



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 18-19

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

Québec 

Cette publication est une production du
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

430, chemin Principal
Cap-aux-Meules (Québec), G4T 1R9
Téléphone : 418 986-2121
Télécopieur : 418 986-6845

Le *Rapport annuel de gestion 2018-2019* a été adopté par le conseil d'administration lors de la séance régulière du 12 juin 2019.

Vous trouverez le rapport annuel de gestion 2018-2019, le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2018-2019, 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	4
Le message des autorités	7
La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	8
La présentation de l'établissement et les faits saillants	9
L'établissement.....	9
La mission	9
Les valeurs.....	9
L'organigramme	10
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	11
Le conseil d'administration	11
Les comités, les conseils et les instances consultatives	12
Les faits saillants	19
La direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires	19
La direction des services administratifs.....	30
La direction des services à l'organisation clinique.....	32
La direction des ressources humaines, communication et affaires juridiques	34
La direction des services professionnels et hospitaliers	36
Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	40
Chapitre III : Les attentes spécifiques.....	40
Chapitre IV : Les engagements annuels.....	46
Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	53
L'agrément.....	53
La sécurité et la qualité des soins et des services.....	53
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement.....	59
La divulgation des actes répréhensibles	61
L'examen des plaintes et la promotion des droits	60
L'information et la consultation de la population	60
L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	61
Les ressources humaines	62
La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	62
Les ressources financières	64
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	64
L'équilibre budgétaire	65
Les contrats de services	65
L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	66
La Fondation Santé de l'Archipel	68
Annexe : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	70

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 exécutif 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
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	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
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	Dossier clinique informatisé
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 de Québec
L	
LMRSSS	Loi modifiant le réseau de la santé et des services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et services sociaux
LC	Long terme, lit courte durée
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	Maladie pulmonaire obstructive chronique
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	Ordonnance médicale individuelle standardisée préimprimée
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	Personne 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	Ressource humaine
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial des services

S

SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des 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 multiclientèle
UMF	Unité de médecine familiale
URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
USC	Unité de soins critiques

Le message des autorités

Une autre année riche en réalisations s'est terminée avec un fier sentiment d'accomplissement. Ceci grâce à la mobilisation et l'engagement de tout le personnel qui gravite autour et pour notre clientèle.

L'année 2018-2019 aura permis de bonifier notre offre de services grâce au financement additionnel reçu du MSSS notamment en regard des personnes âgées en perte d'autonomie et des clientèles adultes vulnérables en déficience intellectuelle, en trouble du spectre de l'autisme et en santé mentale. D'autres financements sont attendus pour 2019-2020 afin de permettre le rehaussement de nos équipes cliniques et l'intensification de nos services de première ligne et de proximité.

De plus, une des grandes priorités cette année était la planification de la main-d'œuvre (PMO). Une analyse en profondeur a été réalisée et la mise en œuvre des recommandations est en cours.

La clientèle nous fait part régulièrement de leur grande satisfaction des soins et services reçus par du personnel imprégné de valeurs tels l'humanisme, l'engagement, l'excellence, le savoir-être et le savoir-faire. Nous les remercions chaleureusement.

Nous anticipons avec enthousiasme les défis des prochaines années et la poursuite des travaux afin de répondre aux besoins de notre population.

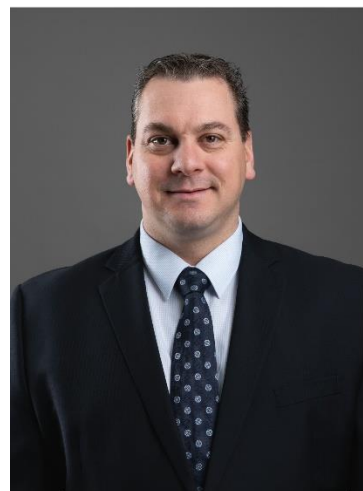
Nous sommes tous conviés à agir ensemble, pour aller plus loin, dans la même direction.



Jasmine Martineau
Présidente-directrice générale



Emmanuel Aucoin
Président du conseil d'administration



La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 du CISSS des Îles :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- Exposent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus ;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare donc qu'à ma connaissance 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 2019.

A handwritten signature in blue ink, reading "Jasmine Martineau". The signature is fluid and cursive, with the first name and last name clearly distinguishable.

Jasmine Martineau
Présidente-directrice générale

La présentation de l'établissement et les faits saillants

L'établissement

La 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 centre hospitalier (CH), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme (CRDITSA).

Le CISSS des Îles a la responsabilité d'offrir l'accès aux services et a pour mandat de dispenser des services en lien avec ses missions 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.

Les valeurs

L'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.

L'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.

L'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.

L'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.

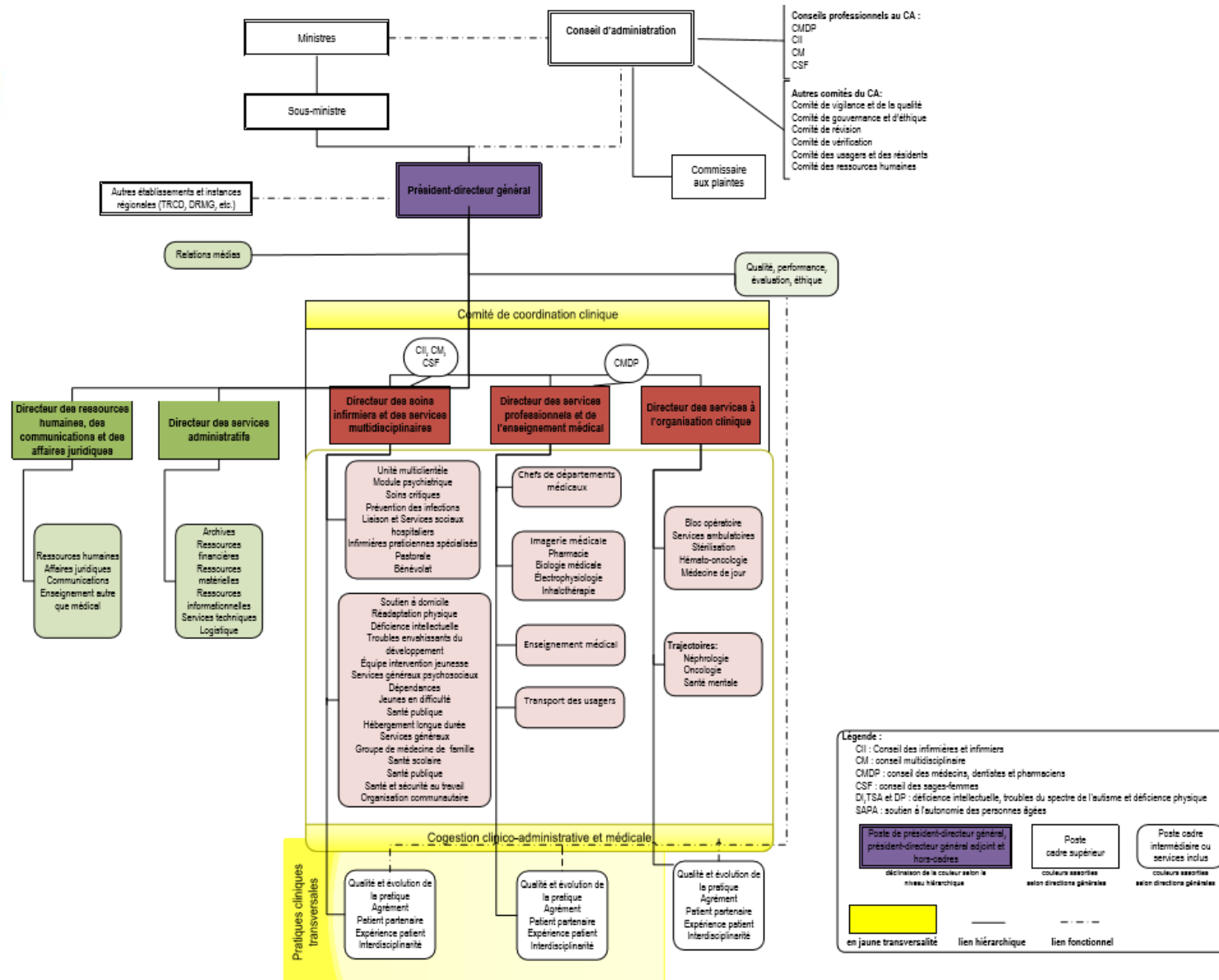
Savoir-être : Savoir vivre en communauté organisationnelle (attitude positive, respect).

Savoir-faire : Expérience/expertise

L'organigramme



Janvier 2019



Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

Le conseil d'administration

Membres désignés

M^{me} Miriam Gaudet-Chiasson – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

D^r Simon Lajeunesse – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

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

M^{me} Alexandra Noël – Conseil multidisciplinaire (CM)

D^{re} Christine Paquet – Département régional de médecine générale (DRMG)

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

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} Céline Decoste – Expertise en protection de la jeunesse

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

M^{me} Martine Martin – Expertise en organisation communautaire

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

Membre d'office

M^{me} Jasmine Martineau – Secrétaire – Présidente-directrice générale du CISSS des Îles

Membre observateur

M. Donald Vigneau – Président de la Fondation Santé de l'Archipel

Le conseil d'administration a tenu six séances ordinaires et deux séances extraordinaires. En date du 31 mars 2019, nous avons quatre sièges vacants au conseil d'administration (Compétence en gouvernance ou éthique, Compétence en gestion de risques, finance et comptabilité, Expertise en santé mentale et Milieu de l'enseignement).

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

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de vérification

Au cours de l'année 2018-2019, le comité de vérification s'est réuni à sept reprises. Les membres du comité sont : M. Emmanuel Aucoin (président), M^{me} Nancy Leblanc, M^{me} Céline Decoste ainsi que M^{me} Marie-Josée Noël.

Le rôle du comité est de s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi, de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement, de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance, d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration, de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers ainsi que de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats.

Comité de gouvernance et d'éthique

Les membres du comité sont M^{me} Martine Martin (présidence), M. Gaston Bourque, M^{me} Céline Decoste et M^{me} Jasmine Martineau.

Le rôle du comité est de faire des recommandations sur les principes de saine gouvernance applicables au conseil ainsi que sur la composition du conseil. Les membres du comité éthique et gouvernance se sont réunis à quatre reprises et ont traité des dossiers suivants :

- Suivi de l'évaluation d'Agrément Canada sur le fonctionnement du conseil d'administration;
- Mise à jour de l'autoévaluation des administrateurs;
- Mise à jour de l'évaluation du fonctionnement conseil d'administration, compilation et analyse des données et rédaction des recommandations.

De manière générale, les membres du Conseil d'administration sont satisfaits de son fonctionnement. Tous considèrent leur mandat d'administrateur avec sérieux et une formation est prévue pour avril 2019.

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. Le président du comité de révision est nommé parmi les membres du conseil d'administration. Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Le comité de révision est composé de : M. Gaston Bourque, D^{re} Amélie Hubert et D^r Jean-Robert Leroux. Le comité de révision n'a pas traité de dossier cette année.

