



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2017-2018

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES
SOCIAUX DES ÎLES**

Québec 



Rapport annuel de gestion 2017-2018 adopté par le conseil d'administration à la séance du 12 juin 2018.

Vous trouverez le rapport annuel de gestion 2017-2018, le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2017-2018, ainsi que plusieurs informations concernant l'organisation de nos services sur le site Internet de notre établissement à l'adresse suivante : <http://www.cisssdesiles.com>

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	5
MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE PAR INTÉRIM ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	8
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNEES	9
PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE	10
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS	11
MISSION	11
VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT	11
ORGANIGRAMME	12
CONSEIL D'ADMINISTRATION	13
COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET CONSEILS PROFESSIONNELS	14
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)	17
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)	20
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)	21
FONDATION	22
ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2017-2018	23
ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	35
ACTES RÉPRÉHENSIBLES	35
AGRÉMENT	35
SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	37
PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT	41
APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	41
INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION	42
RÉALISATIONS DES DIRECTIONS DE L'ÉTABLISSEMENT	43
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSI-SM)	43
DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS (DSPH)	52
DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS (DSA)	59
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS	63
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	66

(Pagination indépendante : 23 pages)

LISTE DES ACRONYMES

A	AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
	APPS	Accès priorisé aux services spécialisés
	AVC	Accident vasculaire cérébral
B	BMR	Bactérie multirésistante aux antibiotiques
C	CA	Conseil d'administration
	CAB	Centre d'action bénévole des Îles
	CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
	CAMI	Council Anglophone Magdalen Islanders
	CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
	CEAMDP	Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique
	CECII	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
	CECIIA	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
	CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
	CH	Centre hospitalier
	CHSLD	Centre d'hébergement et soins de longue durée
	CHU	Centre Hospitalier Universitaire
	CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
	CII	Conseil des infirmières et infirmiers
	CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
	CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
	CLSC	Centre local services communautaires
	CM	Conseil multidisciplinaire
	CMDP	Comité des médecins, dentistes et pharmaciens
	CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
	CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
	CPPI	Comité des pratiques professionnelles interdisciplinaires
	CPTAD	Comité de prévention en toxicomanie et autres dépendances
	CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
	CRDITSA	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme
	CRI	Comité de la relève infirmière
	CRSP	Conseil régional sur les services pharmaceutiques
	CU	Comité des usagers
	CUCI	Comité des usagers du centre intégré
D	DACD	Diarrhée associée au clostridium difficile
	DCI	Dossiers cliniques informatisés
	DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
	DQEPE	Direction de la qualité, évaluation, performance, éthique clinique
	DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSA	Direction des services administratifs
	DSI	Direction des soins infirmiers
	DSM	Direction des services multidisciplinaires
	DSP	Direction des services professionnels
	DSPH	Direction des services professionnels et hospitaliers

E	ECG	Électrocardiographie
	EEG	Électro-encéphalogramme
	EMG	Électromyogramme
	EPC	Entérobactéries productrices de carbapénémase
	ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
	ETC	Équivalent temps complet
G	GMF	Groupe de médecin de famille
I	IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
	IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et pneumologie du Québec
L	LMRSSS	Loi modifiant le réseau de la santé et des services sociaux
	LSSSS	Loi sur les services de santé et services sociaux
M	MADO	Maladies à déclaration obligatoire
	MAPA	Monitoring ambulatoire de la pression artérielle
	MD	Médecin
	MÉLS	Ministère éducation, loisir et sport
	MOI	Main d'œuvre indépendante
	MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
	MRC	Municipalité régionale de comté
	MSSS	Ministère santé et services sociaux
N	NSA	Niveaux de soins alternatifs
O	OC	Ordonnance collective
	OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
	OMISP	Ordonnances médicales individuelles standardisées préimprimées
	ORL	Oto-rhino-laryngologie
	OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
	OSBL	Organisme sans but lucratif
P	PAD	Programme d'adaptation de domicile
	PALSP	Plan d'action local de santé publique
	PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
	PAR	Plan d'action régional
	PCI	Prévention et contrôle des infections
	PDG	Présidente-directrice générale
	PEM	Plan d'effectifs médicaux
	PMO	Plan de main d'œuvre
	PPALV	Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
	PSI	Plan de services individualisé
	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
R	RH	Ressources humaines
	RI	Ressource intermédiaire
	RNI	Ressource non institutionnelle
	RLS	Réseau local de services
	RPA	Résidences pour personnes âgées
	RTF	Ressource de type familial
	RTS	Réseau territorial des services

S	SAD	Soutien à domicile
	SAPA	Soutien à l'autonomie personnes âgées
	SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
	SARROS	Soutien Aux Régions pour le Recrutement d'Omnipraticiens et Spécialistes
	SASM	Staphylococcus aureus sensible à la méthicilline
	SIM	Suivi intensif dans le milieu
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
	SIV	Suivi d'intensité variable
	SPI	Santé Parentale et Infantile
T	TSA	Trouble du spectre de l'autisme
U	UMC	Unité multicientèle
	UMF	Unité de médecine familiale
	URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
	USC	Unité de soins critiques

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

C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles.

Le réseau de santé des Madelinots fait la fierté de la population par les soins et les services de qualité à la fois professionnels et humains. Notre organisation vise à favoriser, à simplifier l'accès aux services et à faciliter la continuité dans un souci d'efficacité, d'efficience et de pertinence. La réussite est la somme des contributions de chacun et chacune à l'amélioration continue de la qualité.

C'est dans cette vision que nous remercions :

Les membres du conseil d'administration qui représentent la population et qui sont au cœur des orientations stratégiques;

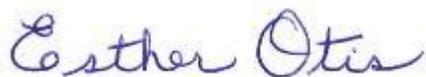
Les médecins pour leur implication et leur disponibilité à des soins de qualité;

Les gestionnaires et les directeurs qui assument quotidiennement les enjeux et les défis d'une saine gestion;

Le personnel qui assure des soins et des services dignes de mention dans l'accomplissement de leur fonction;

Tous nos partenaires, notre réseau local ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux;

Et surtout nous remercions la population de nous faire confiance en regard des soins et des services de santé.



Esther Otis
Présidente-directrice générale par intérim



Emmanuel Aucoin
Président du conseil d'administration



DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de présidente-directrice générale par intérim du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 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 2018.



Esther Otis
Présidente-directrice générale par intérim

PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION DES ÎLES-DE-LA-MADELEINE

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

Pour avoir les données statistiques à jour au fil du temps, voir le site Internet du CISSS de la Gaspésie (Section SANTÉ PUBLIQUE, statistiques régionales, documents généraux ou par thématique): <https://www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/le-cisss/statistiques-r%C3%A9gionales.html>

Les sources de données

- DUBÉ, Nathalie. Responsable régionale de la surveillance de l'état de santé de la population, Direction de santé publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Site Internet CISSS de la Gaspésie, voir adresse ci-haut.
- Statistique Canada, Recensement de la population (2016).



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

MISSION

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

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

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

VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT

Humanisme

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

Intégrité

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

Engagement

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

Excellence

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

Savoir-être

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

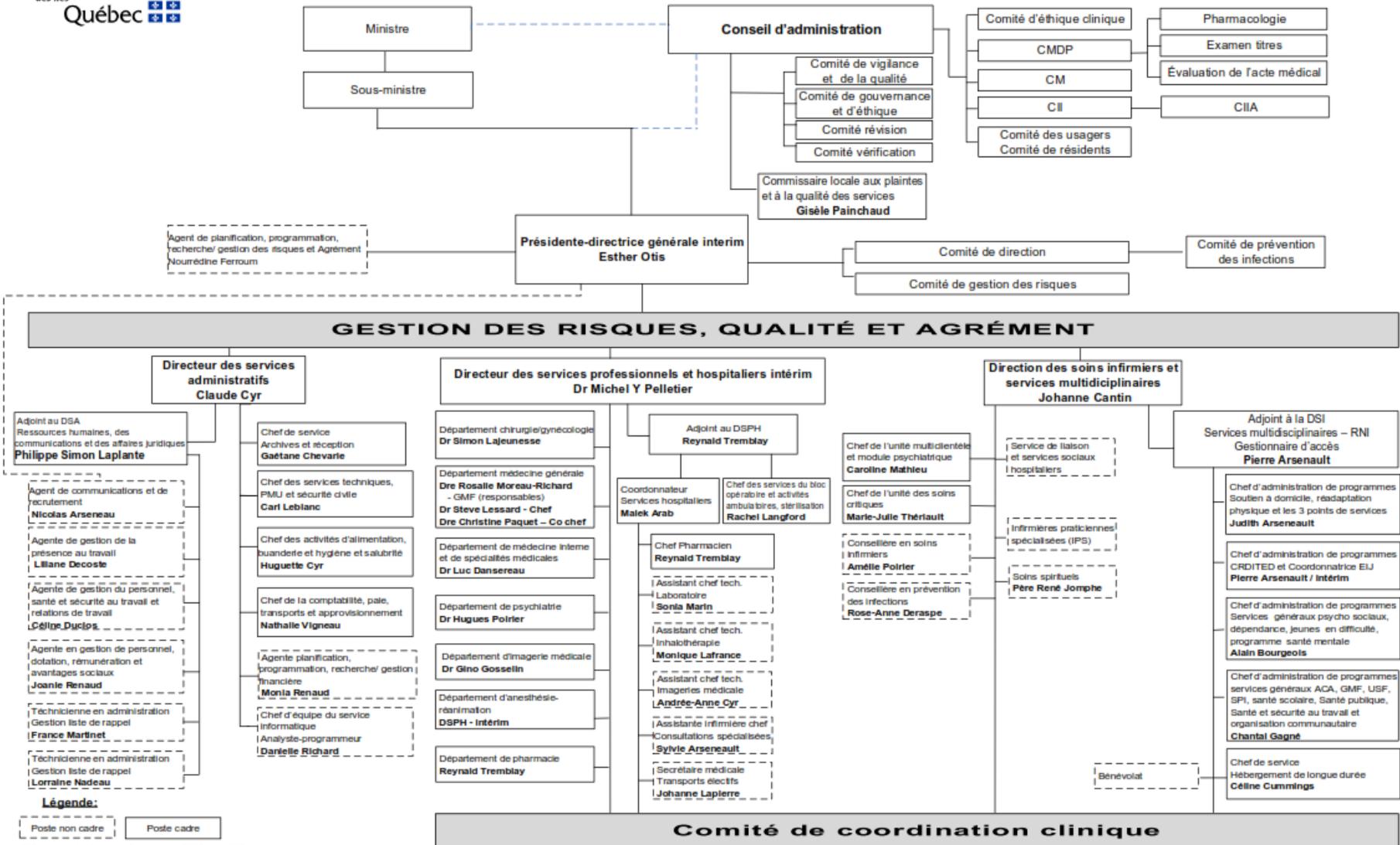
Savoir-faire

Expérience/expertise

ORGANIGRAMME



CISSS des Îles



O:\Direction générale\secrétariat\Organigramme CISSS - mars 2015.vsd
 Adopté le 30 septembre 2015
 Effectif le 2 novembre 2015
 Mise à jour : 2017-06-29

Le CISSS des Îles en bref

Budget d'exploitation de 51 911 856 \$

502 employés, 14 médecins omnipraticiens

Six médecins spécialistes, deux pharmaciens et une centaine de médecins spécialistes visiteurs

Missions légales sur sept sites : Hôpital, CLSC, CHSLD, CRDITED

Hôpital : 30 lits de courte durée, dont quatre en psychiatrie et huit lits de longue durée

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

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Membres désignés

D^{re} Amélie Hubert – Département régional de médecine générale (DRMG)

D^r Jean-Robert Leroux – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

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

M^{me} Nancy Leblanc – Comité des usagers du CISSS des Îles (CU)

Membres nommés

M^{me} Esther Otis - Présidente-directrice générale par intérim du CISSS

M. Serge Rochon - Milieu de l'enseignement

Membres indépendants

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

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

M^{me} Helena Burke – Compétence en gouvernance ou éthique

M^{me} Jacynthe Richard – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité

M^{me} Marie-Josée Noël - Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines

M^{me} Martine Martin – Expertise dans les organismes communautaires

M^{me} Gisèle Deraspe – Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux

M^{me} Céline Decoste - Jeunesse

Le conseil d'administration a tenu huit séances ordinaires et quatre séances extraordinaires. En date du 31 mars 2018, nous avons trois sièges vacants au conseil d'administration (CII, CM et Santé mentale).

Vous trouverez à la fin du présent rapport, le code d'éthique des administrateurs du CISSS des Îles - 20 janvier 2016



COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET CONSEILS PROFESSIONNELS

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Au cours de l'année 2017-2018, le comité de vérification s'est réuni à neuf reprises. Les membres du comité sont : M. Emmanuel Aucoin, président, M^{me} Jacinthe Richard, vice-présidente, M^{me} Marie-Josée Noël et M^{me} Nancy Leblanc.

