Centre de santé et de services sociaux
des Aurores-Boréales

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION
# 2014-2015

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

(1er avril 2014 au 31 mars 2015)

Ce document a été réalisé par :

Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales
679, 2ème Rue Est
La Sarre (Québec)  J9Z 2X7
Téléphone : (819) 333-2311
Télécopieur : (819) 333-4316

Sous la supervision de Maggy Vallières, directrice de la qualité, évaluation, performance et éthique et Nathalie Trottier, adjointe administrative.

ISBN : 2-9802096-8-6

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Canada, 2009

TABLE DES MATIÈRES

*MOT DE LA PRESIDENTE ET DU DIRECTEUR GENERAL* ..... *5*
*DECLARATION DU PRESIDENT-DIRECTEUR GENERAL* ..... *6*
*RAPPORT DE LA DIRECTION* ..... *7*
*PORTRAIT DU TERRITOIRE* ..... *8*
**Le territoire et la population** ..... **8**
**Les problèmes de santé et de bien-être** ..... **8**
*PORTRAIT DU CSSS DES AURORES-BOREALES* ..... *10*
**La mission** ..... **10**
**La vision** ..... **10**
**Les valeurs** ..... **11**
**Organigramme** ..... **12**
**Ressources humaines** ..... **13**
**Offre de services** ..... **15**
*PRINCIPAUX ENJEUX, ACTIONS ET FAITS SAILLANTS* ..... *18*
**Choix stratégiques 2011-2015** ..... **18**
**Voici les faits saillants pour l'année 2014-2015 :** ..... **25**
Direction des services à la population et des soins infirmiers ..... 25
Direction des services administratifs ..... 30
Direction des ressources humaines ..... 35
Direction des services professionnels ..... 40
Direction des services hospitaliers ..... 41
Direction de la qualité ..... 42
Direction générale et direction de la qualité ..... 45
*BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITE 2014-2015* ..... *45*
*APPLICATION DE LA LOI 100* ..... *70*
*EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS DES USAGERS* ..... *71*
*ACTIVITES DES COMITES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DES CONSEILS PROFESSIONNELS* *81*
**Comité de vigilance et de la qualité** ..... **81**
**Comité des usagers** ..... **83**
**Comité des résidents** ..... **84**
**Comité de prévention et contrôle des infections** ..... **84**
**Comité de gestion des risques** ..... **85**
**Comité d'éthique** ..... **86**
**Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens** ..... **86**
**Conseil multidisciplinaire** ..... **89**
**Conseil des infirmières et infirmiers** ..... **90**
*PORTRAIT SOMMAIRE DES ÉTATS FINANCIERS ET ÉTATS DES OPÉRATIONS AU 31 MARS-15* ..... *92*

*CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS* ..... *96*
*LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES* ..... *117*
*ÉTATS FINANCIERS* ..... *121*

# MOT DE LA PRÉSIDENTE ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Les membres du conseil d'administration et l'équipe de direction du CSSS des Aurores-Boréales présentent avec beaucoup de fierté un bilan fort positif de l'année 2014-2015.

Sous l'impulsion donnée par les visées de son plan stratégique 2010-2015, le CSSS des Aurores-Boréales a réalisé plusieurs projets pour le mieux-être des usagers et de la population.

Ainsi, ce rapport annuel de gestion rend compte des principales réalisations qui ont vu le jour grâce à l'engagement et à la mobilisation des membres de notre personnel, de nos gestionnaires, de notre équipe médicale, et de nos dévoués bénévoles. De plus, les résultats obtenus dans l'atteinte des cibles de services font certainement la démonstration de l'adhésion de tous envers l'amélioration des soins et des services dans chacun des axes de notre mission.