Comité de vigilance et de la qualité

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

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

Au cours de l'année 2018-2019, le comité s'est réuni à cinq reprises. Les membres du comité sont : M. Gaston Bourque (président), M^{me} Gisèle Deraspe (vice-présidente), M^{me} Nancy Leblanc, M^{me} Marilyne Lapierre (responsable de la gestion des risques et de la qualité et agrément), M^{me} Gisèle Painchaud (commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services) et M^{me} Jasmine Martineau (présidente-directrice générale et secrétaire).

Comité d'éthique

Les membres du comité sont : M^{me} Manon Dubé (présidente), M^{me} Jeanne Poirier, M. Philippe Simon Laplante, M. David Thériault, Père René Jomphe, M^{me} Mélissa Bourgeois, M^{me} Éva Cormier-Langford, M^{me} Esther Arseneau-Forest et M^{me} Judith Arseneault. Nous sommes très heureux d'avoir une relève pour poursuivre les mandats du comité et réaliser les défis qui s'annoncent.

Les membres du comité se sont réunis à quatre reprises et ont traité des dossiers suivants :

- Un cas a été analysé et a nécessité deux rencontres de travail;
- Élaboration du cadre conceptuel et promotion à faire;
- Cette année, les membres du comité sont allés rencontrer à deux occasions (octobre et avril) les étudiants du cours d'éthique du Cégep des Îles en procédant à une simulation d'étude de cas.

Comité des ressources humaines

Au cours de l'année 2018-2019, le comité de ressources humaines s'est réuni à sept reprises. Les membres du comité sont : M. Emmanuel Aucoin (président), M^{me} Nancy Leblanc, M^{me} Céline Decoste, M^{me} Marie-Josée Noël ainsi que M^{me} Jasmine Martineau. Le mandat de ce comité est de superviser le recrutement, la rétention, la communication interne et externe, les relations humaines au sein de l'organisation portant sur nos valeurs ainsi que le suivi du plan d'accompagnement du ministère.

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. 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. Le comité a tenu 10 rencontres et a traité les dossiers suivants :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et obligations;
 - Activités diverses afin de rencontrer les usagers
 - Rencontre avec divers organismes du milieu
 - Capsules radio et publicités dans le cadre de la Semaine des droits des usagers
 - Contenus divers sur l'écran du CLSC
- Promouvoir l'amélioration et évaluer la satisfaction des usagers à l'égard des services
 - Sondage aux usagers concernant le transport électif
 - Sondage auprès des organismes et associations qui accompagnent les usagers dans les trajectoires de soins spécifiques
- Défendre les droits et intérêts collectifs des usagers.
 - Congrès du RPCU
 - Comités de vigilance et qualité, gestion des risques et conseil d'administration
- S'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement du comité des résidents.

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.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le CMDP du CISSS des Îles est actuellement composé de : 25 médecins membres actifs, cinq médecins membres associés, deux pharmaciens et six dentistes. Ajoutons à ce nombre près de 114 membres associés consultants ou professionnels-dépanneurs.

Le CMDP s'est réuni à l'occasion de deux assemblées ordinaires, d'une assemblée générale spéciale pour l'adoption des nouveaux règlements et une assemblée générale annuelle est prévue en juin 2019.



*D^r Simon Lajeunesse, M^{me} Jasmine Martineau, D^{re} Véronique Poirier, M. Reynald Tremblay, D^{re} Ychelle Fortier, D^r Philippe Demers et D^r Serge Gravel.
(Absent de la photo : D^r Michel Y. Pelletier)*

Comité exécutif

M. Reynald Tremblay, président

D^{re} Ychelle Fortier, vice-présidente

D^r Simon Lajeunesse, trésorier

D^r Philippe Demers

D^{re} Véronique Poirier

D^r Michel Y. Pelletier, directeur des services professionnels et hospitaliers par intérim

M^{me} Jasmine Martineau, présidente-directrice générale

M^{me} Sarah Leblanc, support clérical

Cette année, le comité exécutif a tenu six réunions régulières, trois réunions extraordinaires et une séance de travail.

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.

Découlant du travail de plusieurs comités, l'exécutif a approuvé différents documents et mises à jour de :

- Nouvelles ordonnances médicales individuelles standardisées préimprimées (OMISP);
- Ordonnances collectives (OC);
- Nouveaux protocoles médicaux;
- Nouvelles feuilles de suivi systématique.

Les membres de l'exécutif ont continué de participer 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.

Découlant de l'adoption de la Loi 130, l'exécutif du CMDP a procédé à la révision de ses règlements ; ceux-ci ont été présentés et adoptés par l'assemblée générale le 8 mai 2018. Nous

avons également révisé les privilèges et les obligations pour les médecins spécialistes et l'exercice est complété également pour les omnipraticiens.

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

Le CECMDP a travaillé en collaboration avec le D^r Michel Y. Pelletier, DSPH, et, récemment avec le D^r Serge Gravel, à l'avancement de plusieurs dossiers, dont la mise en place d'ententes et de corridors de service avec différents partenaires touchant plusieurs spécialités (chirurgie, anesthésiologie, pédiatrie, psychiatrie, neurologie, radiologie, cardiologie, orthopédie, microbiologie-infectiologie et hémato-oncologie).

Nous avons travaillé aussi dans les dossiers suivants : l'implantation du service de suppléance rénale, la clinique d'évaluation et de suivi des douleurs chroniques en collaboration avec le RUIS Laval, la disponibilité d'évacuation d'urgence avec EVAQ ainsi que d'autres fournisseurs, l'acheminement et la gestion des résultats de laboratoire, la fermeture du service de cryothérapie esthétique.

Nous sommes à planifier une formation sur la pertinence des actes médicaux pour la prochaine année.

Comité d'examen des titres

D^r Jean-François Noël – président, D^{re} Claudette Harvey et D^r Benoit Lord

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

CEAMDP

D^{re} Rosalie Moreau – présidente, D^r Mathieu Brunet, M^{me} Annie Chevarie, D^{re} Ychelle Fortier et D^{re} Emmanuelle Anger-Gosselin

Comité de pharmacologie

M^{me} Isabelle Daigneault – présidente, D^{re} Mylène Deraspe, M^{me} Chantale Gagné, D^{re} Amélie Hubert, D^r Steve Lessard, M. Reynald Tremblay

Veuillez noter qu'un comité de discipline a également été formé, et que ce dernier poursuivra ses activités au cours de la prochaine année.

Conseil des infirmières et des infirmiers

M^{mes} Johanne Cantin, Chantal Gagné, Marilyn Boudreau, Sandra Chiasson, Annick Massé et Jasmine Martineau



Le comité des infirmières et infirmiers (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, les règles d'utilisation des médicaments, les règles de soins infirmiers et sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le CISSS. Il donne également son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire de même que sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, sur certaines questions relatives à l'accessibilité et la coordination des services dans la région impliquant les soins infirmiers, sur les approches novatrices de soins et sur leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Le CII 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 la compétence des infirmières et infirmiers, et finalement, sur toutes autres questions que la présidente-directrice générale pourrait porter à son attention.

Faits saillants et réalisations :

- Tenu de sept réunions ordinaires et d'une réunion extraordinaire avec un taux de participation autour de 75 %;
- Nomination d'un membre du CECII sur le comité interdisciplinaire des ordonnances collectives et protocoles;
- Rédaction d'un plan d'action sur la mesure de l'utilisation des nouvelles connaissances et compétences à la suite de la formation offerte sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, enfant, adulte et aîné;
- Soutien aux différents comités relevant du CII : conseils des infirmiers et infirmière auxiliaire (CIIA), comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence (CAQMPC), comité de la relève infirmière (CRI) et comité des communications;
- Participation à l'accueil des nouveaux professionnels en soins infirmiers en rapport avec la DSI-SM par le biais du CRI;
- Organisation de deux formations préparées et offertes par les membres du CRI;
- Dépôt du rapport final de l'audit portant sur l'évaluation du risque de plaies fait par le CAQMPC;
- Diffusion active, par le comité des communications, d'information en soins infirmiers sur les différentes activités offertes via la Page Facebook;
- Création d'un comité responsable de la préparation des activités de la semaine de la profession infirmière et participation active lors de ces activités.

Conseil multidisciplinaire

Mmes Amélie Lapierre, Cathy Richard, Andréanne Poirier, Alexandra Noël, Isabelle Décoste, Esther Arseneau-Forest et M. Pierre Arsenault (absentes : Mme Monia Lapierre et Mme Jasmine Martineau)



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 102 membres impliqués dans 26 champs d'expertise de niveau professionnel et technique et ce, répartis dans les quatre catégories d'installation : Hôpital, CLSC, CHSLD, CRDI-TSA. Cinq réunions ordinaires ont été tenues et une rencontre spéciale, au cours de l'année financière 2018-2019. Les membres du comité sont : M^{me} Amélie Lapierre (présidente), M^{me} Andrée-Anne Poirier (vice-présidente), M^{me} Alexandra Noël (trésorière), M^{me} Monia Lapierre (secrétaire), M^{me} Isabelle Décoste (responsable des communications), M^{me} Esther Arseneau-Forest, M^{me} Cathy Richard, M. Pierre Arsenault et M^{me} Jasmine Martineau.

Faits saillants et réalisations:

- Organisation pour ses membres de deux dîners-capsules (mai 2018 et janvier 2019), intitulés « Gérer ses émotions par la pleine conscience » et « TPL : Aujourd'hui, ma vie c'est de la M***. Demain ça ira mieux! », dans le cadre de notre objectif de maintien, partage et promotion de la compétence;
- Poursuite des travaux sur l'aide-mémoire en lien avec l'uniformisation de l'accueil des nouveaux employés au CISSS des Îles et présentation à la direction des ressources humaines et au comité de direction;
- Rédaction d'un avis concernant la politique pour la protection d'un majeur inapte;
- Support à la planification et participation à la rencontre entre le président de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et certains employés/gestionnaires en mai 2018;
- Officialisation et approbation par le comité de direction du formulaire d'amélioration des processus;
- Suivi de l'octroi de la formation Oméga avec les ressources humaines, suggestions d'améliorations concernant la pochette d'accueil d'un nouvel employé, présentation de la démarche de démocratisation-administration-naloxone à la DSI-SM;
- Adaptation et appropriation du « Guide du nouveau membre élu au CECM », soumis par l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec;
- Accompagnement d'un employé dans la démarche d'amélioration des processus;
- Participation au 5 à 7 en juin 2018, pour l'accueil des nouveaux membres en partenariat avec le CII;
- Poursuite de l'accueil individualisé de nos nouveaux membres.

Les faits saillants



L'équipe de direction : M. Claude Cyr, M^{me} Johanne Cantin, M. Samuel Mercier, M^{me} Jasmine Martineau et M^{me} Caroline Mathieu (Absent : D^r Michel Y. Pelletier)

LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

Nos services couvrent les quatre missions offertes par l'établissement et se situent dans les :

- Programme Services généraux, d'activités cliniques et d'aide ;
- Programme Perte d'autonomie liée au vieillissement incluant le CHSLD;
- Programme Santé physique incluant les unités de soins;
- Programme Santé mentale et itinérance;
- Programme Jeunes en difficulté;
- Programme Dépendance;
- Programme Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.