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Le comité de gouvernance et d'éthique a été mis sur pied par le conseil d'administration du CISSS des Îles le 3 novembre 2015. Les membres du comité sont : M^{me} Martine Martin, présidente, M^{me} Marie-Josée Noël ainsi que M^{me} Esther Otis, présidente-directrice générale par intérim en remplacement de M^{me} Yvette Fortier qui a quitté en octobre 2017. Également, nous avons M. Serge Rochon qui a siégé au comité jusqu'à décembre 2017. Le rôle du comité est de faire des recommandations sur les principes de saine gouvernance applicables au conseil ainsi qu'aux membres qui le composent.

Plusieurs nouveaux administrateurs se sont joints au conseil d'administration durant l'année. Ils ont été accueillis par le comité et ont été soutenus dans l'intégration de leurs nouvelles fonctions. La mise en place des différentes recommandations des deux dernières années a permis une meilleure compréhension des rôles de chacun et une plus grande efficacité des rencontres du conseil d'administration.

À l'automne 2017, le comité avait planifié de faire l'évaluation annuelle du fonctionnement du conseil d'administration par une autoévaluation de chaque administrateur. Cependant, étant donné la crise interne de l'époque les membres du conseil d'administration y ont concentré leurs efforts et n'ont pas donné suite à l'autoévaluation. En effet, ils ont su se questionner et adapter leur façon de travailler face aux défis qui se sont présentés, particulièrement, la crise interne très médiatisée et le départ de la PDG. Ils ont été soutenus par deux accompagnatrices, nommées par le ministère, qui ont proposé des pistes de solution afin d'améliorer le fonctionnement. Ces recommandations ont été rapidement mises en place avec la nouvelle direction. Les membres du conseil d'administration sont satisfaits du fonctionnement actuel.

Martine Martin, présidente

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).

Au 31 mars 2017, le comité de révision est composé de : M. Gaston Bourque, D^e Amélie Hubert et D^r Jean-Robert Leroux. Le comité de révision a traité un seul dossier en 2017-2018.

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 locale aux plaintes et le gestionnaire de risques.

Le comité doit informer les membres du conseil d'administration sur les situations concernant la qualité et la sécurité des soins au niveau de la gravité et de leur évolution. Ce comité est responsable des suivis à la suite de leurs recommandations auprès du CA. Le dossier d'accessibilité des enfants aux services en santé mentale a attiré l'attention du comité de vigilance et du CA. Un service pédiatrique incluant la réadaptation et la santé mentale serait une avenue intéressante.

Au cours de l'année 2017-2018, le comité s'est réuni à trois reprises. Les membres du comité sont : M. Gaston Bourque, président, M^{me} Gisèle Déraspe, vice-présidente, M^{me} Esther Otis, présidente-directrice générale par intérim, M^{me} Nancy Leblanc, présidente du comité des usagers, M. Nourredine Ferroum, responsable de la gestion des risques et de la qualité et agrément et M^{me} Gisèle Painchaud, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

COMITÉ DES USAGERS

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

Fonctions et réalisations du comité :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et obligations;
 - Semaine des droits des usagers et différentes campagnes d'information tout au cours de l'année (capsules diffusées à la radio, publicités dans le journal local, distribution de dépliant, etc.).
 - Rencontres des résidents/familles des RI amorcées de façon mensuelle.
- Promouvoir l'amélioration et évaluer la satisfaction des usagers à l'égard des services
 - Sondage auprès de la clientèle du CLSC.
 - Évaluation de la satisfaction et de la communication (pour la clientèle des RI).
- Défendre les droits et intérêts collectifs des usagers.
 - Accompagnement et assistance de la clientèle de l'Est, ainsi que d'autres clientèles spécifiques.
- S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement du comité des résidents.

Le comité est formé de M^{me} Nancy Leblanc, présidente, M. Jacques Dehaut, vice-président, M. Serge Richard, trésorier, M^{me} Colette Petitpas, M^{me} Helena Burke, M^{me} Rachelle Richard et M. Germain Bourque. Le comité est accompagné de M^{me} Johanne Leblanc, agente de communication, et a tenu 13 rencontres.

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

Nancy Leblanc, présidente

COMITÉ D'ÉTHIQUE

Le comité a tenu quatre réunions. Cette année, aucun cas n'a été soumis au comité pour analyse. Les membres du comité sont : M^{me} Jeanne Poirier, M. Philippe Simon Laplante, M. David Thériault, Père René Jomphe, M^{me} Mélissa Bourgeois et M^{me} Manon Dubé, présidente. Trois postes sont vacants, puisque D^{re} Ychelle Fortier a présenté sa démission en décembre 2017 ainsi que M^{me} Lucie Patton.

Par conséquent, le comité est en recrutement actif dans les domaines suivants : médecine, soins infirmiers longue durée et interventions psychosociales. Il est important de préciser que pour assurer le bon fonctionnement du comité, l'accès à des membres qui représentent chacun des secteurs est essentiel. La collaboration de l'organisation et ses représentants est sollicitée afin de pourvoir ces postes.

Réalisations

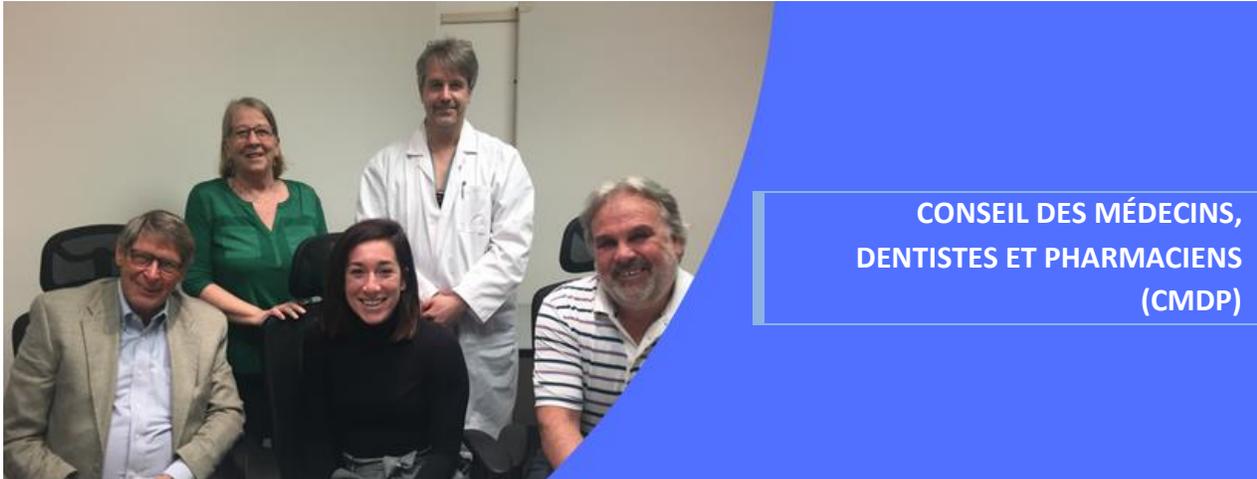
En mars 2017, M^{me} Delphine Roigt, éthicienne clinique, était présente aux Îles et a animé différentes activités planifiées avec les membres du comité :

- Rencontre du conseil d'administration où il a été discuté de gouvernance et d'éthique;
- Formation des gestionnaires sur les grands principes de l'éthique;
- Formation des membres du comité : rôles et fonctionnement du comité, perfectionnement de la grille d'analyse, cadre juridique de l'aide médicale à mourir.

Il est à souligner que la présence de M^{me} Roigt a été très appréciée et a suscité un engouement tel, qu'elle fût de retour parmi nous en début d'année 2018 pour d'autres formations et des rencontres avec un groupe de médecins, des intervenants du CISSS des Îles et des membres du comité. Le comité d'éthique tient à remercier la Direction générale d'assurer le financement de ces activités.

Finalement, cette année, certains membres du comité sont allés rencontrer à une occasion les étudiants du cours d'éthique du Cégep des Îles en procédant à une simulation d'étude de cas.

Manon Dubé, présidente



Sur la photo : M^{me} Esther Otis, D^r Simon Lajeunesse, D^r Michel Y. Pelletier, D^{re} Véronique Poirier et M. Reynald Tremblay / Absente sur la photo : D^{re} Ychelle Fortier

Le CMDP de l'Archipel est actuellement composé de vingt-trois membres actifs (quatorze omnipraticiens, sept spécialistes et deux pharmaciens. Ajoutons à ce nombre près de cent trente-quatre membres associés consultants ou dépanneurs.

Cette année, sur le plan des départs et arrivées d'effectifs locaux, notons le départ à la retraite des D^{rs} Pierre Cartwright et Serge Barrette.

Le CMDP s'est réuni à l'occasion de deux assemblées ordinaires, d'une assemblée générale extraordinaire pour l'adoption des nouveaux règlements et une assemblée générale annuelle est prévue en juin 2018.

LES COMITÉS OBLIGATOIRES

COMITÉ EXÉCUTIF

M. Reynald Tremblay, président
D^{re} Ychelle Fortier, vice-présidente
D^r Simon Lajeunesse, trésorier
M^{me} Esther Otis, PDG par intérim
D^r Michel Y. Pelletier, DSPH par intérim
D^r Patrick Blouin, membre officier
D^r Jean-Robert Leroux, membre officier
D^{re} Véronique Poirier, membre officier
M^{me} Valérie Lejeune, support clérical

Cette année, le comité exécutif a tenu huit réunions régulières et trois réunions extraordinaires. À noter que les D^{rs} Jean-Robert Leroux et Patrick Blouin ont remis leur démission pendant la dernière année.

Faits saillants et réalisations

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

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

- Nouvelles ordonnances médicales individuelles standardisées préimprimées (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 quatre années d'activités, le CPPI a bien intégré ses fonctions et est devenu un comité interdisciplinaire indispensable au fonctionnement du CMDP.

Les membres de l'exécutif ont participé aux travaux découlant du rapport et des visites des deux accompagnatrices déléguées par le MSSS. Nous avons également collaboré aux activités et travaux reliés à la visite du comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins.

Avec l'adoption de la Loi 130, l'exécutif du CMDP a dû procéder à la révision de ses règlements ; ceux-ci devront être présentés et adoptés par l'assemblée générale prévue en mai 2018. Nous avons également révisé les privilèges pour les médecins spécialistes actifs et l'exercice sera poursuivi pour les omnipraticiens également actifs. Par la suite, nous devons procéder à l'évaluation des obligations.

L'ensemble des départements cliniques devront réviser leurs règlements au cours de la prochaine année.

Il faut souligner l'entrée en fonction du D^r Michel Y. Pelletier à titre de directeur des services professionnels par intérim. Son travail et son implication ont grandement facilité les travaux du CECMDP et contribué positivement à l'avancement de plusieurs dossiers, dont la mise en place d'ententes et de corridors de service avec différents partenaires, touchant plusieurs spécialités (pédiatrie, psychiatrie, neurologie, radiologie, cardiologie, orthopédie et hématologie-oncologie). Sa présence et ses efforts contribuent à assurer une représentativité de notre milieu au niveau de plusieurs tribunes au plan régional et supra-régional.

Finalement, il faut mentionner tous les efforts fournis afin de maintenir la couverture et l'offre des services, particulièrement en chirurgie et en anesthésie durant la dernière année.

En hématologie-oncologie et en médecine interne, la situation s'est stabilisée avec le retour du D^r Dansereau et l'arrivée du D^{re} Poirier. La participation du Département de médecine générale à l'équipe d'hématologie-oncologie s'est consolidée. L'entente conclue avec des hématologues du CHU de Québec, afin d'apporter un support local et à distance à l'équipe du CISSS des Îles, répond partiellement aux besoins autant des patients que de l'équipe locale. Des contacts ont été entrepris en fin d'année afin d'améliorer ce support. Pendant la dernière année, plusieurs patients ont pu avoir accès sur place à des consultations spécialisées via la télémédecine.

COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

D^r Jean-François Noël, omnipraticien – Président

D^{re} Marie-Louise Boshouwers, omnipraticienne – membre officier

D^{re} Claudette Harvey, omnipraticienne – 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.

COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Dr Mathieu Brunet, omnipraticien - président
D^{re} Rosalie Moreau, omnipraticienne – membre officier
D^{re} Ychelle Fortier, omnipraticienne – membre officier
M^{me} Annie Chevarie, archiviste – membre officier

Le comité s'est réuni à quatre reprises.

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Dr Mathieu Brunet, omnipraticien – membre officier
Dr Luc Cyr, omnipraticien – membre officier
Mme Isabelle Daigneault, pharmacienne – membre officier
Dre Mylène Déraspe, omnipraticienne – membre officier
Mme Chantal Gagné, conseillère en soins infirmiers (en remplacement de Mme Amélie Poirier)
Dre Amélie Hubert, omnipraticienne – membre officier
Dre Joanie Hubert, omnipraticienne – membre officier
Dr Steve Lessard, omnipraticien – membre officier
M. Reynald Tremblay, pharmacien – membre officier

Le comité s'est réuni à trois reprises.