Comme le capital humain est notre ressource la plus précieuse, parmi les moyens retenus pour devenir un établissement modèle et un employeur de choix, nous visons à favoriser une gestion davantage axée sur les personnes. Nous croyons que le succès de l'organisation est d'abord et avant tout attribuable au talent, à la compétence et au dynamisme de son personnel. Des valeurs individuelles telles que l'engagement, la responsabilisation, le respect, l'esprit d'équipe, l'innovation et la créativité ainsi que la cohérence sont privilégiées.

La recherche d'optimisation de nos activités a occupé une place prépondérante au cours de l'année écoulée. De nombreux chantiers d'optimisation ont été mis en œuvre pour assurer une gestion performante, en ayant le souci de rentabiliser les projets de développement, d'optimiser les soins et les services actuels, et d'innover dans les pratiques administratives et cliniques.

Par ailleurs, le conseil d'administration et la direction suivent avec beaucoup d'attention les indicateurs sur la qualité et sur la sécurité des services. Le CSSSAB a subi en septembre 2014 sa visite de certification d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément.

Nous profitons de l'occasion pour remercier les membres du conseil d'administration pour leur soutien. Leur expertise est indispensable. Merci aussi à l'équipe de direction, aux médecins, spécialistes et aux employés pour leur professionnalisme, leur dévouement, leur compétence et leur détermination à offrir les meilleurs soins et services à la population de l'Abitibi-Ouest. Merci aussi à nos bénévoles qui ne ménagent rien pour offrir une belle parole ou un sourire à nos patients et à nos résidents. Vous êtes un maillon important au CSSS des Aurores-Boréales. Enfin, merci à la Fondation Dr Jacques-Paradis qui travaille sans relâche pour nous accompagner dans la réalisation de plusieurs projets.

Bien à vous,

Huguette Théberge, présidente

Paul Fortin, directeur général

# DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

À titre de président-directeur général, 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 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;

- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats ;

- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

M. Jacques Boissonneault
Président-directeur général
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

# RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

La direction du Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales 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 et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte dûment mandatée pour ce 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 Deloitte peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

# PORTRAIT DU TERRITOIRE

## LE TERRITOIRE ET LA POPULATION

Le territoire desservi par le Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales s'étend sur 3 300 kilomètres carrés. Il est découpé en 21 municipalités et deux territoires non organisés. Plus de la moitié des municipalités comptent moins de 500 habitants et la distance maximale entre elles est de 20 kilomètres. Aucune d'elles n'est localisée au-delà de 55 kilomètres de La Sarre, la ville la plus importante du territoire. Le Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales dessert également trois (3) municipalités de la Baie-James (Villebois, Val-Paradis et Beaucanton) ajoutant environ 950 personnes à sa clientèle.

La population desservie représente environ 14 % des Témiscabitibiens. Elle est francophone à plus de 99%. Elle est estimée à 20 048 personnes en 2013. La situation anticipée pour 2021 se présente donc comme suit : une population totale d'un peu plus de 19 500 personnes. Dont :

- des jeunes de moins de 15 ans, moins nombreux qu'en 2010 (3 394 comparé à 3 420 en 2010) et représentant une proportion moins élevée de la population (16,1% contre 16,5 % en 2010) ;
- une population de 15 à 64 ans moins importante en nombre (13 840 comparé à 13 853 en 2010) ;
- des aînés plus nombreux (3 814 personnes contre 3 514 en 2010) et ayant un poids démographique supérieur dans la population (18,1 % contre 16,9 % en 2010).

L'âge moyen est de 42,6 ans et devrait croître jusqu'à 47,4 ans en 2031. (Source: Institut de la statistique du Québec).

## LES PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Selon le Portrait de santé en bref de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, environ 12,4 % de la population de 15 ans et plus de l'Abitibi-Ouest ne se percevait pas en bonne santé en 2009-2010, une proportion supérieure à celle du Québec.