On y retrouve également les services transversaux notamment en prévention et contrôle des infections, en soutien à domicile, en services de réadaptation, en services psychosociaux, en soins palliatifs, en soins spirituels et auprès des ressources non institutionnelles.

L'offre de service couvre la promotion de la santé et la prévention des maladies, les traitements, la réadaptation, l'hébergement et les soins de fin de vie.

Les soins et les services sont offerts en milieu hospitalier, en CHSLD, en CLSC et en CRDI-TSA. Pour les services spécialisés et ultraspecialisés non disponibles sur le territoire, nous bénéficions d'entente de services avec des établissements régionaux et suprarégionaux.

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 jouons un rôle important sur les responsabilités confiées à la direction des soins infirmiers en vertu de la LSSS, en matière de contrôle et la qualité de l'activité professionnelle et du développement de la pratique professionnelle.

Soins infirmiers

- Mise en application du droit de prescrire pour les infirmières, 39 infirmières détiennent un droit de prescrire dont 30 infirmières cliniciennes et neuf infirmières techniciennes ayant une clause dérogatoire;
- Poursuite du déploiement de la formation pour les infirmières techniciennes sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique : enfant, adulte, aîné;
- Offre de formation diversifiée en présentiel (30), visioconférence (28), webinaire (2) et atelier (8);
- Audits cliniques réalisés conjointement avec le CII notamment sur les soins de plaie;
- Contribution à la révision de plusieurs ordonnances collectives;
- Embauche de deux nouvelles infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1re ligne avec un déploiement de la pratique IPS en soins à domicile;
- Contribution à l'implantation du DCI Cristal-Net.

Santé publique

La santé publique regroupe plusieurs volets : l'organisation communautaire et le soutien au développement des communautés, adaptation et intégration sociale des enfants 0-5 ans et leur famille, service de santé scolaire, école en santé, cessation tabagique, dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), activités de promotion de la santé et de prévention des maladies, santé au travail, santé buccodentaire, vaccination, activité de prévention / promotion en nutrition, suivis SIPPE pour les familles vulnérables et programme sentinelle pour la prévention du suicide.

Faits saillants et réalisations

- Préparation d'une formation en allaitement de base et difficile par notre consultante en allaitement pour les infirmières de l'UMC;
- Accompagner et soutenir un groupe de parents ayant pour objectif de répondre aux besoins d'hébergement adapté pour jeunes vivant en milieu naturel et présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme;
- L'intégration de l'hygiène dentaire dans les suivis des enfants de 2 à 3 ans en clinique pédiatrique pour dépistage de problèmes buccodentaires et recommandations aux parents;

- Formation sur le programme québécois de brossage des dents avec un dentifrice fluoré en service de garde éducatif à l'enfance et à l'école primaire (septembre 2018) ainsi que soutien et conseils aux intervenants du service de garde scolaire par l'hygiéniste dentaire;
- Amorce de planification pour activité de promotion / prévention de la santé buccodentaire avec les personnes âgées du centre de jour;
- Présentation d'ateliers sur ITSS et contraception en secondaire 2 par l'infirmière scolaire;
- Mise à jour des formations en prévention du suicide offertes à la communauté et aux différents professionnels : « Agir en sentinelle » pour la prévention du suicide et « Repérer la personne vulnérable au suicide et appliquer les mesures de protection requises ». Une formation a également été donnée à la population anglophone;
- Amorce de préparation d'un atelier sur «la diversification menée par l'enfant » par la nutritionniste et infirmière qui sera présenté aux parents.

Services généraux, activités cliniques et d'aide et Groupe de médecine familiale (GMF)

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

Faits saillants et réalisations

- Continuité de la réorganisation au GMF, afin d'augmenter l'accessibilité à leur médecin de famille pour les usagers et suivis conjoints avec les infirmières en intégrant le sans rendez-vous et l'accès adapté;
- Continuité 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 prochaine du service d'hémodialyse;
- Réaménagement de la clinique pédiatrique ce qui augmente l'autonomie des infirmières cliniciennes;
- Amorce de réaménagement de la clinique jeunesse;
- Amorce de mise en place d'enseignement de groupes pour le diabète par la nutritionniste, l'infirmière clinicienne et la pharmacienne GMF.

Services psychosociaux

Enfance-famille, jeunes en difficulté et santé mentale jeunesse

- Ententes de collaboration avec les centres de la petite enfance et l'organisme l'Embellie;
- Mise en place de visites aux trois mois avec deux pédopsychiatres;
- Mise en place de pédopsychiatre répondant;

- Augmentation du nombre de visites des pédopsychiatres contribuant à réduire les listes d'attente;
- Augmentation de l'offre de service en psychologie par l'ajout d'un poste de psychologue pour le programme Jeunes en difficulté;
- Consolidation 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 service 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;
- Mise en place de groupes (programme destination-famille et groupe sensoriel et émotions);
- Démarche du DSPH pour établir un corridor de services par une professionnelle de l'équipe psychojeunesse favorisant un accès plus rapide aux services;
- Collaboration avec les services 2^e ligne du CISSS de la Gaspésie selon l'organisation régionale de service trajectoire entre la 1^{re} ligne et la 2^e.

Santé mentale, dépendances et itinérance

- Partage des responsabilités (services psychosociaux, santé mentale et dépendances);
- Révision de la cartographie de l'offre de service en santé mentale;
- Dépôt au MSSS et acceptation d'un projet d'innovation en réadaptation pour la clientèle santé mentale;
- Annonce du ministère d'un budget récurrent pour consolider les services de santé mentale, nomination d'un chargé de projet, et début des travaux avec la collaboration du CNESM;
- Participation active du comité de psychiatrie citoyenne à l'amélioration et l'élaboration des services;
- Consolidation des groupes de psychothérapie;
- Réduction de la liste d'attente en santé mentale;
- Visite du directeur général des services de santé mentale et de psychiatrie légale, D^r André Delorme;
- Concertation entre les travailleurs sociaux du GMF, des services généraux et dépendances;
- Soutien du comité de prévention en toxicomanie et autres dépendances;

Type interventions	2017-2018	2018-2019
Interventions de suivi de crise	8 usagers	53 usagers
	53 interventions	199 interventions
Services ambulatoires et suivi RNI	222 usagers	239 usagers
	2587 interventions	2121 interventions
Services spécialisés en santé mentale	162 usagers	140 usagers
	935 interventions	568 interventions
Services intensifs dans la communauté	5 usagers	5 usagers
	387 interventions	233 interventions
Services d'intensité variable dans la communauté	30 usagers	27 usagers
	755 interventions	612 interventions
TOTAL	427 usagers	464 usagers
	4717 interventions	3733 interventions

Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique 1^{re} ligne

Nous avons comme mandat 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

- Accueil et orientation d'une nouvelle psychoéducatrice et d'une chef d'administration de programme;
- Formations pour les intervenants offertes par le SQETGC (Société québécoise d'expertise en trouble grave du comportement);
- Analyse des différents services par l'entremise et la mise en place de groupe de travail (activités du centre de jour en DI TSA et ateliers du CISSS);
- Réévaluation des charges de cas des intervenants, autant quantitative que qualitative; analyse des plans d'intervention;
- Mise en place de rencontre de « monitoring » pour permettre l'ajustement et l'enlignement clinique dans certains dossiers plus complexes;
- Actualisation du plan de développement de l'expertise en TC (trouble du comportement) / TGC (trouble grave du comportement) et TSA (trouble du spectre de l'autisme);
- Révision du mécanisme d'accès aux différents services offerts au sein du programme et interprogramme;
- Élaboration d'un projet d'hébergement transitoire de réadaptation pour des clientèles DI-TSA;
- Élaboration d'un projet de regroupement des centres de jour DI-TSA;

- Concertation avec des partenaires du milieu pour bonifier les activités des centres de jour, des services d'intégration et améliorer le continuum d'hébergement.

Unité des soins critiques

Comité de triage : Dispensation d'ateliers de triage en traumatologie

Traumatologie :

- Le comité local a tenu deux rencontres;
- Analyse du bilan de la qualité et de la performance.

Téléthrombolyse AVC avec le CHU de Québec - UL :

- Le taux de réponse « porte-à aiguille » est supérieur à la cible attendue.

	2017-2018	2018-2019	Écart
Nombre de visites	22 547	22 162	(385)
Civière	2 610	2 604	(6)
Taux d'occupation des civières	51%	57,92%	6,92%
Ambulances	905	906	1
Durée moyenne de séjour (Entente de gestion 12h)	10,7 h	12,2 h	1,5 h
% de la clientèle, dont le délai de prise en charge médicale est de moins de 2 h (Entente de gestion de 92%)	87%	82%	(5%)
% clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures (Entente de gestion de 95%)	91%	87,1%	(3,9%)
% de séjour de plus de 24 heures	7,4%	12%	4,6%
% de séjour de plus de 48 heures	0,9%	2%	1,1%
Soins intensifs/jours présence	726	709	(17)
Taux d'occupation soins intensifs	66%	55,51%	(10,49%)
Admission soins intensifs	336	317	(19)

Unité de courte durée

Nous offrons des services en épisode de soins aigus pour les secteurs de la médecine, chirurgie, gériatrie, pédiatrie, périnatalité, soins palliatifs et en psychiatrie. Depuis 2017-2018, l'unité offre des services d'hébergement et de soins de longue durée à huit résidents à même les espaces de débordement. Ces lits seront relocalisés dans la future construction (Résidence Plaisance des îles) :

- L'approche du rétablissement, le concept de la psychiatrie citoyenne et le travail en trajectoire sont préconisés au module de psychiatrie;
- L'équipe soignante soutient les personnes en fin de vie et leurs familles. Une chambre de soins palliatifs avec un salon est mise à la disposition de la personne et sa famille;
- En périnatalité, l'établissement souscrit au programme AMPRO qui consiste en une approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux. Nous avons obtenu pour une troisième année consécutive le prix « Reconnaissance AMPRO », soulignant l'engagement des intervenants à une pratique sécuritaire des soins;
- Le taux d'infection nosocomial est bas en raison des mesures préventives mises en place.

** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée	2017-2018	2018-2019	Écart
Jours présence chirurgie	495	380	(115)
Jours présence médecine	2755	3165	410
Jours présence gériatrie active	1527	1767	240
Jours présence médecine LC	285	652	367
Jours présence hébergement CHSLD au CH ¹	1816 ¹	2672	856
Taux d'occupation lits en CHSLD	62%	91.5%	29.50%
Jours présence obstétrique	248	215	(33)
Jours présence pédiatrie	10	13	3
Jours présence soins palliatifs	170	279	109
Jours présence soins palliatifs LC	180	63	(117)
Jours présence hébergement temporaire	15	0	(15)
Jours présence répit évaluation	74	0	(74)
Jours-présence en psychiatrie dans lits de santé physique	246	114	(132)
Jours présence courte durée (23 lits)	5889	6585	696
Taux d'occupation courte durée	71.34%	78.44%	7.1%
Admissions courte durée	868	892	24
Jours présence total psychiatrie ²	1270	1307	37

¹ Places hébergement octroyées par le MSSS en 2017-2018 installées en CD (année incomplète)

² Inclus les jours présence en santé physique

** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée	2017-2018	2018-2019	Écart
Jours présence psychiatrie légale	134	83	(51)
Jours présence psychiatrie (4 lits)	1040	1193	153
Taux d'occupation psychiatrie module +psychiatrie légale	80%	89.52%	9.52%
Admissions psychiatrie	59	70	11
Nombre d'admissions de naissances	93	80	(13)
Pouponnière jour présence	173	177	4
Réadmission pouponnière	5	8	3
Nombre de cas ambulatoire de chirurgie d'un jour	24	25	1

Soutien à domicile;

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, ergothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, intervenant psychosocial, inhalothérapeute, nutritionniste), des services d'aide et d'assistance (activités de la vie quotidienne par allocations directes, achats de service ou auxiliaires de la santé et des services sociaux du CISSS) et des mesures de soutien aux proches aidants (répit, présence-surveillance).