COMITÉ DE DISCIPLINE

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

Reynald Tremblay, président



Sur la photo : M^{mes} Amélie Poirier, Sandra Chiasson, Maryline Boudreau, Chantal Gagné et Mélissa Bourgeois / Absentes sur la photo : M^{mes} Annick Massé, Johanne Cantin et Esther Otis

Le CII est responsable envers le conseil d'administration d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre. Il doit faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments, sur les règles de soins infirmiers et sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le CISSS. Il donne son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région impliquant les soins infirmiers, sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population. Il est responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes : l'organisation scientifique et technique du centre, les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers, et finalement, sur toute question que la présidente-directrice générale pourrait porter à son attention.

Faits saillants et réalisations

- Tenu de sept (7) réunions ordinaires et trois (3) réunions extraordinaires avec un taux de participation autour de 75%;
- Mise sur pied de comités afin d'officialiser l'instance du CII : conseil des infirmières et des infirmiers auxiliaires; comité d'appréciation de la qualité des soins, du maintien et de la promotion de la compétence; comité de la relève infirmière (CRI) ;comité des communications.
- Participation aux activités de la semaine de la profession infirmière;
- Réalisation d'un audit sur les soins de plaies par le comité d'appréciation promotion et maintien de la compétence infirmière;
- Participation à l'accueil des nouveaux professionnels en soins infirmiers en collaboration avec la DSI-SM;
- Création d'une page Facebook, par le comité des communications, afin d'informer les professionnels en soins infirmiers des différentes activités qui leur sont offertes;
- Support au CIIA dans la mise sur pied du comité et l'élaboration du plan d'action;
- Formulation d'avis et de recommandations sur l'élaboration d'ordonnances collectives (8), règles de soins infirmiers (2) et protocole infirmier (1).

Chantal Gagné, présidente



CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Sur la photo : M. Francis Chiasson, M^{me} Amélie Lapierre, M^{me} Isabelle Décoste, M^{me} Alexandra Noël, M^{me} Andrée-Anne Poirier et M. Pierre Arsenault / Absents sur la photo : M^{me} Esther Arseneau-Forest, M^{me} Cathy Richard et M^{me} Esther Otis

Le Conseil multidisciplinaire (CM) du CISSS des Îles a pour principaux mandats d'assurer la qualité des services professionnels et de la sécurité des usagers, de viser un environnement organisationnel positif et dynamique et de favoriser le maintien des compétences de ses membres.

Le CM regroupe actuellement 95 membres impliqués dans 26 champs d'expertise de niveau professionnel et technique et ce, répartis dans les quatre catégories d'installation : Hôpital, CLSC, CHSLD, CRDITED. Le comité exécutif ayant passé de cinq à sept membres l'an dernier, le CM a fait face à une difficulté concernant la disponibilité de ceux-ci (conflits d'horaire, congés de maladie, etc.). Trois réunions ordinaires ont eu lieu durant l'année financière 2017-2018.

Faits saillants et réalisations

- Organisation, pour ses membres, d'un dîner-capsule intitulé « La peur d'avoir peur », dans le cadre de notre objectif de maintien, partage et promotion de la compétence;
- Désignation d'un membre du CM qui siègera au conseil d'administration du CISSS des Îles;
- Rédaction d'un aide-mémoire en lien avec l'uniformisation de l'accueil des nouveaux employés au CISSS des Îles (support apporté à un sous-comité du CM dans leurs travaux);
- Participation au comité paritaire de développement des ressources humaines, en collaboration avec les ressources humaines, dans le but d'assurer l'attribution des budgets de formation en fonction des besoins des employés;
- Participation au colloque de l'ACMQ à Lévis en novembre 2017, pour deux membres de l'exécutif.

Amélie Lapierre, présidente

FONDATION

La Fondation Santé de l'Archipel a pour mission d'amasser des fonds afin d'appuyer le CISSS des Iles à prévenir, guérir, soigner et soutenir pour le mieux-être et la santé de la population des Iles de la Madeleine, en offrant, en collaboration avec nos partenaires, des services de santé et des services sociaux et de réadaptation de qualité, sécuritaires, accessibles, intégrés et en continuité. Le conseil d'administration de la Fondation a tenu 10 rencontres ordinaires durant l'année financière 2017-2018. Au 31 mars 2018, les membres du conseil d'administration sont : Sony Cormier, président, Lise Leclerc, vice-présidente, Dominique Delaney, secrétaire-trésorière, Christine Paquet, Joanie Renaud, Luc Miousse, Sonia Thériault et Donald Vigneau. La permanence est assumée par Geneviève Joyal.

Nos activités de financement

- L'Équipée Santé (porte-à-porte) de novembre 2017 a permis d'amasser 49 128 \$. Ce montant a été attribué au CHSLD Eudore-Labrie pour l'amélioration du milieu de vie de nos aînés;
- La randonnée de filles en moto (3000 \$);
- La marche C.A.M.I. et la campagne du pain rose (1 880 \$);
- Spectacle-bénéfice de la Philantroupe (4 000 \$);
- Activités du comité en psychiatrie citoyenne (5 290 \$);
- La Course à obstacles « T'as pas l'tchoeur Proxim » (7010 \$);
- La 6^e édition de l'évènement « Dégustation Découverte Desjardins », une soirée exceptionnelle où l'on offrait un souper gastronomique de cinq services, s'est tenue le 24 février dernier. Cette activité a permis d'amasser une somme de 35 600 \$. Les principaux achats réalisés par la Fondation au cours de l'année financière 2017-2018;
- Cinq fauteuils spécialisés pour la salle d'hémo-oncologie Francine-Daigle, de l'équipement complémentaire et des tablettes électroniques pour les patients (50 000 \$);
- Plusieurs dons ciblés pour le CHSLD Eudore-Labrie permettant des achats pour les loisirs;
- Don ciblé d'Opération Enfant Soleil en 2017 de 31 116 \$: Une somme de 26 888 \$ sert à l'acquisition d'un moniteur de signes vitaux, d'un audiomètre pédiatrique et d'un berceau chauffant pour photothérapie, permettant d'augmenter l'efficacité du traitement de la jaunisse et assurant une meilleure guérison pour le nouveau-né. Un montant de 4 228 \$ remis au Fonds d'Entraide l'Envol contribue à améliorer le système de transport d'urgence pour les accompagnateurs.



ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2017-2018

* ÉTAT :

R = RÉALISÉE À 100 %

NR = NON RÉALISÉE À 100 %

NA = NON APPLICABLE

TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE EGI - Chapitre III »	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT*	COMMENTAIRES
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)			
Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	NR	Réalisé à 50%
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	R	
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)			
Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement. (Considérant que le plan de travail est demandé pour le 30 juin 2018, veuillez compléter la fiche en fonction de la liste qui était demandée au 30 septembre 2017)	NR	Réalisé à 20% Conformément à l'avancement du plan, seule l'identification des installations était réalisée en septembre 2017. Mise en place d'un comité de travail interprogrammes prévu à l'automne 2018

Poursuivre la mise en oeuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	NR	Réalisé à 85%. Difficulté de recrutement des parents qui répondent aux critères
Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	R	
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (Déficience)	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R	
Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	R	
ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés. Exceptionnellement, le gabarit Excel faisant état des résultats pour le respect des délais d'attente doit être transmis par courriel à madame Améline Bourque à l'adresse de courriel suivante : « ameline.bourque@msss.gouv.qc.ca » en ajoutant l'adresse : « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » en copie conforme.	R	

ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	R	
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)			
État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006 – Douleur chronique	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	R	Continuum de services en gestion de la douleur chronique avec le CISSS de la Gaspésie
Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	R	
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)			
Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	R	
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	NR	Réalisé à 80% A compléter : formation/sensibilisation du personnel avant le 31-03-2019

SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)			
Sécurité civile	<p>S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; - du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; - de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile. 	R	Élaboré en concertation avec le CISSS de Gaspésie
Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	<p>Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit :</p> <p>maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation;</p> <p>compléter la phase d'établissement du contexte du processus;</p> <p>compléter la phase d'appréciation des risques du processus.</p>	NR	Réalisé à 50 % À compléter : phases Appréciation des risques et Traitement des risques
État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	<p>Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.</p>	R	La salle de pilotage stratégique est implantée. Un bilan sera effectué avant la mise en œuvre des salles de pilotage tactiques et opérationnelles pour laquelle une formation est prévue en 2018-2019.

ENGAGEMENTS ANNUELS – EGI – Chapitre IV

	Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90% et inférieur à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

Nom de l'indicateur	Engagement annuel	Résultat au 31 mars de l'année	Engagement annuel de l'année suivante	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
DÉFICIENCES				
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA (Jours)	90	21	46	Pour répondre aux nouvelles demandes de services spécialisés en TSA, nous avons mis en place une classe ICI pouvant accueillir 5 enfants à la fois. Une APPR et deux intervenants assurent le suivi auprès des enfants et les familles, et ce, tant dans le milieu naturel que lors des jours de classe ICI.
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	100	94,7	100	
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	100	100	100	
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	100	90	

DÉPENDANCE				
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	90	97,6	97.6	Cible atteinte. Services implantés dans la région depuis plusieurs années. L'offre de service de ce programme est toutefois fragilisée en raison du transfert d'un 0,6 ETC travailleur social du programme dépendance vers le GMF
MULTIPROGRAMMES				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	75	78,26	86.6	
RESSOURCES HUMAINES				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5	6,3	5	L'établissement ne ménage aucun effort afin de maintenir et diminuer le taux d'assurance salaire en respectant son plan d'action. L'établissement compte atteindre la cible d'ici la fin de l'année. Nous avons atteint une partie des résultats.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2.95	4,05	2.95	L'établissement s'est doté d'un plan d'action et de stratégies afin de diminuer le temps supplémentaire qui a augmenté pour les titres d'emploi où il y a un manque de personnel, soit les infirmières et les pab.
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0.5	0,62	0.25	Suivi régulier.

RESSOURCES MATÉRIELLES				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité (%)	100	50	100	L'engagement n'est pas atteint : registre implanté dans 1 unité (sur un total de 2 unités concernées), Le CISSS des îles a fait appel à l'expertise d'un conseiller en hygiène et salubrité pour mener à bien ce projet.
SANTÉ MENTALE				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	27	29	27	Cible atteinte et dépassée. Pour autant, l'intensité de service demeure précaire compte tenu du peu de disponibilité des intervenants.
SANTÉ PHYSIQUE - IMAGERIE				
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	45	87,8	75	La cible est atteinte, ouverture d'autres plages surtout pour les ostéodensitométrie et formation d'une autre technologie en ostéodensitométrie.
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100	100	100	La cible est atteinte.
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100	100	La cible est atteinte.
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	40	45,9	45	La cible est atteinte, mais reste très problématique, du fait du nombre très restreint des cardiologues visiteurs et le nombre élevé de requêtes qui rentrent en continue, d'où l'importance des travaux de pertinences. Ajout de ressources (heures) pour les échographies cardiaques.

1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100	100	100	La cible est atteinte.
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	100	93,8	100	La cible est presque atteinte, ouverture de plusieurs plages et formation d'une autre technologie pour les échographies.
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100	100	100	La cible est atteinte, ouverture de plusieurs plages supplémentaires dans la semaine pour les TDM.
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	80	49,7	80	La cible n'est pas atteinte, ceci est dû principalement à la non disponibilité de l'IRM sur place. L'IRM mobile régionale assure trois visites de 10 jours par année, ce qui ne répond pas aux demandes, Plusieurs horaires sont rajoutés (y compris en soirée et en fin de semaine) lors des visites. Actuellement en discussion avec la Gaspésie pour avoir quatre visites par année ou ajouter une semaine à chaque visite.
SANTÉ PHYSIQUE - SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE				
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	1	1	1	
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	87	85,8	88.5	L'engagement est quasiment atteint malgré le départ de 2 médecins en 2017-2018. Arrivée de nouveaux médecins de famille prévue à l'automne 2018.

SANTÉ PHYSIQUE - SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE				
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	36	47	47	Les engagements sont atteints et dépassés.
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	1	1	1	
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	10	19	19	Les engagements sont atteints et dépassés.
SANTÉ PHYSIQUE - URGENCE				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	10,72	9.5	Les facteurs principaux qui expliquent la diminution de la DMS sont une meilleure prise en charge en amont et l'orientation plus rapide des usagers vers l'étage ou les soins intensifs.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	92	86,9	95	L'engagement est quasiment atteint.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	95	91,2	95	L'engagement est quasiment atteint.