L'espérance de vie à la naissance du territoire du Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales s'améliore, mais demeure encore légèrement inférieure à celle du Québec (79,2 ans contre 81,1 ans au Québec). L'espérance de vie à 65 ans, soit le nombre d'années à vivre au-delà de 65 ans, augmente légèrement elle aussi, mais demeure un peu plus faible que celle du Québec, soit 19 ans contre 19,1 au Québec. L'espérance de vie en bonne santé, soit sans incapacité, était de 65 ans en Abitibi-Ouest alors qu'elle était de 67,4 ans au Québec.

Au niveau de la santé physique en général, on dénombrait en moyenne 131 nouveaux cas de cancer chaque année, soit un taux de 569 cas pour 100 000 personnes, un taux supérieur à celui du Québec (521) entre 2006 et 2010. Par contre, dans la même période, le taux de nouveaux cancer de la prostate est sensiblement plus élevé sur le territoire d'Abitibi-Ouest soit 100 cas pour 100 000 hommes, alors que celui du Québec est de 120 cas par 100 000 hommes et celui de l'Abitibi-Témiscamingue, 104 cas par 100 000 hommes.

Depuis près d'une dizaine d'années, la proportion de personnes atteintes de diabète (6,9 %) était comparable à celle du Québec (7,0 %). Toutefois, cette maladie touchait plus d'hommes que de femmes. Parmi les autres problèmes de santé chroniques recensés et pour lesquels on dispose d'informations, les maux de dos viennent au premier rang et touchent environ une personne sur 5 (20 %) en région parmi la population de 12 ans et plus ; en second, on retrouve l'hypertension qui affecte 18,4 % des Témiscabitibiens, puis les migraines 11,8 %, l'arthrite 12,1 % et l'asthme 3,2 % (2009-2010).

Au chapitre des hospitalisations en santé physique, le territoire du Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales affiche un taux d'hospitalisation de 1 188 cas par 10 000 personnes, un taux sensiblement plus élevé qu'au Québec (774 hospitalisations par 10 000 personnes).

En ce qui concerne la mortalité, comme le reste de la région, le territoire du Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales présente pour la période de 2005 à 2009 un taux de mortalité similaire au taux québécois, soit de 773 décès pour 100 000 personnes comparativement à 720 décès pour 100 000 personnes au Québec (Source: MSSS, fichier des décès).

Concernant la santé mentale, 174 hospitalisations pour troubles mentaux se sont produites pour la population du territoire de l'établissement avec une durée moyenne d'hospitalisation de 11 jours (Source: MSSS, fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2009-2010).

De 2004 à 2008, on a recensé sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales une moyenne de 4 suicides par année soit un taux de 20 décès par suicide pour 100 000 personnes comparativement à 20 pour l'Abitibi-Témiscamingue et 15 pour le Québec (Source: MSSS 2006-2010).

Dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), durant la période 2005 à 2010, la proportion d'enfants dont le signalement a été retenu pour évaluation est de 42 % en moyenne aux Aurores-Boréales, ce qui est identique au taux régional. Ajoutons que cela représente 106 signalements retenus en moyenne par année. Par ailleurs, aux Aurores-Boréales, de 2005 à 2010 près d'une quarantaine de jeunes de moins de 18 ans ont été pris en charge en moyenne chaque année dans le cadre de la même loi, ce qui se traduit par un taux de 9,0 prises en charge pour 1 000 jeunes, taux supérieur à celui régional (7,3). La comparaison de ces données avec celles de la période 2004 à 2010 montre une très légère augmentation.

# PORTRAIT DU CSSS DES AURORES-BORÉALES

Le Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales (CSSSAB) est un établissement multi vocationnel dont les activités sont dispersées dans diverses installations, points de services et points de chute sur le territoire de la MRC d'Abitibi-Ouest. L'installation principale est située à La Sarre. Les autres points de services sont localisés à Macamic, Palmarolle et Dupuy. Cinq (5) points de chute offrent des services courants à Duparquet, Gallichan, Normétal, Taschereau et Beaucanton. En 2005, l'établissement adoptait cette approche milieu comme modèle de distribution des services de première ligne. Cette approche propose que les services de base soient organisés et dispensés en tenant compte de quatre (4) zones d'appartenance auxquelles quatre (4) équipes sont dédiées pour une gamme importante de services et pour leur coordination.