- 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 4 est dirigée aux partenaires du réseau (CAB, ESSAD, SAGÎM, APPUI...);
- 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 des soins infirmiers à domicile avec la création d'un quatrième poste d'infirmière à temps complet;
- 98.72 % 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 94.06 %;
- Implantation du logiciel Qualicode pour l'organisation des routes des auxiliaires de la santé et des services sociaux et pilotage de la version QX pour les infirmières à domicile incluant les notes d'observation informatisées;
- Amélioration de la prise en charge de la clientèle SAD par l'informatisation des dossiers SAD et le partage d'information clinique avec le GMF;
- Intensification des services en SAD avec une augmentation de 6% du nombre d'interventions directes malgré une diminution de 4% du nombre d'usagers SAD;
- 38.9 % de la clientèle suivie en soins palliatifs à domicile est décédée dans leur milieu de vie.

	2017-2018		2018-2019	
	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions
Soins infirmiers à domicile	486	11 047	490	11 219
Inhalothérapie à domicile	56	577	54	567
Aide à domicile	258	45 942	281	49 198
Psychosociaux à domicile	450	3 838	430	4 420
Ergothérapie à domicile	98	330	83	289
Physiothérapie à domicile	122	595	125	620
Nutrition à domicile	5	20	6	29

	2017-2018		2018-2019	
	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interventions
SAPA	271	41 544	257	44 977
DP	73	5 889	73	5 110
DI-TSA	72	4 604	76	5 236
SM	6	621	6	560
Post-op	132	1 770	123	1 615
Soins palliatifs	47	3 991	36	4 616
Santé physique court terme	58	651	76	590
Santé physique long terme	89	3 059	99	3 643
TOTAL	695	62 359	669	66 351

Ces données proviennent de la banque de données de la RAMQ (I-CLSC) après 13 périodes de l'année financière ciblée (2017-2018 et 2018-2019)

Réadaptation

L'équipe de réadaptation est composée de trois ergothérapeutes, deux physiothérapeutes, trois thérapeutes en réadaptation physique et une orthophoniste. Nous répondons aux besoins de réadaptation des clientèles de tous les âges et de tous les profils par trajectoire dans les différentes missions de l'organisation (CH, CLSC, CHSLD, CRDI) :

- Consolidation de l'offre de service par programmes-services;
- Implication des professionnels de la réadaptation dans les différentes trajectoires du CISSS.

Ressources de type familial et ressources intermédiaires

Le CISSS des Îles a la responsabilité d'accréditer et d'assurer la qualité et la sécurité des services offerts dans les ressources d'hébergement non institutionnelles pour adultes sur le territoire madelinot. Les familles d'accueil pour les enfants et les adolescents sont sous la responsabilité du CISSS de la Gaspésie.

Nombre de ressources d'hébergement (Adultes) :

- 13 ressources de type familial ;
- 6 ressources intermédiaires.

Nombre d'usagers hébergés :

- 81 résidents.

Faits saillants et réalisations

- Planification de visites des personnes âgées hébergées et leurs familles par la présidente comité des usagers, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et le personnel de l'établissement impliqué dans la prestation de services ;
- Promotion des droits des usagers-résidents et de présentation des rôles et responsabilités des différentes parties impliquées ;
- Développement d'outils d'évaluation de la qualité des services rendus aux résidents des ressources intermédiaires et des ressources de type familial ;
- Développement d'une place d'hébergement (appartement supervisé) en santé mentale, afin de favoriser l'autonomie des usagers ;
- Formations offertes aux responsables des ressources d'hébergement en lien avec la qualité des services et la sécurité des usagers (secourisme et RCR, outil de détermination et classification des services, gestion de risque en sécurité incendie) ;
- Conversion de deux ressources de type familial en ressources intermédiaires, afin de mieux répondre aux différents défis liés à l'organisation des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement ;
- Participation à la conception des plans d'aménagement pour les unités de soins de la future ressource d'hébergement Résidence Plaisance des Îles accréditées par le CISSS des Îles.

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

Mission : Offrir de l'hébergement temporaire ou permanent, dans un « Milieu de vie substitut » de qualité et sécuritaire aux personnes âgées en perte d'autonomie sévère, en leur offrant des services d'assistance, de soutien, de surveillance, de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et spirituels qui tiennent compte de leurs besoins, leurs goûts, leurs valeurs et leurs habitudes de vie.

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

Taux d'occupation : Lits CHSLD (62) 99.34 %, lit de soins palliatifs (1) 82 %, lit de répit (1) 77 %

Comité des résidents : Composé de 9 membres, rencontres mensuelles

Comité milieu de vie : Composé de 9 membres, rencontres trimestrielles

Réalisations :

Implantation du milieu de vie en CHSLD

- Finalisation de la phase 1 du volet des lieux physiques (peinture et aménagement intérieur de 6 salons aux étages ainsi que de celui au rez-de-chaussée) ;
- Mise en place d'un local de stimulation sensorielle SNOEZELEN sur l'unité prothétique.

Prestation des deuxièmes bains

- Création d'un poste de préposé aux bénéficiaires à temps complet en janvier 2019 et prestation des deuxièmes bains de façon continue depuis l'entrée en fonction.

Révision de l'offre de loisirs en CHSLD

- Rehaussement du poste de l'éducatrice en loisir à temps complet ; renouvellement de l'offre des activités offertes en CHSLD ;
- Implantation de notre projet de sortie en autobus avec les résidents.

OPUS-AP

- Participation à la phase 1 et 2 de la démarche nationale de dé-prescription des antipsychotiques en CHSLD.

Bonification de la prise en charge des bénévoles en CHSLD

- Campagne de recrutement « Une heure de mon temps pour les résidents », dans les médias locaux ;
- Bonification du guide d'accueil ;
- Création d'un site Facebook pour les bénévoles.

Plans d'action & EGI

- Atteinte de l'ensemble des objectifs du plan triennal 2016-2019 et du plan d'action sur la qualité du milieu de vie en CHSLD 2015-2019 ;
- Maintien de l'atteinte de tous les objectifs liés à l'entente de gestion sur les meilleures pratiques en CHSLD.

Rénovation fonctionnelle 2018-2019

- Finalisation du projet d'agrandissement des salles de bains pour les soins d'hygiène ; projet cité en exemple par l'ASSTAS lors du congrès annuel 2018.

Les ressources humaines

- Embauche de trois nouvelles assistantes du supérieur immédiat ;
- Les employés ont été invités à participer à plusieurs rencontres afin de déterminer, de façon collective, nos besoins et priorités pour notre secteur ;
- Création d'un site Facebook du personnel, diffusion de capsules de formation.

Gestion des risques

- Implantation de la gestion informatisée des rapports d'accidents en CHSLD.

Comité milieu de vie

- Changement de structure de notre comité milieu de vie pour une structure plus dynamique et participative.

Formation

- 26 PAB et une infirmière auxiliaire formées en PDSB, une ASI formée en soins palliatifs, trois ASI et cinq infirmières auxiliaires formées en soins de plaies, huit ASI formées sur la gestion des risques et la saisie des formulaires informatisés.

LA DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Services techniques

- En reconnaissance de la réduction annuelle de 1 555 tonnes de CO₂ qu'a provoqué le remplacement du chauffage traditionnel au mazout par la récupération de chaleur produite par la centrale Hydro-Québec, le CISSS des Îles a eu l'honneur de se voir décerner par la Chambre de commerce des Îles-de-la-Madeleine, le prix Éloïze dans la catégorie pratique d'un développement durable. Rappelons aussi que ce projet permettra à terme de rediriger plus de 380 k\$ annuellement au bénéfice des services aux usagers du CISSS des Îles.



M^{me} Jasmine Martineau et M. Claude Cyr

- Acquisition d'une résidence d'hébergement transitoire DITSA ;
- Reconnaissance de budgets additionnels en résorption du déficit de maintien d'actif (RDMA) et du critère particulier de coût de projet pour les Îles de 1,6 %.

Service d'hygiène et salubrité

- Dans le cadre de son mandat en gestion des risques et de la qualité, le service d'hygiène et salubrité a procédé à un audit sur la gestion des déchets biomédicaux dans l'ensemble des installations du CISSS des Îles. L'audit fut réalisé par un expert de la CIE Stéricycle à l'automne 2018 dans le but de s'assurer que l'élimination de ce type de déchets soit conforme aux lois et règlements ministériels en vigueur. Le rapport et un plan d'action vont guider, dans les prochains mois, la démarche d'amélioration continue ;
- Rehaussement de l'offre de service en Hygiène et salubrité sur le quart de soirée pour couvrir les besoins urgents de désinfection (avril 2018) ;
- Le CISSS des Îles a fait l'acquisition d'une nouvelle gamme de produits pour l'hygiène des mains conçues spécialement pour le milieu de la santé et adaptée à un usage

fréquent. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'un mandat d'achat provincial et fait en sorte que les bons produits soient mis à la disposition du personnel au bon moment et au bon endroit. Le tout favorisera l'adoption de pratiques exemplaires en matière d'hygiène des mains et comportera des avantages financiers et sanitaires réels, chez les usagers, les visiteurs et les travailleurs ;

- Formation des employés sur l'hygiène des mains et le retrait sécuritaire des gants.

Comité de développement durable

Conformément aux attentes du MSSS, le CISSS des Îles a constitué au cours de l'exercice un comité de développement durable, lequel fut entériné par le conseil d'administration le 5 mars 2019. Le comité a pour mandat d'appuyer l'organisation dans l'intégration de pratiques de développement durable à ses activités. En plus de soutenir et conseiller le répondant de développement durable dans la gestion quotidienne du développement durable, le comité agira à titre de conseiller auprès de la haute direction dans l'application de son engagement en développement durable. Il sera aussi un levier de concertation indispensable dans la coordination de la démarche au sein de l'établissement. Le comité amorcera son travail au cours de l'automne 2019, et notons que trois à quatre rencontres sont annuellement prévues. Il est constitué des huit membres suivants :

- M. Claude Cyr, directeur des services administratifs
- D^{re} Marianne Papillon, première officière en prévention et contrôle des infections
- M. Carl Leblanc, chef des services techniques
- M^{me} Huguette Cyr, chef des activités d'alimentation, buanderie-lingerie, hygiène et salubrité, gestion des déchets biomédicaux
- M. Philippe Simon Laplante, adjoint au directeur des ressources humaines, communications et affaires juridiques
- M^{me} Marilyn Boudreau, chef d'administration de programmes
- M. Simon-Charles Boudreau, ing. jr, conseiller en bâtiment
- M^{me} Géraldine Guijarro, agente administrative

Le CISSS des Îles a aussi fait l'embauche d'un stagiaire en développement durable qui a contribué au cours de l'hiver 2019 à la préparation de divers documents qui alimenteront le comité dans l'exercice de son mandat ; proposition de plan d'action, proposition de politique, ainsi qu'un bilan des activités réalisées par l'établissement en matière de développement durable au cours des dernières années.