SANTÉ PHYSIQUE -CHIRURGIE				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	0	0	Cible atteinte.
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90	65	90	<p>- Cible non atteinte</p> <p>- Les cas traités en chirurgie oncologique dans un délai supérieur à 28 jours sont tous des tumeurs vésicales. La problématique est connue, récurrente et difficile à régler. Même en ayant ajouté 2 visites additionnelles entre les visites de base cela n'a rien changé. Pour corriger la situation définitivement il faudrait que l'urologue fasse une visite par mois, ce qui est impossible pour le moment, ou modifier la cible à la baisse. Un processus a été mis en place afin de vérifier périodiquement les cas oncologiques dans GIC et SIMASS afin d'avoir des données réalistes.</p>
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100	75	100	<p>Cible non atteinte.</p> <p>Les cas traités en chirurgie oncologique dans un délai supérieur à 56 jours sont tous des tumeurs vésicales. La problématique est connue, récurrente et difficile à régler. Même en ayant ajouté 2 visites additionnelles entre les visites de base cela n'a rien changé. Pour corriger la situation définitivement il faudrait que l'urologue fasse une visite par mois, ce qui est impossible pour le moment ou modifier la cible à la baisse, ce qui nous a été refusé antérieurement.</p>

SANTE PUBLIQUE - INFECTIONS NOSOCOMIALES				
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)	100	ND	100	
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100	100	100	
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70	63	70	Plusieurs actions ont été réalisées au cours de l'année auprès de l'équipe médicale entre les 2 séances d'audits (diffusion des résultats, formation sur les 4 moments de l'hygiène des mains, rencontre CMDP). Le comité de gestion des risques et le CPI se sont penchés sur des moyens de sensibilisation.
SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	60 510	72 117	60 510	Engagement atteint.
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	370	376	370	Engagement atteint.
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	99,10	97	100	Engagement non atteint. Certains usagers étaient hospitalisés (non disponibles) durant la période de réévaluation/mise à jour. Une dizaine de clients avec un profil santé physique long terme ont été basculés en SAPA et les évaluations n'étaient pas à jour.

1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	59 780	67 780	59 780	Engagement atteint.
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	319	276	319	Engagement non atteint. Nous allons référer davantage aux partenaires communautaires pour les clientèles ayant des profils de 1 à 4. Nous devons différencier dans nos services les suivis SAPA des services SAD.
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES				
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	90	100	AAPA : Engagement non atteint. En 2017-2018, notre taux a diminué car nous avons dû composer avec une instabilité dans les équipes en raison de départ de plusieurs employés (retraite, changement de poste) ainsi que des absences de longue durée (maladie, maternité). Le personnel de remplacement ou nouvellement affecté à un poste était peu expérimenté et n'était pas formé dans l'approche AAPA. Un besoin de formation AAPA a été signifié au PDRH pour 2018-2019.
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	96,59	100	En raison du manque d'effectifs médicaux, il n'y a plus de médecin impliqué dans l'approche et l'établissement ne dispose pas d'une infirmière clinicienne spécialisée auprès des personnes âgées.
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	100	
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	85	86,4	89.7	Cible atteinte et dépassée.

ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Dans le cadre de l'article 25 de la Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics, il n'y a eu aucune divulgation ou communication au cours de l'exercice 2017-2018.

AGRÉMENT

Une visite d'agrément se déroulera en 2018. Les visites s'effectueront par programme-service et l'ensemble des services de l'établissement sera visité au cours du cycle d'agrément 2018-2023.

Mesures de suivi

- Reddition de comptes et suivis réguliers du gestionnaire de risques et de la qualité à la PDG;
- Présentations trimestrielles au conseil d'administration des données relatives à la gestion des risques et des actualités;
- Suivis des indicateurs de la salle de pilotage stratégique du CISSS des Îles et de la salle de pilotage stratégique du Ministère de la Santé (Comité de gestion du réseau).

GESTION DES RISQUES

Activités relatives au processus de déclaration des incidents et accidents

Formation :

- Une formation a été offerte aux Ressources Non Institutionnelles (RNI) concernant la politique de gestion des risques et les modalités de déclaration des événements indésirables.

Information et sensibilisation :

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

Informatisation des déclarations :

- L'utilisation de l'application SSSS permettra une saisie informatisée des déclarations d'incidents et accidents. Le déploiement de cette application au CHSLD Eudore Labrie a été préparé en début d'année 2018 et sera opérationnel à compter de mai 2018.

Recommandations et avis émis par le comité de gestion des risques

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

Statistiques des déclarations d'incidents et d'accidents

Un total de 711 déclarations d'incidents et d'accidents a été enregistré pour la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018 (P1-P13), soit environ **8 % de moins que pour 2016-2017** (777 déclarations).

La variation interannuelle est surtout liée à une diminution d'événements dans certaines catégories au volume significatif : chute (-11 %) et tests de laboratoire (-55 %). La réduction du nombre chutes intervient après une année où l'augmentation avait été significative. La mise en œuvre d'un programme de suivi des chutes au CHSLD a contribué à cette évolution favorable.

Tableau : Comparaison 2017-2018 vs 2016-2017 selon le type d'événement.

Type événement	2016-2017	2017-2018	Évolution (%)
Abus, agression, harcèlement, intimidation	5	6	20%
Autres	88	87	-1%
Chute	326	289	-11%
Diète	1	2	100%
Lié à l'équipement	9	4	-56%
Lié au bâtiment	1	0	-100%
Lié au matériel	9	14	56%
Lié aux effets personnels	21	24	14%
Médication	242	242	0%
Retraitement dispositifs médicaux	9	6	-33%
Imagerie	5	2	-60%
Laboratoire	42	19	-55%
Traitement	19	16	-16%
Total général	777	711	-8%

Selon leur niveau de **gravité**, les événements indésirables se répartissent comme suit :

- 548 (77,1 %)..... sans conséquences pour les usagers/résidents (indice : A à D);
- 155 (21,8 %)..... avec des conséquences mineures, sans impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation (indice : E1-E2);
- 7 (1 %)..... avec des conséquences temporaires, avec un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation (indice : F);
- 1 (0,1 %)..... avec des conséquences permanentes sur les fonctions physiques (indice : G).

Plus spécifiquement, les principaux **types d'incidents** (indices de gravité A et B) sont liés à la médication (11%; 78 incidents), aux événements de type « autres » qui correspondent majoritairement aux erreurs liées aux dossiers et bris de confidentialité (1,8%; 13 incidents) et aux tests diagnostiques (1,4%; 10 incidents).

Alors que les principaux **types d'accidents** (indices de gravité C à I) sont liés aux chutes (40,5%; 288 accidents), à la médication (23,1%; 164 accidents) et aux erreurs liées aux dossiers et bris de confidentialité (10,4%; 74 accidents).

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

	CHUTE	MÉDICATION	TRAITEMENT	DIÉTÉ	TEST Dx LABORATOIRE	TEST Dx IMAGERIE	RETRAITEMENT DISPOSITIFS MÉDICAUX	LIÉ AU MATÉRIEL	LIÉ À L'ÉQUIPEMENT	LIÉ AU BÂTIMENT	LIÉ AUX EFFETS PERSONNELS	ABUS / AGRESSION / HARCELEMENT	AUTRES	TOTAL	
INDICE DE GRAVITÉ	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
A	1	2	0	0	1	1	3	7	0	0	3	0	4	22	3,09
B	0	76	1	0	9	0	1	2	2	0	1	0	9	101	14,21
C	32	140	8	2	7	1	2	2	1	0	6	2	10	213	29,96
D	173	21	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4	11	212	29,82
E1	72	2	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	52	131	18,42
E2	6	1	0	0	0	0	0	1	1	0	14	0	1	24	3,38
F	4	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0,98
G	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,14
H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
TOTAL	NB	289	242	16	2	19	2	6	14	4	0	24	6	87	711
	%	40,65	34,04	2,25	0,28	2,67	0,28	0,84	1,97	0,56	0,00	3,38	0,84	12,24	

La tranche d'âge la plus touchée par l'occurrence d'incidents et d'accidents déclarés est celle des 75 ans et plus (57,4 % des événements).

SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Le mandat du comité est de protéger la clientèle du CISSS des Îles contre l'acquisition d'infections nosocomiales et de bactéries multirésistantes.

Faits saillants et réalisations

- Aucun cas d'ERV ni EPC nosocomial, SARM nosocomial stable;
- Diminution des infections urinaires nosocomiales au CHSLD ;
- Aucun cas de bactériémies à SARM ou SASM et diminution des pseudobactériémies ;
- Gestion proactive et efficace des éclosions et soutien dans les RNI et RPA contribuant au maintien des clientèles dans le milieu de vie et évitant un transfert vers le l'hôpital ;
- Amélioration de la conformité à l'hygiène des mains ;
- Adoption et diffusion de la politique de dépistage SARM-ERV-BMR, de la politique de gestion d'éclosion, de la procédure en cas d'éclosion d'influenza et en cas d'éclosion de gastro-entérite, de déversement biologique ;
- Élaboration d'une nouvelle grille de désinfection en collaboration avec le secteur d'hygiène et salubrité ;
- Renforcement des mesures de dépistage pour les BMR (EPC) selon INSPQ ;
- Mise en œuvre de la campagne québécoise pour des soins sécuritaires par le biais d'audits d'hygiène des mains et de surveillance des infections de site opératoire ;
- Initiation d'un projet de surveillance régionale des infections de site opératoire

Éléments de surveillance :

- Taux d'incidence des DACD nosocomiales augmenté (6,6 % p/r à 3,8% en 2016-2017) ;
- Expositions accidentelles aux liquides biologiques augmentées (8 p/r à 5)
- Ratio IPI, corridor de service en microbiologie, délai diagnostic dû au transport de spécimens de laboratoire à Québec, arrimage de services avec la santé publique

MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

- Le règlement no 18 du conseil d'administration a été révisé;
- Le protocole des mesures de contrôle a été mis à jour et rendu disponible à l'ensemble des professionnels et services utilisateurs;
- Les différents services cliniques ont poursuivi leurs activités en vue d'éviter l'utilisation de mesures de contrôle et, toute utilisation fait l'objet d'une déclaration et d'un suivi.
- La principale cause d'utilisation d'une mesure de contrôle se produit dans un contexte de prévention des infections chez les personnes présentant un trouble cognitif. Un ajout de surveillance doit être fait afin de limiter la circulation des personnes atteintes à leur chambre ou dans des lieux spécifiques à leur condition.

Comité de suivi et de surveillance

Une rencontre s'est tenue en cours d'année pour la validation de la mise à jour du protocole des mesures de contrôle.

Secteurs	Contentions physiques	Contentions chimiques	Contention physique et chimique	Contention physique et isolement	Contention physique-chimique et isolement	Isolement Chambre sécuritaire	Surv. privée À la chambre	Isolement en lien avec prévention des infections	Mesure non planifiée
CHSLD	1	1						18	18
Soins critiques				1			1		2
Module psychiatrie				1		1			
CRDI-TSA						1 ¹			

LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le mandat général de la commissaire locale aux plaintes est de s'assurer le respect des droits des usagers et le traitement diligent de leurs plaintes.

Bilan des activités

- Nombre total de plaintes reçues : 33

¹ En raison des risques de fugue, un usager reçoit les services dans une pièce sécurisée ne permettant pas l'accès aux autres espaces du bâtiment

- Concernant des problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques : 4
- Nombre de plaintes référées à la Direction des ressources humaines : 1
- Nombre d'interventions : 0
- 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 : 3
- Délai moyen pour le traitement des plaintes : 29 jours
- Nombre d'assistances faites auprès des usagers : 5

Tableau : Recommandations de la commissaire locale aux plaintes.

RECOMMANDATIONS FORMULÉES ET PRÉSENTÉES AU COMITÉ DE VIGILANCE ET À LA QUALITÉ DES SERVICES AVEC SUIVI AU CA		
Direction	Recommandation	Réglé ou en Attente
Direction des services professionnels et hospitaliers	Améliorer les conditions de transfert par DASH	À suivre
Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires RNI – SAPA- CRDITSA-	Améliorer le programme de Santé physique pour répondre aux besoins de la clientèle de moins de 65 ans	Réglé
	Améliorer la concertation des équipes de soins (2 ^e étage avec les SAD afin d'assurer un retour à domicile dans des conditions optimales	En continu
	Rappeler au personnel d'avoir une attitude professionnelle en tout temps	En continu
	Assurer un suivi et des services à la clientèle du CRDITSA après 21 ans	À suivre
	Assurer une réponse et un suivi adéquat pour la clientèle Jeunesse	En cours
	Améliorer les conditions de vie aux usagers en attente d'hébergement au 2 ^e étage	En continu
	Poursuivre le dossier d'hémodialyse. Quatre chaises prévues pour 2018	En cours
	Développer un service pédiatrique et de réadaptation aux enfants de 0-12 ans	En cours

LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Trois dossiers ont été transférés au Protecteur du citoyen : Évaluation en ergothérapie pour le programme PAD, attente de service en santé mentale pour une adolescente, hémodialyse.

