces derniers ont également des devoirs envers le CISSS des Îles lorsqu'ils sont en interaction avec lui pour la prestation de soins ou de services.

- Tous les usagers doivent faire preuve de respect et de courtoisie envers tous les intervenants;
- Tous les usagers se doivent de respecter les règlements et les normes en vigueur, notamment en regard des horaires de visite ou de l'usage du tabac;
- Tous les usagers doivent comprendre que les services du CISSS des Îles sont offerts en fonction de la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières, selon les ententes de corridor régional;
- Tous les usagers ont le devoir de respecter les biens et la propriété du CISSS des Îles;
- La protection de ses effets personnels est la responsabilité de chaque usager;
- Tout usager a le droit au calme et au repos, de même, il a le devoir de respecter le droit au calme et au repos des autres usagers. Il est important de faire attention aux éclats de voix ainsi qu'à l'intensité des appareils électroniques utilisés;
- Les usagers doivent faire part de leurs déplacements auprès des intervenants concernés;
- Dans la mesure de leurs capacités, tous les usagers ont le devoir de participer à leurs traitements ou leurs soins;
- Tous les usagers ont le devoir d'informer les intervenants de leurs difficultés, de leurs problèmes de santé et de toute autre information pertinente ainsi que de leurs allergies ou intolérances à divers produits ou médicaments;
- Tous les usagers doivent respecter leur rendez-vous ou, s'ils ne peuvent s'y rendre, l'annuler à l'avance;
- Dès la signature de son congé médical, tout usager doit quitter l'établissement le plus rapidement possible. Un délai maximum de deux (2) heures à l'unité de courte durée et d'une (1) heure à l'urgence est accepté. Il est de votre responsabilité de prendre les moyens nécessaires pour quitter l'établissement de façon sécuritaire et répondant à vos besoins.
- Tout usager utilise les services du CISSS des Îles de manière à en éviter la consommation abusive et sans restriction;
- Les responsabilités associées à l'exercice de ses droits sont l'un des devoirs de l'usager;
- L'usager doit exprimer ses inquiétudes aux intervenants et poser des questions, le cas échéant;
- L'usager doit informer les intervenants de l'existence d'un mandat en cas d'inaptitude et fournir les coordonnées de la personne mandatée;
- Il est du devoir de l'usager de signifier clairement quelles sont ses volontés de soins de fin de vie ainsi que celles concernant le don d'organes.

## RESPONSABILITÉS DE TOUS LES INTERVENANTS

Tout comme les usagers, les intervenants ont des responsabilités vis-à-vis des usagers et de leurs pairs.

- Toutes les attitudes et les pratiques sont guidées par les droits de l'être humain, à savoir : son droit à la vie, à la sécurité, à l'intégrité, à la liberté, au respect de sa dignité et de sa vie privée;
- Tous les intervenants adoptent une attitude ouverte, accueillante, franche et constructive envers l'organisation, dans l'exécution de leur travail ainsi que dans leurs rapports avec les usagers, les autres intervenants et la direction;
- Le maintien de ses compétences professionnelles est de la responsabilité de chacun;
- Tous les intervenants doivent respecter les politiques, les procédures, les règlements du CISSS des Îles, les lois ainsi que leur code de déontologie ou leur code de profession respectif;
- Les paroles et les comportements discriminatoires sont intolérables;
- Tous les intervenants doivent adhérer à la mission, à la vision et aux valeurs du CISSS des Îles, de même qu'au présent code d'éthique;
- Toute violence verbale, physique ou psychologique, envers les usagers et entre les intervenants, est intolérable;
- Aucun pot-de-vin, pourboire ou autre rémunération ne sera accepté par les intervenants;
- Les relations entre les intervenants et les usagers ne devront être que strictement professionnelles;
- Un intervenant susceptible d'être en situation de conflit d'intérêts doit en aviser l'utilisateur et prendre les dispositions nécessaires;
- Les intervenants ne peuvent utiliser le temps de travail ou le matériel du CISSS des Îles à des fins personnelles, sans l'autorisation de leur supérieur immédiat;
- Les intervenants doivent en tout temps afficher une bonne hygiène corporelle ainsi qu'une tenue vestimentaire appropriée;
- Tous les intervenants doivent demeurer attentifs à tout moment afin de minimiser les risques d'accident;
- La propreté des lieux est la responsabilité de tous;
- Tous les intervenants doivent connaître les directives en cas d'urgence et être prêts à intervenir pour protéger les usagers;
- Les intervenants doivent favoriser la responsabilisation de l'utilisateur.

## DISPONIBILITÉ ET DIFFUSION DU PRÉSENT CODE

Un exemplaire du présent code est remis à tous les usagers du CHSLD ainsi qu'à tout usager qui en fait la demande. Le CISSS des Îles s'assurera de faire connaître le présent code à l'ensemble de ses intervenants et remettra une copie du code à chaque nouvel employé. Des exemplaires du code sont également disponibles dans tous les services et départements de l'établissement.

## BIBLIOGRAPHIE

- CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ, 2005. *Code d'éthique des intervenants*, 19 p.
- CENTRE HOSPITALIER DE L'ARCHIPEL, 1993. *Code d'éthique*, 29 p.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTRÉAL, 2005, *Code d'éthique*, 12 p.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-DE-GASPÉ, 2004. *Code d'éthique*, 7 p.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES, 2006. *Plan d'organisation*, 45 p.
- CLSC DES ÎLES, 1994. *Code d'éthique*, 12 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX). *Loi sur la santé et les services sociaux*. Disponible en ligne (page consulté en septembre 2015) :  
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html)
- COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Disponible en ligne (page consulté en septembre 2015) :  
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A\\_2\\_1/A2\\_1.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_2_1/A2_1.html)