LA DIRECTION DES SERVICES À L'ORGANISATION CLINIQUE

Bloc opératoire et endoscopie

- Poursuite des visites de l'équipe de chirurgiens remplaçants pour pallier à l'absence de chirurgiens permanents aux îles ;
- Depuis février 2019, occupation d'un PEM en chirurgie par Dr Philippe Demers ;
- Poursuite également du soutien du groupe des anesthésistes du CIUSSS de l'Ouest de l'île de Montréal pour pallier aux deux PEM non comblés en anesthésie ;
- Construction et aménagement d'une réserve d'équipements, d'une réserve de fournitures médicales et d'une réserve de plateaux d'instruments stériles ;
- Orientation de trois infirmières au bloc et de trois autres à l'unité d'un jour. Le maintien des compétences et de la polyvalence au sein d'une équipe minimale demeurent un défi constant ;
- Services d'un urologue pédiatrique, Dr Bolduc du CHU de Québec - UL. Trois jours par année à l'automne ;
- Poursuite des travaux de mise à niveau dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal ;
- L'ensemble du personnel a suivi la formation sur la sédation-analgésie développée et offerte par l'OIIQ sous forme de webinaire.

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 ;
- Plusieurs rencontres avec l'équipe médicale locale en hémato-oncologie et l'équipe d'hémato-oncologue du CHU de Québec - UL pour discuter de l'offre de service ;
- Augmentation et planification plus régulières des téléconsultations médicales en hémato-oncologie ;
- Élaboration du plan d'action en cancérologie 2018-2020 ;
- Poursuite des travaux pour la trajectoire poumon dans le cadre d'un projet avec l'IUCPQ et la DGC ;
- Poursuite des rencontres avec le comité des patients partenaires en oncologie et celui de la mise en place de l'outil de détection de la détresse (ODD) ;
- Implantation de la nouvelle méthode de soins sur l'administration des agents antinéoplasiques par voie intraveineuse et réalisation d'audits par la suite ;
- Démarches et élaboration de projet pour mettre en place des mesures de soutien psychosociales pour les usagers atteints de cancer et leur famille ;
- Mise en place d'outils pour répondre à la nouvelle reddition de compte sur les délais d'accès à la consultation en hémato-oncologie et aux traitements de chimiothérapie.

Nombre de visites – Bloc opératoire et services ambulatoires		
	2017-2018	2018-2019
Médecine de jour	2341	2294
Clinique de préadmission	859	845
Chirurgie d'un jour	743	709
Chirurgie et autres interventions admises	196	193
Autres chirurgies et interventions ambulatoires	420	372
Endoscopie (nombre de patients)	1355	1258
Nombre d'examens en endoscopie (Coloscopie, rectoscopie, gastroscopie et cystoscopie)	1456	1361
Visite oncologique	2196	2425
Nombre de patients différents en oncologie	219	169
Traitements de chimio	549	531
Urgence oncologique	4	11
Visites infirmière pivot en oncologie	737	789
Autres traitements et procédures en héματο-oncologie	443	412

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.

- Aménagement d'une URDM temporaire le temps des travaux de mise à niveau de tout le secteur de l'URDM. Occupation des nouveaux locaux depuis le 4 septembre 2018 ;
- Audits en lien avec le retraitement des dispositifs médicaux par une consultante externe en novembre 2018 et élaboration d'un plan d'action ;
- Début de travaux afin de répondre aux normes de retraitement des dispositifs médicaux en dehors des heures ouvrables de l'URDM.

LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, COMMUNICATIONS ET AFFAIRES JURIDIQUES

C'est au cours de l'année 2018-2019 que le service des ressources humaines, communications et affaires juridiques est devenu une direction. Les principaux rôles de cette direction sont d'assurer l'application d'un ensemble de politiques et de processus et de soutenir les gestionnaires et l'organisation en matière de communication, de développement organisationnel, de planification de la main-d'œuvre, d'organisation du travail, de formation, de gestion de la contribution, de relations de travail, de dotation, de gestion de la présence au travail, de la santé et sécurité au travail, de rémunération et des avantages sociaux.

La direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) est composée d'un directeur, un adjoint au directeur, trois agentes de gestion du personnel, un agent de communication, deux techniciennes en administration et d'une agente administrative. Le roulement au sein de la DRHCAJ a été élevé en 2018-2019. Effectivement, sur les neuf postes, cinq personnes ont intégré la direction au courant de l'année.

Faits saillants et réalisations :

- Un travail de collaboration au sein de l'équipe a permis de procéder à la révision de la structure des postes et à la clarification des responsabilités générales des membres de la DRHCAJ. Cette réorganisation a fait passer la composition de l'équipe de 10 postes de différents statuts à neuf postes à temps complet au sein de l'équipe ;
- Le plan de recrutement du personnel est un nouvel outil qui a permis d'assurer une bonne visibilité au CISSS des Îles dans les activités de recrutement, notamment auprès des établissements scolaires. Effectivement, les personnes dédiées au recrutement du personnel ont participé à huit activités, soit quatre activités locales et quatre autres activités à l'extérieur de la région. L'implication du personnel clinique au sein du comité de recrutement et leur présence lors d'activités de recrutement est également un bon coup pour l'organisation ;
- La campagne publicitaire *Un emploi au cœur de la santé et des services sociaux* a été déployée. L'équipe de la DRHCAJ a organisé cette campagne qui vise notamment à faire la promotion des professions en santé et services sociaux. Cette campagne diffusée sur les réseaux sociaux, le site internet, le journal interne et les médias locaux permet également de souligner la contribution des employés sélectionnés au sein du CISSS des Îles ;
- Du côté de la formation du personnel, l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) a été déployé au courant de l'année. Cette plateforme permettra aux employés d'accéder à une diversité d'activités de formation à distance, ce qui facilitera l'accès aux formations pour le personnel ;

- Le CISSS des Îles a embauché 85 personnes et 78 personnes ont quitté l'organisation.

	2017-2018	2018-2019
Embauches	65	85
Départs	79	78

- En 2018-2019, 99 postes ont été affichés, comparativement à 95 en 2017-2018 et 77 en 2016-2017 :

	2017-2018	2018-2019
Nombre d'affichages	95	99

Ententes de gestion et d'imputabilité

Taux d'assurance-salaire : La cible fixée par l'entente de gestion et d'imputabilité était de 5 % pour 2018-2019. Le CISSS des Îles n'a pas été en mesure d'atteindre la cible, le résultat a été de 6,95 %. Toutefois, la DRHCAJ a établi un plan d'action et entamé quelques activités afin d'améliorer ses résultats en termes de présence au travail en 2019-2020. Ce plan d'action regroupe des activités de prévention, gestion médico-administrative, réintégration, formation et d'information.

	2017-2018	2018-2019
Taux d'assurance salaire	6,30 %	6,95 %

Taux d'heures supplémentaires : L'entente de gestion et d'imputabilité a fixé une cible à 2,95 % pour le taux d'heures supplémentaires en 2018-2019. Le CISSS des Îles a eu un taux de 4,73 % et n'a donc pas été en mesure d'atteindre cette cible. À cet effet, des travaux de planification de la main-d'œuvre ont été entamés afin de diminuer les heures supplémentaires en stabilisant les équipes par un rehaussement des heures-postes.

	2017-2018	2018-2019
Taux d'heures supplémentaires	4,05 %	4,73 %

Taux de main-d'œuvre indépendante : Une cible de 0,25 % a été fixée pour le CISSS des Îles concernant la main-d'œuvre indépendante. Toutefois, l'établissement n'a pas été en mesure d'atteindre cette cible, son taux ayant été de 2,11 %. Le recours aux agences a pris une place importante afin de maintenir les services, notamment pour le personnel infirmier, infirmier auxiliaire, préposé aux bénéficiaires et pharmacien.

	2017-2018	2018-2019
Taux de main-d'œuvre indépendante	0,59 %	2,11 %

LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

L'année 2018-2019 a permis de consolider les activités et le fonctionnement du conseil des médecins dentistes et pharmaciens. La pénurie relative et ponctuelle des effectifs médicaux en médecine familiale et dans une spécialité médicale a constitué le principal fait saillant de l'année.

Médecine familiale

L'équipe de médecine familiale a dû redoubler d'efforts en cours d'année en raison de divers départs et absences, Fort heureusement, deux nouveaux médecins se sont joints à l'équipe à compter de l'automne 2018. De plus, le Département régional de médecine générale a autorisé le CISSS des Îles à recruter quatre nouveaux candidats pour la prochaine année. Le nombre d'usagers potentiels inscrits au guichet d'accès de l'établissement demeure cependant un défi important pour la médecine familiale.

Médecine spécialisée

Un de nos trois internistes a obtenu un congé de service d'une année à compter de septembre 2018, ce qui a nécessité le recours plus fréquent à des internistes dépanneurs. Nous avons eu le support de l'Association des spécialistes en médecine interne pour recruter des médecins dépanneurs et une couverture à distance par des regroupements de médecins spécialistes de l'Est-du-Québec a permis de supporter au mieux notre équipe locale.

Grâce à une dérogation temporaire accordée par le ministère, nous avons pu recruter un quatrième interniste qui se joindra à notre équipe au cours de la prochaine année.

Chirurgie générale

En raison de l'absence de chirurgien général permanent dans l'établissement depuis janvier 2018 (une première depuis de nombreuses années), une équipe de chirurgiens, principalement des régions de l'ouest du Québec a été constituée et grâce au travail d'un chirurgien coordonnateur du CISSS de la Montérégie Ouest, aucune rupture de service n'a été vécue.

Fort heureusement en cours d'année, un chirurgien a été recruté et assurera une présence quasi permanente tout en bénéficiant du support de la même équipe mentionnée qui assurait les services en début d'année.

Anesthésiologie

Notre établissement est desservi de façon permanente par une équipe d'anesthésiologistes du CIUSSS de l'Ouest de l'Île de Montréal, secondés par d'autres anesthésiologistes provenant de plusieurs établissements du Québec, la plupart habitués à dispenser des services au CISSS des Îles depuis plusieurs années. Cette desserte permanente a été rendue possible par une entente de parrainage conclue entre le MSSS et la FMSQ.

Psychiatrie

L'équipe de psychiatres de l'établissement a accompli un travail remarquable en cours d'année tant au plan clinique que médico-administratif en participant à l'élaboration d'un projet de réadaptation en santé mentale, projet qui a été accepté par les autorités ministérielles et qui devra se concrétiser au cours de la prochaine année. D'autre part, la possibilité de référer des patients en pédopsychiatrie de 2e et 3e ligne demeure un problème important. Des discussions sont en cours avec le RUIS Laval.