Seul le dossier concernant l'évaluation en ergothérapie a fait l'objet de deux recommandations dont les mesures appropriées ont été réalisées :

R1. Évalue le domicile en fonction des risques de chute de l'utilisateur, notamment dans les escaliers, et ce, d'ici le 20 avril 2018 - La chef de l'administration des programmes et de la réadaptation physique a mandaté une ergothérapeute et un physiothérapeute pour évaluer le domicile de l'utilisateur en fonction des risques de chute. Cette évaluation sera réalisée le 17 avril 2018.

R2. Propose à l'utilisateur les mesures et les conseils nécessaires pour éliminer ou, du moins, diminuer les risques de chute à domicile, et ce, d'ici le 4 mai 2018 - Lors de cette évaluation (le 17 avril) les recommandations, conseils et mesures à prendre pour la prévention des chutes à domicile seront faits. Des documents seront remis à l'utilisateur pour un rappel des corrections à faire pour diminuer les risques de chute.

Le coroner

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

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

LE MÉDECIN EXAMINATEUR

Pour l'année 2017-2018, le médecin examinateur est le D^r Réal Cloutier et le substitut est le D^r Leroux.

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		
	2016-2017	2017-2018
CISSS des Îles	1	4
TOTAL	1	4
DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT		
	Nombre de plaintes	Délai moyen
Plaintes médicales	4	49 jours
OBJETS DE PLAINTES MÉDICALES CONCLUS PAR MOTIF		
Motifs	Nombre de dossiers	
Accessibilité	1	
Relations, attitudes	3	
Soins et services	0	
TOTAL	4 dossiers	

PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT

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

Informations	Centre hospitalier de l'Archipel
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	33
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	29
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	Sans objet
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	0
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	10
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	7
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	6
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auxquels il a été soumis)	30

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

Activité	Information demandée	10 décembre 2016 au 9 juin 2017	10 juin 2017 au 9 décembre 2017	10 décembre 2017 au 31 mars 2018
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	58	50	44
Sédation palliative	Nombre de sédations palliatives continues administrées	3	2	2
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0	0	1
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0	0	0
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0	0	1 En cours d'évaluation au 31 mars 2018

INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

En 2017-2018, le CISSS des Îles a consolidé les actions de communication nécessaires pour informer la population de l'offre de service de l'établissement. Les moyens utilisés les plus courants s'avèrent, l'affichage interne, les médias locaux, les réseaux sociaux ou encore le site Internet.

L'établissement s'est également investi dans différentes activités visant la concertation des partenaires du milieu. Par sa participation à des tables et à des comités, par des échanges avec les élus ainsi que par sa présence à différentes rencontres, le CISSS des Îles a traduit, dans la dernière année, sa volonté d'être un partenaire de premier plan pour les Madelinots et les Madeliniennes. Dans un objectif d'amélioration continue, des sondages ont également été distribués aux usagers, aux résidents ainsi qu'aux familles afin de connaître leur satisfaction à l'égard des différentes prestations de soins et de services. De plus, conformément à la loi en vigueur, les séances du conseil d'administration du CISSS sont ouvertes à la population et une période de questions est prévue à chaque rencontre.

En somme, des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître leur satisfaction ont été mis en place et demeurent en processus continu d'amélioration. D'ailleurs, différents documents structurant les activités de communication internes et externes seront revus au cours de la prochaine année.

RÉALISATIONS DES DIRECTIONS DE L'ÉTABLISSEMENT

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSI-SM)



Sur la photo : M^{mes} Céline Cummings, Chantal Gagné, Johanne Cantin, Caroline Mathieu, Marie-Julie Thériault et Judith Arseneau / Absents sur la photo : MM. Pierre Arsenault et Alain Bourgeois

Nous dispensons des soins et des services sur l'ensemble du continuum pour toutes les clientèles tant en promotion, prévention, traitements, réadaptation, hébergement et des soins de fin de vie. Les soins et services sont offerts en milieu hospitalier, en CHSLD, en ambulatoire et dans la communauté. Pour les services spécialisés et ultraspecialisés non disponibles sur le territoire, nous bénéficions d'ententes de services avec des établissements régionaux et suprarégionaux. Nous sommes responsables du contrôle de la qualité de l'activité professionnelle et du développement de la pratique professionnelle, de la prévention et du contrôle des infections, et de la direction de la cancérologie.

Nos services couvrent les quatre missions offertes par l'établissement ainsi que l'entièreté des programmes-services soit :

- Programme des services généraux, d'activités cliniques et d'aide;
- Programme perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Programme déficience physique
- Programme santé physique
- Programme santé mentale
- Programme soutien à l'autonomie des personnes adultes et hébergement
- Programme jeunes en difficultés
- Programme dépendance
- Programme déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.
- Ainsi que la gestion de services transversaux notamment par le soutien à domicile, les services de réadaptation, les soins palliatifs, la maltraitance chez les aînés et la réduction des mesures de contrôles.

Nous assurons également la gestion locale du programme santé publique et de la santé et de la sécurité au travail pour le territoire des Îles sous la direction régionale de la santé publique du CISSS

de la Gaspésie. Nous offrons nos services dans sept installations réparties sur le territoire, dont l'Île d'Entrée qui est reconnue à titre de dispensaire.

SOINS INFIRMIERS

Faits saillants et réalisations

- Élaboration de la règle de soins 12 *Documentation en soins infirmiers*
- Formation sur les rôles et outils cliniques destinés aux infirmières et infirmiers auxiliaires dans le cadre de la visite de surveillance générale de l'OIIAQ.
- Visite de l'OIIAQ
- Formation de 21 infirmières sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique : enfant, adulte, aîné
- Formation sur l'administration des immunoglobulines humaines (Privigen)
- Audits cliniques au CHSLD sur :
 - La qualité de la note d'évaluation de l'état de santé physique et mentale ainsi que la présence de constats et de directives au plan thérapeutique infirmier (PTI) et de la qualité de celui-ci.
 - La réalisation d'une évaluation infirmière avant et après l'administration de la médication, ainsi que sur la présence des constats et directives au PTI.
 - La présence d'une échelle de BRADEN et des directives au PTI se rapportant au risque de plaies
 - L'évaluation des suivis d'évolution de plaies à l'aide de l'outil standardisé de Crystal NET.
 - Le taux de conformité à l'égard des recommandations liées à l'évaluation des risques de plaies.
 - La qualité du contenu retrouvé dans l'évaluation du risque de chute
 - La qualité du contenu retrouvé à même l'utilisation des outils de suivi clientèle, la présence de constats et directives au PTI, et la documentation en lien avec les chutes.
 - L'utilisation des outils de documentation spécifiques aux SCPD et du PTI.
 - L'inscription au PTI et aux formulaires de déclaration pour les mesures de contrôle.
- Collaboration avec le CECII pour la relance et la mise sur pied des comités formés.

UNITÉ DES SOINS CRITIQUES

Ce service comprend l'urgence et les soins intensifs. Nous sommes également désignés centre de traumatologie primaire. La dernière année fut marquée par :

Faits saillants et réalisations

- Augmentation de volume au niveau du nombre de visites, nombre de patients sur civières, nombre d'ambulances, nombre de personnes de 75 ans et plus, et en santé mentale. Malgré ces augmentations, la DMS s'est améliorée dans la majorité des domaines.
- Formation de mise à jour au triage pour toutes les infirmières a été dispensée;
- Comité de travail sur le triage mis sur pied dans un objectif d'amélioration continue;
- Audits sur les délais de prise en charge réalisés pour la clientèle ayant reçu la thrombolyse coronarienne. Le taux de conformité est de 100%;
- Mise en application de la nouvelle échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (ÉQTPT);
- Téléthrombolyse AVC avec le CHU de Québec : le délai « porte à aiguille » attendu est respecté et se situe même au-delà des attentes;

- Appréciation positive par la CNESST de la salle d'isolement de l'urgence;
- Atteinte et dépassement des cibles ministérielles selon les ententes de gestion.

STATISTIQUES DE L'UNITÉ DE SOINS CRITIQUES			
	2016-2017	2017-2018	Écart
Nombre de visites	21 849	22 547	698
Civières	2 248	2 610	362
Taux d'occupation des civières	50%	51%	1%
Durée moyenne de séjour (EG 12h)	12	10,7	-1,3h
% de la clientèle, dont le délai de prise en charge médicale est de moins de 2 h (EG 92%)	89%	87%	-3%
% clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures (EG 95%)	93%	91%	-2%
% de séjour de plus de 24 heures	13%	7,4%	-5,6%
% de séjour de plus de 48 heures	2%	0,9%	-1,1%
Soins intensifs/jours présence	691	726	35
Taux d'occupation	63%	66%	3%
Admission soins intensifs	281	336	55

UNITÉ MULTICLIENTÈLE

Nous offrons des services de courte durée (épisode de soins aigus) en médecine, chirurgie, gériatrie, pédiatrie, périnatalité, soins palliatifs et en psychiatrie.

L'approche adaptée à la personne âgée fait partie intégrante de l'offre de service en soins aigus.

Les soins en psychiatrie sont offerts dans un module attenant aux lits de courte durée. Le CISSS des Îles s'inspire du plan d'action en santé mentale 2015-2020 et tend à appliquer les orientations qui y sont inscrites. L'approche du rétablissement et un travail interdisciplinaire sont préconisés.

L'équipe de l'unité multiclientèle soutient les personnes en fin de vie. Une chambre de soins palliatifs avec un salon attenant permet à la personne et à sa famille de partager le plus de temps possible.

En périnatalité, l'établissement souscrit au programme AMPRO qui consiste en une approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux. Nous prôtons l'accompagnement des femmes, en accord avec leur plan de naissance, l'allaitement maternel, si cela est le choix de la mère, et la cohabitation. L'implication du père est souhaitée et valorisée au cours du séjour de la famille à l'hôpital.

Faits saillants et réalisations

- Obtention du prix Reconnaissance AMPRO pour une deuxième année consécutive. (Ce prix souligne l'engagement des intervenants à réaliser avec succès l'entièreté des activités prévues pour assurer la sécurité des soins à la clientèle)
- Aménagement physique du module de psychiatrie pour répondre aux normes de sécurité en cours
- Déploiement d'un plan de formation pour l'ensemble des employés œuvrant au module
- Mise à niveau de l'utilité souillée et des réserves de l'unité

- Accueil de 8 lits d'hébergement à l'unité multicientèle suite à l'obtention de lits d'hébergement dans le cadre des NSA. Ces lits seront éventuellement relocalisés;
- Mise en place d'une structure permettant la dispensation du 2e bain à la clientèle hébergée.

STATISTIQUES À L'UNITÉ MULTICIENTÈLE			
** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée	2016-2017	2017-2018	ÉCART
Jours présence chirurgie	428	495	67
Jours présence médecine	3136	2755	(381)
Jours présence gériatrie active	649	1527	878
Jours présence médecine LC	2647	285	(2362)
Jours présence hébergement CHSLD au CH ²	NA	1816	1816
Jours présence obstétrique	234	248	14
Jours présence pédiatrie	31	10	(21)
Jours présence soins palliatifs	116	170	(54)
Jours présence soins palliatifs LC	185	180	(5)
Jours présence hébergement temporaire	20	15	(5)
Jours présence répit évaluation	NA	74	74
Jours-présence en psychiatrie dans lits de santé physique	144	246	102
Jours présence courte durée (23 lits)	7590	5989 ²	1601
Taux d'occupation courte durée	90.41%	71.34% ³	(19.07%)
Admissions courte durée	707	868	161
Jours présence total psychiatrie ⁴	1189	1270	81
Jours présence psychiatrie légale	195	134	(61)
Jours présence psychiatrie (4 lits)	1045	1040	(5)
Taux d'occupation psychiatrie module +psy. léale	84.93%	80%	(4.93%)
Admissions psychiatrie	51	59	53
Nombre d'admission de naissances	78	93	15
Pouponnière jr présence	181	173	(8)
Réadmission pouponnière	2	5	(3)
Nombre de cas ambulatoire de chirurgie d'un jour	18	24	6

SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES ET PROGRAMMES-SERVICES

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 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'offre de service en soutien à domicile s'adresse à une clientèle de tous les âges et de tous les profils, ayant une incapacité à se déplacer pour venir chercher ses services en milieu hospitalier ou ambulatoire. Notre offre de service répond à des besoins de services professionnels à domicile (soins infirmiers, médecins, ergothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique, intervenants

² Places hébergement octroyées par le MSSS en 2017-2018 installées en CD (année incomplète)

³ Exclut les lits de CHSLD

⁴ Inclus les jours présence en santé physique

psychosociaux, inhalothérapeutes, nutritionnistes), des services d'aide et d'assistance (activités de la vie quotidienne par allocations directes, achats de services ou auxiliaires de la santé et des services sociaux du CISSS) et des mesures de soutien aux proches aidants (répit, présence-surveillance).