## LA MISSION

Le CSSS des Aurores-Boréales a pour fonction d'assurer des services de santé et des services sociaux de qualité, continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels. À cette fin, l'établissement doit gérer efficacement ses ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu en vue d'améliorer l'offre de services à rendre à la population.

Concrètement, les responsabilités du CSSS des Aurores-Boréales sont de :

- promouvoir la santé et le bien-être ;
- accueillir, évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis ;
- prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes vulnérables.

Afin de couvrir l'ensemble des besoins de sa population, qu'il ne peut combler à lui seul, le CSSS des Aurores-Boréales doit conclure des ententes de services avec d'autres partenaires (cliniques médicales, groupe de médecine familiale, centre jeunesse, centres de réadaptation, organismes communautaires, milieu de l'éducation et municipal, centres hospitaliers universitaires, etc.) et ainsi, élaborer un projet clinique.

## LA VISION

- **Population** : À l'intérieur d'une approche basée sur le respect et la confiance, nous, les jeunes, les adultes et les aînés du territoire de la MRC d'Abitibi-Ouest, nous sommes informés, consultés, engagés et responsables dans notre milieu pour une prise en charge mutuelle de notre santé et de notre mieux-être. Nous sommes soucieux de notre environnement et travaillons à sa mise en valeur globale. Grâce à nos actions, le bilan démographique de notre région est positif.

- **Milieu de vie** : Tout en privilégiant le milieu de vie naturel, nous avons accès à des milieux de vie adaptés à nos besoins en tenant compte de la proximité et du respect de nos choix dans notre communauté d'appartenance.

- **Services** : Notre réseau intégré de services est à l'écoute de nos besoins et évalue régulièrement les services offerts. Nous avons accès à un continuum de services flexible, adapté et continu en tenant compte des capacités du milieu.

- Le Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales (CSSSAB), les partenaires et la communauté privilégient des services de promotion, de prévention et de dépistage pour leurs différentes clientèles.

- **Partenaires** : Nous, les partenaires du réseau et hors réseau, collaborons et nous concertons étroitement pour offrir des services intégrés à la population. Animé par un grand esprit de coopération, chacun de nous reconnaît et respecte la mission et l'expertise des autres. Nous sommes mobilisés et proactifs pour répondre aux besoins de la population et toutes nos actions convergent vers son mieux-être.