Enseignement et recrutement

Le comité local de recrutement en médecine s'est rencontré à plusieurs reprises. Encore cette année, un bon nombre de résidents et d'externes en médecine familiale et en médecine spécialisée se sont joints à nous. Quant à lui, le responsable SARROS (service d'aide au recrutement en région pour les omnipraticiens et les spécialistes) a participé à diverses activités de recrutement tels les journées des résidents, le colloque des externes ou encore la journée carrière.

Autres dossiers majeurs

Beaucoup d'efforts ont été consentis en cours d'année pour le rehaussement des services dans diverses spécialités médicales et chirurgicales, en particulier en orthopédie (présence d'un chirurgien orthopédiste une semaine par mois) et en oncologie (renforcement des liens de télémédecine pour mieux supporter l'équipe locale).

Suite à l'annonce ministérielle de l'implantation de quatre chaises d'hémodialyse au CISSS des Îles, des travaux ont été entrepris en lien avec le service de néphrologie du CHU de Québec - UL pour établir des liens fonctionnels avec cet établissement, former notre personnel, assurer le rapatriement de la clientèle nécessitant de la suppléance rénale autant à domicile qu'en établissement et mettre en place les infrastructures techniques nécessaires pour dispenser les traitements d'hémodialyse hospitalière lorsque requis. Notre approche a consisté à prévoir la prise en charge de l'ensemble du continuum de services en maladie rénale plutôt que de se limiter à l'implantation de services d'hémodialyse hospitalière.

Services hospitaliers

Sous la direction des services professionnels et hospitaliers, nous retrouvons les équipes de travail affectées à l'imagerie médicale, à la biologie médicale, au laboratoire, à la pharmacie, à l'électrophysiologie, à l'inhalothérapie, les consultations spécialisées et les transports électifs.

Il faut préciser que le département de biologie médicale est sous la gouverne du CHU de Québec - UL depuis quelques années, découlant du projet Optilab.

La coordonnatrice 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

- Acquisition du nouvel appareil de fluoroscopie ;
- Acquisition du nouvel appareil mobile ;
- Acquisition du nouveau TDM ;
- Acquisition du nouvel IRM mobile (conjointement avec le CISSS de la Gaspésie).

Biologie médicale

- Renouvellement des analyseurs d'hématologie ;
- Acquisition de l'appareil pour le dépistage de l'influenza par TAAN.

Pharmacie

- Maintien des activités dans les différents comités et services cliniques et la formation ;
- Toujours en recherche pour combler le plan d'effectifs en pharmacie ;
- Contrôle optimal sur l'évolution des coûts en médicaments au plan budgétaire.

Inhalothérapie

- Recrutement de trois nouvelles inhalothérapeutes (remplacements de congé de maternité)

Électrophysiologie

- Établissement d'un nouveau corridor de services en neurologie qui permettra entre autres de réduire les délais d'accès aux EMG.
- Le total d'examens est de 6120. Cette année, nous avons eu deux visites de neurologues comparativement à une seule l'an dernier, permettant une hausse des EMG. Toutefois, on remarque une légère diminution des Holter et MAPA, en raison du remplacement partiel de la technicienne lors d'absences. C'est au niveau des épreuves d'effort qu'on retrouve la plus importante baisse d'examens, en lien avec l'absence d'interniste permanent.

Télésanté

Un total de 411 inscriptions a été recensé dans l'interface de réservation intégrée des systèmes de visioconférence (IRIS) du RUIS-Laval. Les catégories de visioconférences sont réparties de la façon suivante : 18 % représentent des activités de téléformation, 13 % 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 : 6 interventions
- suivi de plaies complexes : 15
- suivi en lipidologie : 21
- suivi en oncologie : 19
- autres : gériatrie, santé mentale, pédopsychiatrie, réadaptation : 10

Nous poursuivons le 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 : néphrologie, neurologie, endocrinologie, pneumologie, cardiologie, dermatologie, allergies, hématologie, rhumatologie, cardiopédiatrie et gastroentérologie : 2417
- Le nombre de consultations en médecine interne est de 1850.
- Pour les consultations chirurgicales : ORL, orthopédie, ophtalmologie, plastie, urologie le nombre est de 6345.
- Le nombre de consultations en gynéco-obstétrique est de 1600.
- Le nombre de consultations en chirurgie générale est de 1735 (clinique) et de 627 (bureau).
- Les examens effectués (audiogramme, champs visuels, photothérapie, bilan urodynamique et biométrie) sont de 1425.
- Accès priorisé aux services spécialisés : déploiement des formulaires de la phase 2 et 3 (26 formulaires en tout)
- Construction d'une nouvelle salle d'attente pour répondre aux normes.

Transport électif

- Le nombre total des usagers transférés est de 2043 et le nombre de voyage ou déplacement électifs pour cette même période est de 4084.

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Chapitre III : Les attentes spécifiques

Légende

R	Atteinte spécifique réalisée à 100 %
NR	Atteinte spécifique non réalisée à 100 %

Résultats au regard des attentes signifiées « 2018-2019 »

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*	Commentaires
Santé publique			
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI)	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat : • Réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées ; • Suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux ; • Suivre l'application des mesures en PCI ; • Suivre les données de surveillance sur les IN et les audits ; • Adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du CA ; • Entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI ; • Assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI ; • Recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre ; • Déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au comité de direction ;	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*	Commentaires
	- Déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme ; - Acheminer les recommandations nécessaires au comité de direction. Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.		
Services sociaux			
Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	R	
Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R	
Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	La Stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements : - D'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir ; - De les accompagner au moyen d'une offre de service et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie ;	NR	Réalisée à 42 % Mis en place d'un comité de concertation entre les intervenants du réseau et les organismes communautaires afin de dresser le portrait des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. À réaliser :

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*	Commentaires
	- De mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis ; - De mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire. L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.		Révision de l'offre de services en fonction des besoins identifiés en itinérance afin d'assurer une offre de services adaptée, intégrée et inspirée des meilleures pratiques. Implantation de la stratégie d'accès aux soins et aux services avec les intervenants impliqués.
Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'utilisateur. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficacité des services. Pour chaque région socio sanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.	N/A	Retirée par le MSSS
Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en niveaux de soins alternatifs (NSA)	Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la 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 fusionnés 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.	R	
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	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*	Commentaires
	travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.		
Services de proximité, urgences et préhospitalier			
État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	R	
Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/ Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	R	
Financement, infrastructures et budget			
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*	Commentaires
	PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.		
Coordination réseau et ministérielle			
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.	NR	Réalisée à 50 % À réaliser : Les phases d'appréciation et de traitement des risques demeurent à compléter en lien avec la finalisation du programme de gestion intégrée des risques.
Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	R	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation*	Commentaires
Planification, évaluation et qualité			
Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices - Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	R	

Chapitre IV : Les engagements annuels

Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique - Cancérologie				
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	65	90	61,1	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	75	100	83,3	100
Commentaires: Les cas traités en chirurgie oncologique dans un délai supérieur à 28 jours ou 56 jours sont tous des tumeurs vésicales. La problématique est connue, récurrente et difficile à régler malgré les 2 visites additionnelles qui ont été ajoutées aux visites de base. Pour la prochaine année, des visites de l'urologue sont prévues aux 2 mois afin de réduire le plus possible les délais.				
Santé publique – Prévention et contrôle des 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	100	100	100
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100	100	100	100
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	63	70	70,4	80
Commentaires: Les cibles sont atteintes.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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	72 117	60 510	91 783	94 000
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	376	370	312	335
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)	97	100	98,7	100
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	67 780	59 780	87 185	N/A
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	276	319	263	N/A
Commentaires: Une intensification des services offerts en SAD est constatée par une augmentation du nombre total d'interventions et par la moyenne d'intervention/usager. Une plus grande implication de l'utilisateur, de ses proches et du réseau communautaire est également préconisée dans la dispensation des services.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	90	100	100	100
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	96,6	100	100	100
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	100	94	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	86,4	89,7	90	90
Commentaires: Les cibles sont atteintes ou pratiquement atteinte en ce qui concerne le 1.03.10.				
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)	46	21	9	90
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	94,7	100	60	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	60	100

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
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	100	90	87,5	90
Commentaires : Le détail des demandes de services démontre que les cibles sont presque atteintes (le faible taux est affecté par le nombre restreint des demandes et par une erreur concernant le niveau de priorité ayant impacté les statistiques mais dont la prise en charge a été assurée dans les délais).				
Dépendances				
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	97,6	97,6	97,6	90
Commentaires: La cible est atteinte.				
Santé mentale				
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	29	27	27	27
Commentaires: La cible est atteinte.				
Santé physique - Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	10,7	9,5	12,19	9,5
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	86,9	95	82	95
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	91,2	95	87,1	95

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Commentaires: Majoritairement causé par les séjours prolongés à l'urgence de patients déjà admis. Il faut prendre aussi en contexte la notion de rappel pour certains services la nuit ce qui augmente directement la durée moyenne de séjour (ex. : radiologie et laboratoire). L'établissement se retrouve dans le top 10 des établissements les plus rapides pour le délai de prise en charge médicale à l'urgence. Somme toute, les pourcentages sont acceptables.				
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	47	36	36	36
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	1	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	33,3	32	51,9	32
Commentaires: Les cibles sont atteintes.				
Santé physique – Services de première ligne				
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	1	1	1	1
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	86,3	88,5	83,6	88,5
Commentaires: Arrivée de nouveaux médecins en 2019, ce qui devrait contribuer à augmenter le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin.				
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	6	0
Commentaires: Difficultés pour la spécialité ORL. Solutions en cours de discussion.				
Santé physique – Imagerie médicale				
1.09.34.00-PS Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale, dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour toutes les modalités	69,6	60	70,7	75

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	87,8	75	66,7	90
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	86,0	100
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	66,7	100
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	45,9	45	37,9	50
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	87,5	100
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	93,8	100	78,8	100
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	96,7	100
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	49,7	80	94,2	90
Commentaires: Écart avec la cible en raison de la demande qui est plus grande que l'offre de service. Des stratégies seront élaborées pour le rehaussement de l'offre de service.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité (%)	50	100	50	100
Commentaires: Le processus pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité est en place. Les routes de travail sont définies afin de s'assurer que la désinfection terminale des appareils partagés est attribuée et que les équipements y sont listés pour être nettoyés selon un calendrier établi. Toutefois, des travaux demeurent à finaliser pour assurer la traçabilité des activités (ex : audits de qualité).				
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	6,3	5	6,94	6,91
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,05	2,95	4,70	4,47
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,62	0,25	2,11	1,99
Commentaires: Un plan d'action a été entamé afin d'améliorer les résultats en termes de présence au travail en 2019-2020. Ce plan d'action regroupe des activités de prévention, gestion médico-administrative, réintégration et de formation et d'information. Des travaux de planification de la main-d'œuvre ont été entamés afin de diminuer le temps supplémentaire en stabilisant les équipes par un rehaussement des heures-postes. Le recours aux agences a pris une place importante en 2018-2019 afin de maintenir les services.				
Multiprogrammes				
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	78,26	86,6	79,3	84
Commentaires: La cible du MSSS fixé à 75 % est atteinte.				

Légende

	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 %

Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

Une visite d'agrément aura lieu du 21 au 24 mai 2019. Les ensembles de normes et manuels d'évaluations suivants seront utilisés pour évaluer les programmes et les services du CISSS des Îles.