Faits saillants et réalisations

- Respect des critères d'admissibilité en SAD par le MSSS; soit la clientèle avec un profil iso-smaf de 4 et plus. La clientèle avec un profil iso-smaf inférieur à quatre est dirigée aux partenaires du réseau (CAB, ESSAD, SAGÎM, APPUI, etc.);
- Intensification de l'offre de service SAD pour les clientèles avec un profil iso-smaf supérieur à 10 et pour les clientèles en attente de relocalisation;
- Bonification de l'équipe psychosociale avec la création d'un quatrième travailleur social dans le programme SAPA-Santé physique SAD;
- Déploiement des Outils de cheminement cliniques informatisés;
- 97 % de la clientèle SAPA, DP-DI-TSA ont une évaluation OEMC et un plan d'intervention à jour;
- Implantation des composantes du réseau de services intégrés des personnes âgées à 95%;
- Acquisition du logiciel Qualicode pour la gestion des routes des auxiliaires de la santé et des services sociaux et des infirmières à domicile;
- Augmentation de 13 % des clientèles suivies par un médecin à domicile (24 % des usagers en 2016-2017 à 37 % des usagers en 2017-2018)
- 19 % de la clientèle suivie en soins palliatifs à domicile est décédée dans leur milieu de vie.

	Nombre d'interventions		Nombre d'usagers	
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018
Soins infirmiers à domicile	9 640	11 047	421	486
Inhalothérapie à domicile	618	577	51	56
Aide à domicile	41 764	45942	263	258
Psychosocial à domicile	4 374	3 88	445	450
Ergothérapie à domicile	254	330	89	98
Physiothérapie à domicile	517	595	105	122
Nutrition à domicile	0	20	0	5

Clientèle	2016-2017		2017-2018	
	Nb d'usagers	Nb d'interventions	Nb d'usagers	Nb d'interventions
PALV	267	42684	271	41 544
DP	77	5 026	73	5 889
DI-TSA	89	3 037	72	4 604
SM	5	484	6	621
Post-op	102	1 230	132	1 770
Soins palliatifs	30	828	47	3 991
Santé physique – court terme	32	177	58	651
Santé physique – long terme	100	3 711	89	3 059
Total	641	57 179	695	62 359

Ces données proviennent de la banque de données de la RAMQ (I-CLSC) après 13 périodes de l'année financière ciblée (2016-2017 et 2017-2018)

Programme DP-DITSA (services spécifiques et spécialisés)

Le mandat est d'offrir, sur référence, des services spécifiques et spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale de même que des services de soutien aux proches et à l'entourage en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Pour le volet déficience physique, nous répondons aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une incapacité significative et persistante ainsi qu'aux membres de leur entourage.

Faits saillants et réalisations

- Instauration d'un guichet d'accès unique multi clientèle pour recevoir toutes les nouvelles demandes de services psychosociaux et de réadaptation physique, afin de simplifier l'accès accessibilité et favoriser l'accompagnement;
- Consolidation de plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité des services (guichet unique programme, détermination de la nature des services, orientation, délais d'accès et désignation des intervenants pivots);
- Déploiement du nouveau cadre de référence en transférant des techniciens en éducation spécialisée vers les services spécifiques;
- Implantation d'un cadre de référence de la pratique psychosociale en déficience physique, intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme;
- Évaluation des charges de travail des intervenants offrant des services individualisés;
- Mise en place d'une classe en intervention comportementale intensive (ICI) pour répondre aux besoins des enfants âgés de moins de 5 ans atteints du trouble du spectre de l'autisme;
- Entente de partenariat avec l'Association des personnes handicapées des Îles pour la mise en place d'un hébergement spécialisé en trouble du comportement ou en trouble grave du comportement (projet pilote);
- Formation des intervenants sur l'évaluation des besoins des usagers avec l'outil d'évaluation multi clientèles (OEMC et PSIAS) et l'instrument de détermination et classification des services de soutien et d'assistance en ressources non institutionnelles.

HÉBERGEMENT INSTITUTIONNEL ET NON INSTITUTIONNEL

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

Nombre de résidents : 64, 62 admis CHSLD, 1 lit de répit, 1 lit de soins palliatifs;

Un Comité des résidents : composée de 9 membres, rencontres mensuelles.

Un Comité milieu de vie : composé de 9 membres, rencontres trimestrielles.

Faits saillants et réalisations

- Réalisation du sondage sur la qualité de vie en CHSLD auprès des résidents et des familles en collaboration avec le comité des résidents;
- Participation au projet de révision de l'offre alimentaire en CHSLD. L'offre alimentaire répond aux exigences de qualité attendues.
- Visite d'évaluation du MSSS sur de la qualité du milieu de vie. Le rapport de visite est très satisfaisant.
- Mise en place du projet milieu de vie en CHSLD;
- Octrois de la Fondation Santé de l'Archipel pour favoriser la mise en oeuvre du concept milieu de vie. Les fonds reçus serviront à la création d'un local SNOEZELEN, au rehaussement de l'ameublement et à l'achat de matériel sociocréatif et thérapeutique;

- Mise en application d'un plan d'action en prévention des chutes en réponse au nombre de chutes déclarées;
- Mise en place du concept de préposés accompagnateurs
- Réorganisation de travail sur l'unité des résidents en lourde perte de mobilité afin d'assurer de soins et de service sécuritaires pour le résident et pour le personnel.
- Atteinte de tous les objectifs liés à l'entente des meilleurs pratiques conclue entre la PDG et le ministère en novembre 2016;
- Amorce de la démarche OPUS en CHSLD : Démarche de dé-prescription des antipsychotiques.
- Atteinte de tous les objectifs fixés dans le cadre du plan d'action de l'OIIQ;
- Amorce de la prestation des deuxièmes bains;
- Amorce de la révision de l'offre de loisir.

SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

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

Faits saillants et réalisations

- Reconduction des ententes de collaboration avec les centres de la petite enfance et organisation de l'Embellie;
- Consolidation des suivis pour les jeunes requérant une intervention de 2e ligne et de 3e ligne en santé avec les visites régulières de deux pédopsychiatres.
- Amorce avec la direction des services professionnels d'un projet favorisant la mise en place de pédopsychiatre répondant;
- Augmentation du nombre de visites des pédopsychiatres contribuant à réduire les listes d'attente;
- Augmentation de l'offre en psychologie par l'ajout d'un poste de psychologue pour le programme Jeunes en difficulté;
- 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;
- Évaluation systématique des demandes de services par un professionnel de l'équipe psychojeunesse favorisant un accès plus rapide aux services;
- Mise en place d'un service d'évaluation et de prise en charge court terme pour les nouvelles demandes.

SERVICES GÉNÉRAUX, ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE ET GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE (GMF)

Le secteur des services généraux offre des services diversifiés tel que : services de santé courants, suivis de plaies, suivis des maladies chroniques, planification familiale, cliniques d'anticoagulothérapie, service de santé parentale et infantile (SPI) (incluant le suivi de grossesse et pédiatrique), service d'accueil clinique, suivis chirurgie bariatrique, nutrition clinique. Le secteur GMF bénéficie de l'expertise d'infirmières cliniciennes qui participent en suivi conjoint avec le médecin au suivi de clientèles avec pathologies diverses.

Faits saillants et réalisations :

- Amorce d'une réorganisation au GMF, afin d'augmenter l'accessibilité à leur médecin de famille pour les usagers;
- Augmentation du nombre d'algorithmes à l'accueil clinique, afin de faciliter l'accès au diagnostic de certaines pathologies chez la clientèle ambulatoire;
- Consolidation de l'inclusion du travailleur social avec l'équipe GMF;
- Certification de consultante en lactation de l'infirmière en SPI, permettant ainsi d'améliorer les chances de poursuite de l'allaitement maternel lorsque celui-ci est problématique;
- Amorce de la réorganisation du service de nutrition clinique avec l'ajout d'un professionnel en nutrition pour desservir la clientèle en néphrologie avec l'arrivée éventuelle du service d'hémodialyse

Réadaptation physique

Nous répondons aux besoins de réadaptation des clientèles de tous les âges et de tous les profils dans les différentes missions de l'organisation (USC, UMC, SAD, CHSLD, CRDI)

Faits saillants et réalisations

- Instauration d'un mécanisme d'accès deux fois semaine pour prioriser les demandes;
- Consolidation de l'offre de service par programmes-services;
- Prise en charge du volet du prêt d'équipements;
- Mise à jour des listes d'attente de la réadaptation physique

Programme santé mentale

Faits saillants et réalisations

- Équipe regroupée (services psychosociaux, santé mentale et dépendance);
- Dépôt au MSSS d'un projet d'innovation en réadaptation pour la clientèle santé mentale;
- Consolidation du comité de psychiatrie citoyenne avec des rencontres régulières des partenaires et des activités de sensibilisation et d'information sur la santé mentale;
- Réduction de la liste d'attente en psychothérapie par la mise en place de groupe de psychothérapie;
- Démarche du DSP pour établir un corridor de services spécialisés avec la clientèle jeunesse;
- Réalisation d'une cartographie de l'offre de service en santé mentale visant l'ensemble du continuum;
- Soutien du comité de prévention en toxicomanie et autres dépendances;
- Transfert de temps travailleur social au GMF;
- Collaboration avec les services 2e ligne du CISSS de la Gaspésie selon l'organisation régionale de service trajectoire entre la 1re et la 2e ligne.

Type d'interventions	2016-2017	2017-2018
Interventions de suivi de crise	10 usagers 54 interventions	8 usagers 53 interventions
Services ambulatoires en santé mentale	221 usagers 1922 interventions	222 usagers 2587 interventions
Services spécialisés en santé mentale	99 usagers 992 interventions	162 usagers 935 interventions
Services intensifs dans la communauté	5 usagers 299 interventions	5 usagers 387 interventions
Services d'intensité variable dans la communauté	29 usagers 756 interventions	30 usagers 755 interventions
Services externes en toxicomanie	38 usagers 267 interventions	31 usagers 131 interventions
TOTAL	402 usagers 4290 interventions	458 usagers 4848 interventions

Programme dépendance, services spécifiques

Faits saillants et réalisations

- Soutien du comité de prévention en toxicomanie et autres dépendances;
- Travailleur social transféré au GMF et assume les services de dépendance 14 heures/semaine;
- Collaboration avec les services 2e ligne du CISSS de la Gaspésie selon l'organisation régionale de service trajectoire entre la 1re et la 2e ligne.

SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique regroupe plusieurs volets : l'organisation communautaire et soutien au développement des communautés, adaptation et intégration sociale des enfants 0-5 ans et leur famille, service de santé scolaire, cessation tabagique, dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITSS), clinique jeunesse, activités de promotion de la santé et de prévention de prévention maladie, santé au travail.

Faits saillants et réalisations

- Offre de service de clinique jeunesse augmentée jusqu'à l'âge de 24 ans;
- Ajout d'une présence infirmière scolaire au Centre de formation aux adultes à raison de 3 heures par semaine;
- Amorçe de la planification d'un programme de dépistage à la clientèle des 4e et 5e secondaire avec le programme « Je passe le test » offert dans les écoles;
- Consolidation de l'inclusion de la nutritionniste durant les cours prénataux;
- Consolidation du poste de gestionnaire en santé publique au niveau local;
- En collaboration avec les partenaires du milieu, soutenir, développer, consolider et assurer la pérennité de différents services pour les jeunes vivant avec un handicap afin de les intégrer dans les loisirs estivaux de la Municipalité et contribuer au programme de surveillance scolaire pour les 12-21 ans.



Sur la photo : M. Reynald Tremblay, M^{me} Rachel Langford et D^r Michel Pelletier / Absent sur la photo : M. Malek Arab

À la suite de la démission du D^r Marcel Couture, le poste de directeur des services professionnels et hospitaliers intérimaire a été confié, par résolution du CA, au D^r Michel Y. Pelletier, à raison de deux semaines par mois.

FAITS SAILLANTS ET RÉALISATIONS

Suite à un audit médico-administratif de l'établissement initié par le MSSS, une accompagnatrice médicale a été nommée et celle-ci après quelques semaines d'observation, a proposé un plan d'action concernant plusieurs volets de l'activité médicale et médico-administrative. Les principaux éléments de ce plan d'action étaient les suivants :

- Reprise du fonctionnement des comités médico-administratifs et nomination des membres;
- Création de la Table des chefs de Département et début de son fonctionnement; quatre réunions ont été tenues pendant l'année;
- Relance du comité de recrutement médical;
- Nomination d'un nouveau chef du Département de médecine générale et de coordonnateurs pour les différents secteurs cliniques, dont le service d'urgence et les secteurs de l'hospitalisation courte, soins prolongés et soins à domicile;
- Nomination de deux co-chefs du GMF;
- Révision du programme de douleur chronique et de la trajectoire clinique sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur.