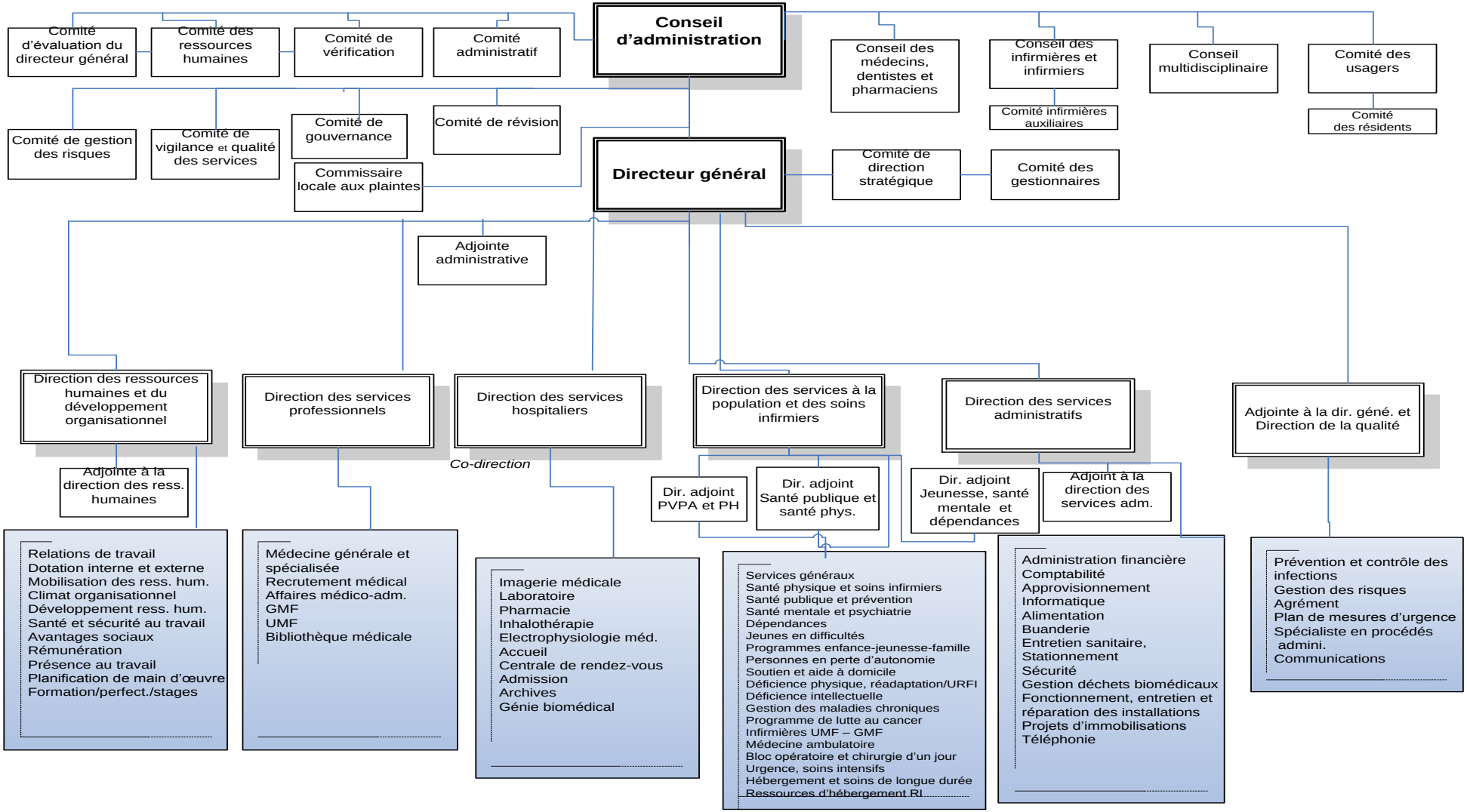
- **Intervenants** : Notre sentiment d'appartenance comme personne œuvrant au CSSSAB se caractérise par nos implications, notre adhésion et notre engagement envers la vision 2011-2015. Notre contribution est reconnue et des mesures dynamiques de reconnaissance sont soutenues par le CSSSAB et la population. Travaillant en équipes multidisciplinaires, nous sommes en mesure d'humaniser la prise en charge des usagers. Pour favoriser notre utilisation efficace et efficiente, l'organisation du CSSSAB met de l'avant un plan de développement des ressources humaines en lien avec le décloisonnement des professions.

LES VALEURS

L'organisation de nos services mise en place en vue de la réalisation de notre mission, repose sur les valeurs suivantes :

- le respect des personnes, des groupes et des organisations, ce qui implique l'écoute et la compréhension des besoins ;
- l'acceptation des différences, donc la recherche de solutions acceptables pour chacune des parties lorsque les problèmes surviennent ;
- l'empathie et l'engagement qui favorisent la compréhension des situations difficiles et incitent à aider ceux qui les vivent ;
- l'autonomie des personnes et des familles dans les choix qui leur appartiennent ;
- la responsabilité de chaque personne dans le respect de ses obligations ;
- la clarté et la rigueur dans les prises de décision et le type d'interventions effectuées ;
- la transparence dans l'information sur les suivis, les orientations, les actions et leurs conséquences ;
- la solidarité et la confiance dans les ressources et les potentialités de chacun et du milieu ;
- la congruence entre le discours et l'action.