Normes relatives à l'ensemble de l'organisme :

1. Gouvernance
2. Prévention et contrôle des infections
3. Leadership
4. Gestion des médicaments

Normes sur l'excellence des services :

5. Santé publique – Normes sur l'excellence des services
6. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables – Normes sur l'excellence des services

Manuels d'évaluation :

7. Jeunesse
8. Santé mentale et dépendances

Les visites se poursuivront par programme-service au cours du cycle d'agrément 2018-2023, avec une prochaine visite en 2020 pour la santé physique et les services généraux.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Activités relatives au processus de déclaration des incidents et accidents

- 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 ;
- 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* ;
- L'utilisation de l'application SISSS permet une saisie informatisée des déclarations d'incidents et accidents. Le déploiement de cette application au CHSLD a été mis en œuvre en mai 2018. Au cours de l'année 2019-2020, l'informatisation des déclarations d'incidents sera déployée dans l'ensemble des installations.

Statistiques des déclarations d'incidents et d'accidents :

Un total de 796 déclarations d'incidents et d'accidents a été enregistré pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019 (P1-P13).

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

- 671 événements (84,3 %) sans conséquences pour les usagers/résidents (indice : A à D) ;
- 93 événements (11,7 %) avec des conséquences mineures, sans impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation (indice : E1-E2) ;
- 5 événements (0,6 %) avec des conséquences temporaires, avec un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation (indice : F) ;
- 1 événement (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 (57,9 % ; 107 incidents), aux événements de type « autres » qui correspondent majoritairement aux erreurs liées aux dossiers et bris de confidentialité (0,1 % ; 20 incidents) et aux tests diagnostiques (0,1 % ; 19 incidents).

Alors que les principaux **types d'accidents** (indices de gravité C à I) sont liés aux chutes (52,0 % ; 304 accidents), à la médication (31,2 % ; 183 accidents) et aux erreurs liées aux dossiers et bris de confidentialité (0,1 % ; 40 accidents).

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

	Chute	Médication	Abus/Aggression/Harcèlement/Intimidation	Autres	Lié à l'équipement	Lié au bâtiment	Lié au matériel	Lié aux effets personnels	RDM/MMU	Test Dx Imagerie	Test Dx Laboratoire	Traitement	Total	
Indice de gravité	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	NB	%
A	1	3	1	3	2	5	4	5	2		4		30	3,8%
B	3	104		17			2	1	7	1	15	5	155	19,5%
C	48	148	1	4	4		5	2	9		1	4	226	28,4%
D	194	30	9	11	2		4	2		1	1	6	260	32,7%
E1	46	3		25									74	9,3%
E2	11	1	1					5				1	19	2,4%
F	4	1											5	0,6%
G	1												1	0,1%
ND		2	1	2				2					7	0,9%
(vide)	11	6	1	1									19	2,4%
TOTAL	NB	319	298	14	63	8	5	15	17	18	2	21	16	796
	%	40,1%	37,4%	1,8%	7,9%	1,0%	0,6%	1,9%	2,1%	2,3%	0,3%	2,6%	2,0%	

Des actions ont été entreprises par le comité de gestion des risques et par l'établissement pour les principaux types d'incidents/accidents survenus dans l'année 2018-2019, soit plus spécifiquement pour les événements liés aux médicaments et aux chutes.

Actions entreprises par le comité de gestion des risques :

- Suivi des erreurs liées aux médicaments et des chutes via le rapport trimestriel ;
- Analyse des tendances pour recommander de façon proactive les mesures à mettre en place par l'établissement ;
- Identification des risques émergents pour assurer une surveillance des nouveaux risques ;
- Revue des pratiques organisationnelles requises en lien avec la démarche d'agrément pour la gestion des médicaments et la sécurité des usagers.

Mesures mises en place par l'établissement :

- Formation et sensibilisation auprès du personnel ;
- Mise à jour des politiques et des procédures liées à la gestion des médicaments et à la prévention des chutes (ex : procédure de distribution des médicaments en chariots);
- Analyse détaillée des circonstances les plus fréquentes pour identifier les causes ;
- Interventions spécifiques dans les unités pour éviter les erreurs fréquentes de médicaments et les chutes répétitives ;
- Poursuite du programme de prévention des chutes ;
- Support en continu offert aux équipes pour la gestion des risques.

Un suivi de ces actions est assuré au comité de gestions des risques.

Comité stratégique de prévention et de contrôle des infections

Le mandat de ce comité est de protéger les usagers, visiteurs et travailleurs du CISSS des Îles contre l'acquisition d'infections nosocomiales et de bactéries multirésistantes.

Faits saillants et réalisations :

- Acquisition nosocomiale de 0 % pour ERV, EPC et bactériémies surveillées ;
- Incidence de Diarrhée à *C. difficile* augmentée à 8,3 % avec cinq cas en P5-P6-P7 (p/r à 6,7 % et 3,8 % années précédentes, cible <4,4 %) ; rehaussement des mesures ;
- SARM nosocomial plutôt stable (6 p/r à 4), dépistages à l'UCD négatif ;
- Gestion proactive et efficace de trois éclosions ; deux épisodes de gastro-entérite au CHSLD et un épisode de SAG à l'UCD, correspond à la moyenne antérieure ;
- Taux d'isolement de 28 % (sommet en P5 à 40 %, moyenne antérieure de 20 %) ;
- Taux de dépistage conforme (95 %) et pseudobactériémie stable à 15 (p/r 6 et 22) ;
- Conformité à l'hygiène des mains augmentée à 72 % (p/r à 63 % 2017-2018 et 43 % 2016-2017, Inf 70 %, PAB 80 %, Md 44 %) ; données à valider, cible = 75 % ;

- Cinq rencontres du comité de prévention des infections, inclusion de la DRSP GÎM ;
- Transformation et mise en œuvre des nouvelles structures organisationnelles de PCI selon le nouveau cadre de référence (CS-PCI, TC-PCI et équipe PCI) ;
- Révision de la politique de PCI et du programme-cadre de PCI, adoption en cours ;
- Augmentation à temps complet de l'IPI, roulement de personnel et orientation ;
- Sensibilisation des RH aux problématiques locales de PCI (plan de contingence, plan de formation en PCI, évaluation clinique, protection et vaccination des travailleurs) ;
- Guide PCI révisé, adopté et diffusé avec formation sur les précautions additionnelles, les entre-cas, les nouvelles pancartes d'isolement et grille de désinfection ;
- Préparation proactive à la saison grippale avec regroupement, diffusion et mise à jour continue des outils de gestion de la grippe sur plate-forme Trello et valise de garde ;
- Acquisition d'un appareil TAAN pour dépister Influenza et VRS, réduisant les délais ;
- Établissement d'un corridor de consultation microbiologiste-infectiologue répondant en PCI ;
- En collaboration avec le secteur hygiène et salubrité : changement des produits d'hygiène des mains, à plus large spectre, moins irritants et à moindres coûts.
- Création de deux groupes de travail en PCI (BMR et Déchets biomédicaux), travaux à venir ;
- Activités régulières de gestion des risques, de support des mesures, de formation des nouveaux employés et de chronique dans l'Express et avis au personnel ;
- Préparation à l'agrément et élaboration d'un plan d'amélioration.

Mesures de contrôles

Les activités en cours d'année se sont limitées à consolider les activités de surveillance de l'application des mesures de contrôle au sein de l'organisation.

L'obligation d'interdire la circulation en CHSLD en période d'éclosion pour des personnes ayant un trouble cognitif et touchées par une infection a une incidence importante sur le nombre de mesures de contrôle utilisées au sein de l'établissement.

Secteurs	Contentions physiques	Contentions chimiques	Contentions physiques et chimiques	Contentions physiques et isolement	Contention physiques chimiques et isolement	Isolement chambre sécuritaire	Surveillance privée à la chambre	Isolement en lien avec prévention des infections	Mesure non planifiée
CHSLD	3						2 ³	18	18 ⁴
Soins critiques	1								1
Unité de courte durée							1 ⁵		
Module de psychiatrie				2		1 ⁶			2
CRDI-TSA						1 ⁷			

³ Isolement à la chambre avec surveillance sans médication

⁴ Toutes les mesures non planifiées sont pour des raisons de prévention d'infection en période d'éclosion

⁵ Isolement à la chambre avec surveillance et médication

⁶ Isolement en chambre sécuritaire avec médication

⁷ Locaux sécurisés pour contrer les fugues

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la loi la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CPLQS), et le médecin examinateur sont responsables envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers dans le cadre de leurs fonctions et du traitement diligent des plaintes.

Bilan des activités

- Nombre total de plaintes reçues : 46
- Concernant des problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques : 6
- Nombre de plaintes référées à la direction des ressources humaines : 0
- Nombre d'interventions : 7
- Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire, ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi : 0
- Nombre de plaintes retirées : 0
- Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen : 2
- Délai moyen pour le traitement des plaintes : 27 jours
- Nombre d'assistances faites auprès des usagers : 12

Tableau des 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 le système de confirmation des rendez-vous des spécialistes	Réglé
	Révision de la politique de déplacement des usagers	Réglé
	Informar l'usager des conditions de retour à domicile et de l'aide disponible en situation difficile	Réglé
Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires	Mettre sur pied un groupe d'entraide pour le suivi de la clientèle en oncologie	En attente
	Assurer des services efficients en ergothérapie et en psychologie pour la clientèle enfant	En continu
	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
	Dossier d'hémodialyse quatre chaises prévues pour 2018	En cours
	Assurer une prise en charge diligente pour les cas de maltraitance	En continu

Protecteur du citoyen

Deux dossiers ont été transférés au Protecteur du citoyen. Ces derniers concernent le transport d'usager par la compagnie Pascan et le remboursement de frais de séjour.

Seul le dossier concernant le remboursement de frais de séjour a fait l'objet d'une recommandation dont la mesure à prioriser a été réalisée :

R1. Accorde à l'usagère, dans les trente (30) jours de la réception des présentes conclusions, une compensation financière supplémentaire de 75 \$ pour les frais de séjour et d'hébergement lors de son déplacement à Québec pour un rendez-vous médical, le 13 décembre 2018 - Un chèque au montant de 75 \$ a été émis au nom de l'usagère.

Coroner

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

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

Médecin examinateur

Pour l'année 2018-2019, 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'usager concernant la conduite, le comportement ou la compétence d'un médecin, dentiste, pharmacien ou médecin résident, incluant la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes.

Nombres de plaintes médicales		
	2017-2018	2018-2019
CISSS des Îles	4	7
TOTAL	4	7

Délai moyen de traitement		
	Nombre de plaintes	Délai moyen
Plaintes médicales	7	53 jours

Motifs	Nombre de dossiers
Accessibilité	0
Relations, attitudes	7
Soins et services	0
TOTAL	7

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	39	()	()	()	39
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	Sans objet	Sans objet	Sans objet	()
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	()	()	()	()	()
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	13
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)	6	()	()	()	6

() : nombre trop petit pour en permettre la publication

La divulgation des actes répréhensibles

Il n'y a eu aucune divulgation ou communication d'actes répréhensibles à l'égard de l'organisme public au cours de l'exercice 2018-2019.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le rapport annuel sur l'application du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration des services pour l'exercice 2018-2019 sera disponible en ligne sur le site Internet du CISSS des Îles, tout comme ceux des années antérieures. Des copies papier seront également disponibles au bureau de la commissaire et auprès du de la direction générale advenant toute demande en ce sens.