En plus de la conduite et de la révision mensuelle du plan d'action, des activités ont été entreprises pour consolider les services médicaux spécialisés :

- Interventions auprès du RUIS-Laval pour identifier des centres parrains et améliorer les corridors de services dans les domaines de l'orthopédie, de la pédopsychiatrie et de l'oncologie;
- Signature d'une entente de services avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent en cardiologie incluant l'échographie cardiaque à distance et la clinique de cardiostimulateurs;

- Travaux de planification visant le développement d'une unité satellite de suppléance rénale et financement annoncé par le Ministre;
- Activités internes de recrutement en anesthésiologie et en chirurgie générale afin d'éviter des bris de service au bloc opératoire.

Médecine spécialisée

- Arrivée d'une nouvelle interniste.

Chirurgie générale

- Départ du seul chirurgien en janvier 2018, mais permanence des services assurés grâce à une équipe de plus de 10 membres associés provenant de plusieurs régions du Québec;
- Retour d'une chirurgienne absente de l'établissement.

Imagerie médicale

- Début des activités d'un radiologiste membre actif qui sera présent 17 semaines par année en plus de couvertures des services à distance.

Médecine générale

- Départ à la retraite de deux médecins.

Psychiatrie

- Participation aux travaux de planification en vue du dépôt au MSSS d'un projet de développement de quatre places de réadaptation pour la clientèle adulte de santé mentale.

Enseignement

- Gynécologie : 2017-2018 : une résidente et cinq externes.
- Médecine familiale : En 2017-2018 : huit externes et sept résidents
- Projets SARROS avec étudiants en médecine (stage d'été) : À l'été 2017, nous avons accueillis six étudiants pendant quatre semaines. Leurs projets s'intitulaient :
 - Étude des infections des sites opératoires;
 - La pseudo-bactériémie;
 - Projet de soins palliatifs;
 - Portrait des grossesses à risque.

Recrutement

- Participation du responsable du recrutement, le coordonnateur des services hospitaliers M. Malek Arab, à la Journée Carrière en octobre à Montréal, avec Dre Véronique Poirier, Drs Steve Lessard et Hugues Poirier;
- Participation au salon des résidents à Bromont et à Québec (M. Arab);
- Participation au colloque des externes (M. Arab);
- En janvier 2018, visites des universités de Montréal, Sherbrooke, Trois-Rivières et Laval pour du recrutement pour les projets SARROS (M. Arab).

Services hospitaliers

Sous la direction des services professionnels et hospitaliers, 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.

Il faut préciser que le laboratoire ne fait plus partie du CISSS des Îles, mais du CHUQ.

Le coordonnateur supervise les équipes dont la gestion quotidienne est partiellement réalisée par des assistants-chefs. Voici quelques faits marquants qui ont touché ces services dans la dernière année.

Imagerie médicale

- Plusieurs cas d'infiltrations sont pris en charge dans le Département d'imagerie;
- Ajout d'heures en échographie cardiaque et en ostéodensitométrie pour contribuer à diminuer la liste d'attente et d'atteindre nos cibles et celles du MSSS;
- Nouvel appareil de graphie mobile sera opérationnel en juillet 2018;
- Nouveau TDM acquis et sera opérationnel en juillet 2018;
- Nouvelle salle de scopie opérationnelle en juillet 2018;
- Acquisition d'une armoire d'entreposage des sondes pour se conformer aux exigences de l'INSP;
- Acquisition d'un Trophon pour la stérilisation des sondes pour se conformer aux normes.

TYPE D'EXAMEN	NOMBRE 2016-2017	NOMBRE 2017-2018
Graphie	12 387	12 832
Scopie	509	220
Ostéodensitométrie	553	280
TDM	3 363	5 880
Échographie (incluant l'obstétrique)	3 162	4 230
Biopsies et interventions sous écho	133	144
Mammographie	1 400	1 606
Résonnance magnétique	584	144
Angiographie en salle d'opération	31	53
Échocardiographie	707	564
Examens au chevet du patient	216	165
Total :	23 045	25 029

Laboratoire

- 1er avril 2017, transfert des budgets de laboratoire au CHUQ dans le cadre du projet Optilab;
- Le personnel du laboratoire devient des employés du CHUQ;
- Le laboratoire fait partie de la grappe 3;
- Les statistiques feront partie du rapport annuel du CHUQ.

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 2 étudiants ; 1 de l'Université Laval et 1 de l'Université de Montréal;

TRANSACTION JOURNALIÈRE	2016-2017	2017-2018
Moyenne par période (28 jours)	340	414
Total annuel	141 798	150 543

Inhalothérapie

- L'entente VitalAire fut révisée avec ajout d'une demi-journée pour chaque inhalothérapeute;
- Deux nouveaux respirateurs sont acquis (Evita Infinity V500);
- Mise en place et démarrage de la clinique MPOC (maladies pulmonaires obstructives chroniques).

DÉPARTEMENT	2016-2017	2017-2018
Inhalothérapie	64 292	69 877
Physiologie respiratoire	54 265	65 705

Électrophysiologie :

Le nombre total des examens est 6 316. Nous avons connu une diminution pour les EMG, car les visites des neurologues sont restreintes. Nous n'en avons eu qu'une en 2017.

La diminution des Holter et MAPA est due au fait que les vacances ne sont remplacées qu'en partie, ce qui amène moins de jours pour l'installation des appareils.

DÉPARTEMENT	NOMBRE D'EXAMENS 2017-2018
ECG repos	4 888
Tapis roulant	424
Holter	290
EEG	61
MAPA	215
EMG	54
Total d'interventions	6 316

Télésanté

Un total de 454 inscriptions a été recensé dans l'interface de réservation intégrée des systèmes de visioconférence (IRIS) du RUIS-Laval, ce qui représente une diminution comparativement aux 675 inscriptions de l'année dernière. Les catégories de visioconférences sont réparties de la façon suivante : 21 % représentent des activités de téléformation, 10 % sont des activités de téléconsultation avec ou sans patient (discussion de cas) ou de téléinterprétation et, finalement, 69 % 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, du personnel et des médecins.

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

- suivi post chirurgie bariatrique : 11 interventions
- suivi de plaies complexes : 4
- suivi en lipidologie : 4
- suivi en oncologie : 13
- autres : gériatrie, santé mentale, pédopsychiatrie, réadaptation : 11

Une nouvelle activité de télésanté est développée : la télélipidologie en partenariat avec le RUIS-UL et le CHU de Québec. Quatre séances de téléconsultations avec patients (16 patients) ont eu lieu cette année.

Projets à venir

Nous travaillons actuellement au développement de projets de télésanté avec le RUIS-UL et le centre de coordination du 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;
- Téléorthopédie en partenariat avec le Centre de coordination en télésanté RUIS-UL et l'hôpital Enfant-Jésus;
- 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 de l'œil seront interprétées à distance par un ophtalmologiste de Québec.

Consultations spécialisées

- Nombre de consultations dans les spécialités médicales : pneumologie, cardiologie, dermatologie, allergies, hématologie, rhumatologie, cardiologie neurologique, gastrologie et autres est passé de 2517 à 2608.
- Le nombre de consultations en médecine interne est de 1858, dont 220 de suivi en immunologie.
- Pour les consultations chirurgicales : ORL, orthopédie, ophtalmologie, plastie, urologie le nombre est de 6351.
- Le nombre de consultations en gynéco-obstétrique est de 1556.
- Le nombre de consultations en chirurgie générale est de 1751 (clinique) et de 651 (bureau).
- Les examens effectués (audiogramme, champs visuels, photothérapie, bilan urodynamique et biométrie) est de 1556.
- Accès priorisé aux services spécialisés : déploiement des formulaires de la phase 1 (9 formulaires), épuration administrative et clinique de la liste d'attente de ces 9 spécialités.
- Ajout d'une deuxième salle de consultations équipée pour le gynécologue.
- Projet de reconstruction d'une nouvelle salle d'attente pour répondre aux normes.

TRANSPORTS ÉLECTIFS

- L'accès limité à la résonance magnétique ainsi que les demandes de requêtes d'exams urgents, compte tenu de la gravité de certains cas, ont occasionné une hausse de demandes des transports.
- Le nombre total des usagers transférés est de 1986 (2017-2018) et le nombre de voyages ou déplacements électifs pour cette même période est de 3972, avec une augmentation de transferts en Dash et en Jet.

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

Bloc opératoire

Faits saillants et réalisations

- Départ à la retraite du D^r Lester Duguay après plus de 30 ans au service de la population madelinienne.
- Poursuite des visites d'une équipe de chirurgiens remplaçants pour pallier à l'absence du D^r Marjolaine Bourque et du poste vacant.
- Départ du D^r Hubert Veilleux au début janvier 2018, laissant vacant un deuxième poste de chirurgien.
- Poursuite du support des anesthésistes remplaçants pour pallier aux deux PREM non comblés en anesthésie.
- Finalisation des plans et devis pour la construction d'une réserve d'équipements et d'une réserve de fournitures médicales pour le bloc opératoire et début des travaux à l'automne 2017 à l'unité d'un jour et au bloc à l'hiver 2018.
- Perte de 50% des effectifs infirmiers au bloc suite à deux départs à la retraite et deux changements de secteur, nécessitant plusieurs mois d'orientation pour le nouveau personnel. Le maintien des compétences est un défi constant.
- Formation SIPO reçue par l'ensemble du personnel du bloc.

Endoscopie

- Poursuite des travaux de mise à niveau dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal.
- Mise en service de la nouvelle salle d'endoscopie digestive à l'été 2017.
- Visite additionnelle de 4 jours par l'équipe de gastro-entérologues de Lévis afin de diminuer la liste d'attente en gastroscopie. Soixante-quinze patients ont été vus et 63 examens ont été réalisés.
- L'année 2017 marquait les quarante années de service aux Îles du Dr Raymond Bourdages comme gastro-entérologue.

Hémato-oncologie et médecine de jour

- Stabilisation de l'équipe médicale locale en hémato-oncologie. Quatre médecins assurent le suivi des patients avec les hémato-oncologues de Québec.
- Réorganisation du travail en regard de la rotation du personnel infirmier dans les secteurs de l'hémato-oncologie, de la médecine de jour, de la préadmission et du bloc opératoire.
- Début des consultations médicales en oncologie par visio.

- Élaboration du plan d'action en cancérologie 2017-2018.
- Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action pour la trajectoire poumon dans le cadre d'un projet.
- Mise en place d'un comité de patients partenaires en oncologie. Ce comité a tenu 5 rencontres durant l'année.
- Tournage de vidéos pour présenter de façon virtuelle le service d'hémo-oncologie de l'hôpital de l'Archipel et les services connexes disponibles sur notre territoire. Un plan de communication est en élaboration.
- Achat par le Fonds Francine Daigle de 5 tablettes numériques pour permettre l'accès à de l'information et de la formation pour les patients en salle de traitement via le site « Faisons équipe contre le cancer » du CISSS de la Gaspésie.
- Formation d'un comité de travail pour la mise en place de la détection de la détresse et de son suivi, chez les patients atteints de cancer.

NOMBRE DE VISITES - BLOC OPÉRATOIRE ET SERVICES AMBULATOIRES		
	2016-2017	2017-2018
Médecine de jour	2 259	2 341
Clinique de préadmission	882	859
Chirurgie d'un jour	682	743
Chirurgie et autres interventions admises	199	196
Autres chirurgies et interventions ambulatoires	465	420
Endoscopie (nombre de patients)	1015	1355
Nombre d'examens en endoscopie (coloscopie, rectoscopie, gastroscopie et cystoscopie)	1083	1456
Visites oncologie	1728	2196
Nombre de patients différents en oncologie	166	219
Oncologie (nombre de traitements)	505	549
Urgence oncologique	13	4
Visites infirmière pivot oncologie	898	737
Autres traitements et procédures oncologies	312	443

Unité de retraitement des dispositifs médicaux

Ce service regroupe des activités liées au processus de nettoyage, de désinfection, de stérilisation, d'entreposage et de distribution des dispositifs médicaux qui doivent être retraités de façon à permettre leur réutilisation en vue de soins et de services aux usagers.

- Poursuite des travaux sur les plans de réaménagement pour la mise aux normes de l'URDM. Les travaux sont débutés depuis le début 2018.



Sur la photo : M. Carl Leblanc, M^{me} Nathalie Vigneau, M^{me} Huguette Cyr, M. Claude Cyr, M^{me} Gaétane Chevarie et M. Philippe Simon Laplante

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

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

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES, COMMUNICATIONS ET AFFAIRES JURIDIQUES

Le service des ressources humaines, communications et des affaires juridiques assure l'application d'un ensemble de politiques, règlements, processus et le soutien aux gestionnaires et à l'organisation en matière de développement organisationnel, d'organisation du travail, de formation, de gestion de la contribution, de relations de travail, de dotation, de gestion de la présence au travail incluant la santé et sécurité au travail, et de rémunération et avantages.