# ORGANIGRAMME



RESSOURCES HUMAINES

Au 31 mars 2015, notre établissement comptait 775 employés, représentant 668,88 équivalent temps complet (E.T.C.), soit 530,36 (temps complet et temps partiel régulier) et 138,52 (temps partiel occasionnel).

Au cours de l'année, nous avons procédé à l'embauche de 128 personnes alors qu'environ 101 personnes ont quitté l'établissement (incluant le départ des étudiants à la fin de la période estivale et de la période des fêtes).

| *Répartition des ressources humaines par catégorie d'emploi* | |
|---|---|
| **Catégorie** | **Nb employés** |
| Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires (FIQ) | 250 |
| Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (CSN) | 267 |
| Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (CSN) | 89 |
| Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (APTS) | 122 |
| Syndicables non-syndiqués | 11 |
| Pharmaciens | 5 |
| Cadres supérieurs (incluant la directrice de l'administration des services professionnels) | 10 |
| Cadres intermédiaires | 19 |
| Hors cadres et stabilité d'emploi | 0 |

| *Répartition des ressources humaines par unité d'accréditation syndicale* | |
|---|---|
| **Unité d'accréditation syndicale ou regroupement** | **Nb employés** |
| FIQ | 250 |
| CSN (groupes 2 et 3) | 358 |
| APTS | 122 |
| SNS (syndicables non-syndiqués) | 11 |
| APES (pharmaciens) | 5 |
| AGESSS, ACSSSS, ADGSSSQ, etc. (cadres intermédiaires, cadres supérieurs, hors-cadres) | 28 |

| *Répartition des ressources humaines par statut* | |
|---|---|
| **Statut** | **Nb employés** |
| Temps complet | 338 |
| Temps complet temporaire | 18 |
| Temps partiel régulier (incluant la directrice de l'administration des services professionnels) | 227 |
| Temps partiel occasionnel | 192 |
| Sécurité d'emploi | 0 |

**Heures d'assurance-salaire**

| 2014-2015 | 2013-2014 |
|---|---|
| Heures assurance-salaire : 65 645 | Heures assurance-salaire : 60 754 |
| Heures travaillées : 906 509 | Heures travaillées : 899 655 |
| Ratio : 7,24 % | Ratio : 6,75% |

| Griefs | |
|---|---|
| **2014-2015** | **2013-2014** |
| Griefs déposés : 84 | Griefs déposés : 67 |
| Griefs réglés ou annulés : 48 | Griefs réglés ou annulés : 78 |
| Griefs en suspens : 221 | Griefs en suspens : 180 |

| Libérations syndicales | | | |
|---|---|---|---|
| **2014-2015** | | **2013-2014** | |
| Nombre d'heures | : 8 191,17 | Nombre d'heures | : 7 498,84 |
| Coût | : 207 541,34 $ | Coût | : 192 653,51 $ |

| Heures rémunérées | |
|---|---|
| **Du 1er janvier au 31 mars 2014** | **Du 1er janvier au 31 mars 2015** |
| 274 632 | 270 986 |

OFFRE DE SERVICES

Le CSSSAB, en collaboration avec les partenaires locaux et régionaux, assure une gamme importante de services de première ligne, de deuxième ligne et des services d'hébergement et de soins de longue durée. Ces services sont dispensés dans la communauté à partir des équipes locales, dans les points de services et les points de chute et dans les installations de La Sarre, Macamic et Palmarolle pour les services d'hébergement. Il réalise des activités de santé publique, de nature préventive et curative, des services de réadaptation, de réinsertion, d'assistance et de soutien selon une approche globale, interdisciplinaire et communautaire. Le CSSSAB vise à ce que ses services soient offerts à l'intérieur de ses installations et privilégie des interventions directement dans le milieu de vie de la population.