Au cours de l'année 2018-2019, la commissaire a effectué la promotion du régime d'examen des plaintes, notamment en distribuant des dépliants et des affiches sur le régime d'examen des plaintes dans toutes les installations du CISSS. Le rapport annuel de l'année précédente a également été présenté au conseil d'administration du CISSS en séance publique.

L'information et la consultation de la population

En 2018-2019, le CISSS des Îles a consolidé les actions de communication nécessaire 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. Ils font également office d'outil de premier plan dans le recrutement et l'affichage des postes vacants.

L'établissement a poursuivi son implication dans le milieu en participant à différentes activités visant la concertation des partenaires du milieu. Que ce soit par sa participation à des tables et comités intersectoriels, par des échanges avec les élus ainsi que par sa présence à quelques forums, le CISSS des Îles a réitéré, dans la dernière année, sa volonté d'être un partenaire de premier plan pour les Madelinots et Madelinienes.

Par ailleurs, le CISSS des Îles est demeuré ouvert aux différentes opportunités se présentant afin d'optimiser les outils pour transmettre de l'information à la population. Que ce soit par des publications officielles ou des entrevues médiatiques, l'établissement veille à faire circuler de l'information diverse sur son organisation et les services offerts.

En complément, conformément à la loi en vigueur, les séances du conseil d'administration du CISSS des Îles sont ouvertes à la population et une période de questions est prévue à chaque rencontre.

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Activité	Information demandée	10 décembre 2017 au 31 mars 2018	1 ^{er} avril 2018 au 31 mars 2019
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	44	86
Sédation palliative	Nombre de sédations palliatives continues administrées	0	1
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	1	4
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0	3
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0	2

Les ressources humaines

La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public

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.

La cible 2018-2019 allouée pour l'établissement était de 801 661 heures rémunérées soit une variation de 1,00 % comparativement à 2014-2015. Au terme de l'exercice, les résultats ont démontré un total de 814 969 heures rémunérées donc 13 308 heures de plus que la cible fixée pour un écart par rapport à celle-ci de 1.7 %.

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par la ministre de la Santé et des Services sociaux. À cet effet, des heures additionnelles ont été déployées dans les services pour des investissements dans les programmes tels que les soins à domicile, les services destinés aux jeunes en difficultés et à la clientèle du programme en santé mentale. De même, le développement de places d'hébergement en CHSLD a généré une augmentation des heures de soins et d'assistance. Un soutien financier récurrent du MSSS pour la gestion des ressources humaines, l'organisation des services cliniques, le CRDS ainsi que l'implantation du projet d'hémodialyse ont aussi eu un impact sur l'augmentation des heures. En conclusion, les heures déployées en surveillance privée pour une clientèle en situation problématique complexe ont augmenté en cours d'exercice financier 2018-2019. (Tableau page suivante).

11044088 - CISSS des Îles		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
11044088 - CISSS des Îles	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
	2018-19	37,434	220	37,654	21	27
	Variation	(13.3 %)	(14.5 %)	(13.4 %)	(13.6 %)	(15.6 %)
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
	2018-19	74,360	700	75,059	41	60
	Variation	23.8 %	53.1 %	24.0 %	23.4 %	33.3 %
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
	2018-19	243,435	10,257	253,692	132	175
	Variation	1.9 %	80.6 %	3.7 %	1.7 %	0.0 %
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
	2018-19	325,224	8,165	333,389	181	256
	Variation	(2.0 %)	28.6 %	(1.4 %)	(2.0 %)	2.0 %
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
	2018-19	110,235	4,046	114,281	57	120
	Variation	5.1 %	198.9 %	7.6 %	5.6 %	27.7 %
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
	2018-19	839	55	894	0	3
	Variation	25.2 %	84.8 %	27.7 %	24.8 %	0.0 %
Total du personnel pour 11044088 - CISSS des Îles	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
	2018-19	791,528	23,441	814,969	433	553
	Variation	1.5 %	65.9 %	2.7 %	1.5 %	1.7 %

Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	645 491	1.19	594 118	1.18	51 373	8.65
Services généraux – activités cliniques et d'aide	2 241 936	4.12	2 048 357	4.07	193 579	9.45
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	11 129 256	20.47	10 071 409	20.01	1 057 847	10.50
Déficiences physique	845 140	1.55	818 732	1.63	26 408	3.23
Déficiences intellectuelle et TSA	3 756 119	6.91	3 776 960	7.50	(20 841)	(0.55)
Jeunes en difficulté	254 717	0.47	315 227	0.63	(60 510)	(19.20)
Dépendances	18 293	0.03	24 459	0.05	(6 166)	(25.21)
Santé mentale	2 901 699	5.34	2 588 269	5.14	313 430	12.11
Santé physique	18 486 001	34.01	17 436 809	34.65	1 049 192	6.02
Programmes soutien						
Administration	3 899 811	7.17	3 839 672	7.63	60 139	1.57
Soutien aux services	4 297 401	7.90	4 279 675	8.50	17 726	0.41
Gestion des bâtiments et des équipements	5 893 756	10.84	4 537 289	9.01	1 356 467	29.90
Total	54 369 620	100.00	50 330 976	100.00	4 038 644	100.00

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.

L'équilibre budgétaire

Au terme de l'exercice financier 2018-2019, le CISSS des Îles a réalisé un surplus de 1 233 508 \$, lequel est constitué de 1 288 216 \$ provenant du fonds d'exploitation, et de (54 708) \$ provenant du fonds d'immobilisation. Le CISSS des Îles s'est ainsi conformé aux articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire pour une 2^e année consécutive.

Cette amélioration notable de la situation financière du CISSS des Îles est le fruit du travail rigoureux des dernières années en matière de suivi budgétaire, d'analyse financière et de positionnement stratégique de l'établissement. Le MSSS a su apprécier la pertinence des analyses financières et la lecture de situation financière de la part de la haute direction, et cela a grandement facilité la transition vers un budget équilibré. Notons à titre d'exemple les développements majeurs autorisés par le MSSS dans les secteurs de la santé mentale pour un montant de 245 500 \$, du soutien à domicile pour un montant de 1 483 994 \$ et des médicaments antinéoplasiques pour un montant de 93 600 \$.

Les contrats de service

Contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	0	-
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	7	19 190 751 \$
Total des contrats de service	7	19 190 751 \$

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.

L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

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.



Jasmine Martineau
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

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

R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant - États financiers et autres informations financières						
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 - Unités de mesure / hres travaillées et rémunérées						
Aucun commentaire ou observation.						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
Nous avons relevé des cas de non-conformité à la "Directive concernant les frais de déplacement des personnes engagées à honoraires par les organismes publics".	2013-2014	C	En lien avec les mandats visés par la directive 2012-026. S.O. en 2018-2019.	R		
Nous avons relevé des cas de non-respect de la circulaire 2011-037 concernant le cadre de gestion de la main-d'oeuvre indépendante.	2018-2019	C	Des mesures seront prises pour remédier à la situation en 2019-2020.			NR
Rapport à la gouvernance						
Aucun commentaire ou observation.						

La Fondation Santé de l'Archipel

La Fondation Santé de l'Archipel a pour mission d'amasser des fonds afin d'appuyer le CISSS des Îles à 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 de qualité, sécuritaires, accessibles, intégrés et en continuité.

Le conseil d'administration de la Fondation a tenu 10 rencontres ordinaires durant l'année financière 2018-2019. Au 31 mars 2019, les membres du conseil d'administration sont : M. Donald Vigneau, président (Desjardins Entreprises), D^{re} Christine Paquet, vice-présidente (GMF), M. Marc-Olivier Bourque, secrétaire-trésorier (PMT Roy Assurances), M^{me} Lise Leclerc (retraîtée du CISSS des Îles), M^{me} Claudine Lemieux (Clinique Oralia), M^{me} Jasmine Martineau (PDG du CISSS des Îles), M. Luc Miousse (MPO), M^{me} Clémence Poirier (CSMOP) et M^{me} Joanie Renaud (CISSS des Îles). La direction générale est assumée par M^{me} Geneviève Joyal.



M. Luc Miousse, M^{me} Lise Leclerc, M^{me} Jasmine Martineau, D^{re} Christine Paquet, M^{me} Joanie Renaud, M. Marc-Olivier Bourque, M^{me} Clémence Poirier, M. Donald Vigneau et M^{me} Geneviève Joyal

Nos activités de financement

- L'Équipée Santé (porte-à-porte) de novembre 2018 a permis d'amasser plus de 41 000 \$. Ce montant a été attribué au remplacement de l'unité mobile régionale de résonance magnétique (IRM) ;
- Activités du comité en psychiatrie citoyenne (6 937 \$) ;
- La quatrième édition de la Course à obstacles « T'as pas l'tchoeur Proxim » (7760 \$) ;
- La première édition de l'événement « Misez Santé Desjardins », une soirée exceptionnelle qui s'est tenue le 2 mars dernier. Cette activité a permis d'amasser une somme près de 25 000 \$.

Les activités de financement de nos bénévoles

- La randonnée de filles en moto (8000 \$) ;
- La campagne du pain rose de la Boulangerie régionale (1 215 \$) ;
- Spectacle-bénéfice de la Philantroupe (3 800 \$) ;

Les principaux achats réalisés par la Fondation au cours de l'année financière 2018-2019

- Plusieurs investissements majeurs dans le département de radiologie. Des octrois qui franchissent la somme record de 270 000 \$;
- Plusieurs dons ciblés pour le CHSLD Eudore-LaBrie permettant des achats pour les loisirs pour une somme totalisant près de 31 000 \$;
- Don ciblé d'Opération Enfant Soleil en 2018 de 22 830 \$: Une somme de 14 375 \$ sert à l'acquisition d'un laryngoscope, permettant d'augmenter l'efficacité des interventions à l'urgence. Un montant de 8 455 \$ remis au Fonds d'Entraide l'Envol contribue à améliorer l'accessibilité au système de transport d'urgence pour les parents-accompagnateurs.

Annexe : Le 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 2018-2019, aucun cas de manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été soulevé.

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

TABLE DES MATIÈRES

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	20
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 prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. FONDEMENT LÉGAL

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (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 : telle que définie 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 circonstances⁸.

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. CHAMP D'APPLICATION

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

5. DISPOSITION FINALE

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

6. DIFFUSION

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

⁸ 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 pros crit.

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 habiletés 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, _____ <i>[prénom et nom en lettres moulées]</i>, 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'actionnariat 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 <i>[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées]</i> : _____ _____ _____								
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 _____. <i>[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]</i> : _____ _____ _____								
3. Emploi J'occupe les emplois suivants : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"><thead><tr><th style="width: 50%; text-align: center;">Fonction</th><th style="width: 50%; text-align: center;">Employeur</th></tr></thead><tbody><tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr><tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr></tbody></table> 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 _____.			Fonction	Employeur				
Fonction	Employeur							
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 <i>[aaaa-mm-jj]</i>	_____ 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'actionnariat 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-jjj]

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



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

Québec 