Faits saillants et réalisations

- Élaboration et mise en œuvre d'un plan de recrutement découlant de la planification de la main-d'œuvre;
- Réalisation du projet d'optimisation de la gestion des horaires, des relevés de présence et de la paie qui a permis d'économiser en date du 31 mars, 25.5 heures;
- Réalisation du projet des affichages électroniques des postes et à date fixe (3 fois par années);
- Actualisation du protocole d'entente visant à rehausser les postes des infirmières afin d'accroître notre capacité de recrutement;

- Création d'un poste d'agent de communication et de recrutement (entrée en fonction 29 janvier 2018) et d'un poste d'agent de gestion du personnel (entrée en fonction en avril 2018);
- Création du comité de la promotion de la civilité et de la prévention du harcèlement et mise en œuvre du plan de déploiement des activités de promotion et de prévention.
- Création d'un poste de directeur des ressources humaines, communications et affaires juridiques (processus de sélection en cours).

Tableau : Embauches et départs

Embauches et départs		
	2016-2017	2017-2018
Embauches	66	65
Départs	71	79

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE), la cible allouée au CISSS des Îles n'a pas été respectée. À cet effet, les paramètres d'ajustement de la cible 2017-2018 ne considèrent pas l'augmentation des heures en lien avec les investissements visant le développement des places en CHSLD, les soins d'hygiène en CHSLD, le programme de soutien à domicile, ainsi que l'impact des heures en prêt de services pour certains dossiers, tel que celui du projet d'Optilab.

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

11044088 - CISSS des Îles		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2017-04-02 au 2018-03-31	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	43 201	257	43 458	24	32
	2015-16	40 127	110	40 237	22	27
	2016-17	34 023	221	34 245	19	21
	2017-18	35 020	82	35 102	19	25
	Variation	(18,9 %)	(68,3 %)	(19,2 %)	(19,4 %)	(21,9 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	60 066	457	60 523	34	45
	2015-16	65 495	722	66 217	36	51
	2016-17	66 353	813	67 166	37	51
	2017-18	69 966	756	70 722	39	56
	Variation	16,5 %	65,5 %	16,9 %	16,0 %	24,4 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	238 872	5 680	244 552	130	175
	2015-16	234 943	4 548	239 491	128	182
	2016-17	238 600	5 552	244 152	130	177
	2017-18	234 671	9 348	244 020	127	172
	Variation	(1,8 %)	64,6 %	(0,2 %)	(2,1 %)	(1,7 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	331 909	6 349	338 258	185	251
	2015-16	331 876	6 075	337 950	185	247
	2016-17	330 062	7 188	337 250	184	253
	2017-18	323 654	6 067	329 721	181	257
	Variation	(2,5 %)	(4,4 %)	(2,5 %)	(2,4 %)	2,4 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	104 867	1 354	106 221	54	94
	2015-16	102 314	1 914	104 228	53	101
	2016-17	102 519	2 698	105 216	53	98
	2017-18	111 212	2 510	113 722	58	108
	Variation	6,1 %	85,4 %	7,1 %	6,8 %	14,9 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	671	30	700	0	3
	2015-16	715	10	725	0	3
	2016-17	914	19	932	1	3
	2017-18	1 321	23	1 344	1	6
	Variation	97,0 %	(23,2 %)	91,9 %	91,9 %	100,0 %
Total du personnel	2014-15	779 586	14 126	793 713	427	544
	2015-16	775 470	13 379	788 848	425	549
	2016-17	772 471	16 490	788 961	423	555
	2017-18	775 844	18 786	794 631	425	558
	Variation	(0,5 %)	33,0 %	0,1 %	(0,5 %)	2,6 %

Source : Ministère santé et services sociaux.

CONTRATS DE SERVICE

Contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	0	0 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	4	1 186 444 \$
Total des contrats de service	4	1 186 444 \$

¹ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

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

SERVICE DE L'INFORMATIQUE

TI – Entente CHU de Québec-Université Laval

Depuis la mise en place de l'entente de service avec le CHU de Québec – Université Laval qui a pris forme le 1^{er} avril 2017, nous constatons une nette amélioration de notre capacité à progresser pour offrir les nouveaux services nécessaires à notre développement, aux attentes et aux objectifs du ministre dans ses travaux prioritaires. Entre autres, très rapidement, le dossier problématique du PACS s'est finalisé avec une amélioration importante du fonctionnement de celui-ci et l'ouverture des accès à distance pour les radiologistes. Cette entente de services permettra de rendre disponible une meilleure qualité d'outils et de données pour les professionnels en plus de livrer de meilleur service à l'utilisateur. De plus suite au dépôt d'une analyse de notre infrastructure et de nos équipements par la direction des ressources informationnelles du CHU de Québec, un programme d'investissement autorisé et supporté par le MSSS est en cours pour la modernisation des TI du CISSS des Îles. La satisfaction du personnel local œuvrant en TI est facilement palpable depuis le début de la réorganisation, tout comme la fluidité et l'efficacité du traitement des requêtes et des dossiers, du jamais vu localement.

SERVICES TECHNIQUES

Au cours de l'année, plusieurs travaux de rénovations de plancher et de peinture ont eu lieu dans l'ensemble du CLSC, ainsi qu'à l'urgence. Aussi plusieurs travaux de réaménagement ont eu lieu dans les secteurs suivants;

- Deux salles de bains au CHSLD Eudore Labrie
- Remplacement système de cloches d'appels
- Remplacement de compresseurs d'air médical
- Mise aux normes dispositifs antiretour chaque installation et chaque sortie d'eau et entrée d'eau principales
- Installation de deux portes pour risque de fuites au CHSLD Eudore Labrie
- Loyer du sous-sol de la maison Labrie
- Bureau du gynécologue
- Endoscopie
- Réserve et utilité propre à l'unité d'un jour
- Réserves à l'unité multientière et utilité souillée
- Aile des consultations spécialisées
- Locaux temporaires pour la stérilisation
- Salle d'attente urgence et triage

- Locaux du plateau de travail
- Locaux des inhalothérapeutes
- Plusieurs bureaux de professionnels
- Sécurisation de l'environnement de l'unité d'hospitalisation en santé mentale

Mise en place d'un hôpital d'urgence afin de parer en cas d'éventuel désastre en sécurité civile

Récupération de chaleur

Depuis l'hiver dernier, le CISSS des Îles utilise un système de récupération d'énergie, qui provient de la centrale thermique d'Hydro-Québec située à proximité. La mise en place de ce procédé a permis un arrêt complet des fournaies qui étaient utilisées auparavant. Cette modification représente plus de 1 555 tonnes de CO2 non rejeté, ce qui est l'équivalent d'environ 450 véhicules, ainsi qu'une économie de 400 000 \$ pour l'établissement. Nous pouvons également déjà affirmer que les pertes de chaleur sont moins importantes que prévues. Alors qu'elles étaient d'abord estimées à trois degrés, ces dernières s'élèvent plutôt simplement à 0,5 degré Celsius. En ce qui concerne le fonctionnement, Hydro-Québec transfère de l'eau chaude dans un conduit à l'aide d'un système de pompage alors qu'un système d'échangeurs de chaleur à l'hôpital récupère l'énergie. Deux conduits de 90 000 litres font la boucle entre les deux établissements situés à 1,6 kilomètre l'un de l'autre. Ce système permet au CISSS de chauffer trois bâtiments, soit plus de vingt et un mille mètres carrés.

RÉCEPTION, ARCHIVES ET TÉLÉCOMMUNICATION

Un premier pas vers la numérisation des dossiers fut franchi dans le secteur du soutien à domicile. Au niveau de l'accès prioritaire aux services spécialisés, nous avons consolidé nos processus de travail pour les neuf premières spécialités du projet tel que le prévoit la priorisation du MSSS.

SERVICE DES FINANCES

Le MSSS a reconnu les efforts considérables du CISSS des Îles en matière de gestion administrative, ainsi que le statut particulier d'insularité. L'établissement a réussi au cours de la dernière année à faire valoir le rehaussement significatif de 4,9 M\$ de sa base de financement, ce qui a contribué à l'atteinte des objectifs d'équilibre budgétaire en 2017-2018, alors qu'un surplus de 1 384 299 \$ s'est dégagé au terme de l'exercice financier.

SERVICE ALIMENTAIRE

Offre alimentaire au CHSLD Eudore-LaBrie

Dans le but d'assurer une saine nutrition aux résidents et de promouvoir le plaisir de manger en CHSLD, le MSSS a mis de l'avant une démarche de révision de l'offre alimentaire en centre d'hébergement de soins de longue durée.

C'est dans ce contexte que le CISSS des îles a présenté au MSSS, l'offre alimentaire actuelle au centre d'hébergement Eudore-LaBrie.

En date du 8 mai 2017, le CISSS des îles a reçu de la part de la sous-ministre adjointe, M^{me} Lyne Jobin, la confirmation que notre établissement répondait aux attentes ministérielles pour les six éléments attendus dans le cadre du projet provincial.

SERVICE D'HYGIÈNE & SALUBRITÉ

Service de nuit en Hygiène et salubrité

Depuis le 2 avril 2017, le service d'hygiène et salubrité offre une couverture de nuit, cinq nuits par semaine, du dimanche au vendredi matin pour couvrir les situations d'urgence en courte durée. L'offre de service a été bonifiée à coût zéro en heures travaillées. La réorganisation d'une route de travail de soirée vers le quart de nuit, a permis cette amélioration.

MOT DE LA DIRECTION

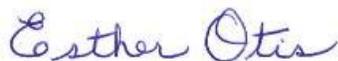
Les états financiers du Centre intégré de Santé et de Services sociaux des Îles ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables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

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

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

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

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



Esther Otis
Présidente-directrice générale



Claude Cyr
Directeur des services administratifs

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 2018		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Non-respect des normes comptables canadiennes pour le secteur public relativement à la comptabilisation des contrats de location d'immeubles	2011-2012	R	Directive du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Aucun commentaire ou observation						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Nous avons relevé des cas de non-conformités à la "Directive concernant les frais de déplacement des personnes engagées à honoraires par les organismes publics.	2013-2014	C	Sera réglé en 2018-2019		PR	
Non respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux		C	En surplus pour l'exercice 2017-2018	R		
Cas de non-conformité au Manuel de gestion financière	2016-2017	C	Les autorisations ont été obtenues	R		
Aucun commentaire ou observation						
Rapport à la gouvernance						

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

Programmes	Exercice		Exercice	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	594 118	1.18 %	476 129	0.98 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	2 049 079	4.07 %	2 249 593	4.61 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	9 814 099	19.50 %	9 121 643	18.71 %
Déficience physique	764 248	1.52 %	724 188	1.49 %
Déficience intellectuelle et TSA	3 830 400	7.61 %	3 400 622	6.98 %
Jeunes en difficulté	315 227	0.63 %	180 261	0.37 %
Dépendances	24 459	0.05 %	61 919	0.13 %
Santé mentale	2 588 269	5.14 %	2 509 142	5.13 %
Santé physique	17 694 707	35.16 %	17 585 779	36.07 %
Programmes soutien				
Administration	3 846 018	7.64 %	3 864 336	7.93 %
Soutien aux services	4 273 063	8.49 %	4 317 177	8.86 %
Gestion des bâtiments et des équipements	4 537 289	9.01 %	4 259 616	8.74 %
Total	50 330 976	100 %	48 750 405	100 %

Il est possible de consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur le site Internet de l'établissement, pour plus d'information sur les ressources financières.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

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

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

Pour l'année 2017-2018, aucun cas de manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été soulevé.

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.....	10
SECTION 4 — APPLICATION.....	12
ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE	17
ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE	18
ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE.....	19
ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	20
ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	21
ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS	22
ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN.....	23

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. FONDEMENT LÉGAL

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

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

3. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

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

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

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

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

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature

financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances⁵.

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.

⁵ BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

1. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

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

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

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

2. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

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

2.1. Disponibilité et compétence

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

2.2. Respect et loyauté

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

2.3. Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

2.4. Transparence

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

2.5. Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres

personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

2.6. Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

2.7. Relations publiques

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

2.8. Charge publique

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

2.9. Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

2.10. Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

2.11. Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

1. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
2. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
3. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
 - a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
4. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
5. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

6. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

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

Section 4 – APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

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

9. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

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

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

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

10. COMITÉ D'EXAMEN AD HOC

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

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

11. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

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

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

- 11.5.** Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.
- 11.6.** Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 11.7.** Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 11.8.** Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
 - a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 11.9.** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- 11.10.** Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 11.11.** Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu

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

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

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

12. NOTION D'INDÉPENDANCE

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

13. OBLIGATIONS EN FIN DU MANDAT

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

_____	_____	_____
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