En plus des spécialités de base en santé physique, l'établissement offre des services spécialisés pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue en rhumatologie, dermatologie et physiatrie. Il exerce des missions à vocation régionale en psychogériatrie et en réadaptation fonctionnelle intensive en partenariat avec le Centre de réadaptation La Maison. L'établissement est activement impliqué avec l'Université de Montréal dans un programme d'enseignement en médecine familiale (UMF).

Les services de première ligne

Au niveau des services de première ligne, les services sont organisés à partir des programmes visant les jeunes et leurs familles, les programmes visant les adultes, les programmes visant les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées. L'énumération ci-jointe témoigne d'une gamme importante de services :

**Programme jeunesse-enfance-famille - Services enfance-famille : parents d'enfants d'âge préscolaire 0-5 ans :**

- Services intégrés en périnatalité et petite enfance « SIPPE » ; Naître égaux et grandir en santé « NEGS » ; Soutien aux jeunes parents « PSJP » ;
- Programmes de promotion, de prévention et de dépistage auprès des enfants de 0-5 ans ; Programme de dépistage 18 à 36 mois ;
- Vaccination 0-18 mois ;
- Dépistage, support, développement des enfants de 3 ans;
- Orthophonie;
- Santé dentaire.

**Services jeunesse 6-17 ans :**

- Soins infirmiers en milieu scolaire et à domicile;
- Cliniques médicales en santé jeunesse au secondaire ;
- Services psychosociaux généraux et scolaires;
- Santé dentaire;
- Vaccination en milieu scolaire;
- Action communautaire ;
- Équipe intervention jeunesse (E.I.J) ;

- Activités de concertation (MSSS-MELS, Interaction) ;
- Programme SIDEP ;
- Éducateur en milieu naturel ;
- École en santé.

**Programme adulte :**

- Programme de gestion et de lutte aux maladies chroniques : clinique de diabète et de dépistage d'insuffisance rénale; promotion de la santé et prévention des maladies cardiovasculaires; dépistage de l'insuffisance rénale;
- Diététiste – nutrition;
- Centre d'abandon du tabagisme;
- Services psychosociaux, prévention du suicide ;
- Ententes de complémentarité et de collaboration avec plusieurs organismes communautaires du secteur ;
- Desserte du territoire VVB, région 10 ;
- Action communautaire;
- Clinique des voyageurs;
- Immunisation de base.

**Programme personnes âgées et personnes handicapées :**

- Suivi systématique de la clientèle à domicile;
- Soins infirmiers et services psychosociaux à domicile;
- Soins palliatifs et de fin de vie intégrés;
- Services médicaux à domicile;
- Aide à domicile régulière et pour personnes handicapées;
- Service de ligne de vie à domicile;
- Action communautaire;
- Réseau d'entraide et de soutien aux aidants naturels;
- Auxiliaires familiales à domicile;
- Centres de jour;
- Réadaptation (physiothérapie, ergothérapie);
- Diététiste – nutrition;
- Inhalothérapie à domicile;
- Comité d'évaluation – orientation réseau (CEOR);
- Ressources intermédiaires.

<u>Les services de deuxième ligne</u>

Au niveau des services de deuxième ligne, les services sont répartis dans des soins de courte durée et des services professionnels et hospitaliers. Ci-après une énumération de ces services :

**Soins de courte durée :**

- Urgence (accueil - évaluation – orientation, PRISMA7);
- Médecine – chirurgie (37 lits);
- Gériatrie active et ambulatoire;

- Soins intensifs (4 lits);
- Unité interne en santé mentale (8 lits);
- Centre de natalité – pédiatrie (7 lits);
- Service externe de consultation en santé mentale ;
- Lits d'observation (4 lits);
- Chirurgie d'un jour (12 civières).

**Services professionnels et hospitaliers :**

- Bloc opératoire et stérilisation (3 salles);
- Clinique externe;
- Hémodialyse et dialyse (10 stations) ;
- Hémato–oncologie;
- Inhalothérapie;
- Laboratoire ;
- Imagerie médicale;
- Pharmacie;
- Physiothérapie – ergothérapie;
- Programme de réhabilitation cardio–respiratoire;
- Accueil – archives.

Les services d'hébergement et de soins de longue durée

Au niveau des services d'hébergement et de soins de longue durée, les services touchent les personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle.

- Hébergement en soins de longue durée à Macamic (111 lits) ;
  - Unité régionale de réadaptation fonctionnelle intensive (15 lits)
  - Soins de longue durée (73 lits)
  - Unité gériatrique polyvalente de soins post hospitaliers (10 lits)
  - Unité régionale de psychogériatrie (13 lits)

- Hébergement en soins de longue durée à La Sarre (25 lits);

- Hébergement en soins de longue durée à Palmarolle (22 lits).

# PRINCIPAUX ENJEUX, ACTIONS ET FAITS SAILLANTS

CHOIX STRATÉGIQUES 2011-2015

Trois (3) grands enjeux se dégagent du contexte dans lequel évolue le CSSSAB. Pour relever le défi posé par chacun de ces enjeux, le CSSSAB retient quatre (4) orientations articulées autour de divers axes d'intervention pour lesquels des objectifs sont formulés :

**ENJEU 1** – Des actions efficaces en promotion de la santé et en prévention.
Orientation 1 – Consolider la place de la promotion de la santé et de la prévention auprès de la communauté.

**ENJEU 2** – La consolidation des services de base dans chacun des programmes et secteurs d'activités de l'établissement.
Orientation 2 – Maintenir et améliorer l'accès aux services de l'établissement et la continuité dans l'offre de services.
Orientation 3 – Maintenir et améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services de l'établissement.

**ENJEU 3** – Le soutien au changement et aux activités courantes.
Orientation 4 – Assurer le soutien à l'adaptation et à l'innovation en lien avec les changements en cours et à venir.

La planification stratégique a été adoptée en juin 2011 suite à plusieurs démarches de consultation. La **planification stratégique 2011-2015** propose d'abord d'intervenir en prévention et en promotion de la santé pour contrer les problèmes de santé et de bien-être de notre population. Elle propose ensuite de consolider les services de base dans une consolidation de tous les secteurs nécessaires afin que nos services soient facilement accessibles et continus. L'établissement veut également soutenir toute l'organisation, ses employés, ses médecins et ses partenaires afin qu'ils puissent s'adapter et tirer profit des changements et de l'évolution des pratiques. La planification stratégique 2011-2015 s'inscrit en continuité avec les démarches transparentes que l'établissement a menées dans les années antérieures. Elle veut être en cohésion avec les orientations de tout le réseau de la santé et des services sociaux de notre région et du Québec. Elle témoigne de l'engagement de l'établissement pour les prochaines années. Voici donc le bilan des activités réalisées :

| AXE D'INTERVENTIONS | | ACTIONS PRÉVUES EN 2014-2015 | BILAN 2014-2015 |
|---|---|---|---|
| SANTÉ PUBLIQUE | Maintien et renforcement de l'approche milieu et du partenariat. | Consolidation de la prise en charge | • Organisation des services de 1ère ligne en gestion des maladies chroniques en fonction de la vulnérabilité de la clientèle dans une approche populationnelle. À ce jour, les usagers qui nécessitent des suivis en maladies chroniques sont suivis dans leurs secteurs.<br>• Développement des communautés : plan d'action local en santé publique actualisé. Bilan annuel du plan présenté au conseil d'administration.<br>• Tournée des municipalités réalisée pour les informer du portrait local, des tableaux de bord et promotion des |

| AXE D'INTERVENTIONS | | ACTIONS PRÉVUES EN 2014-2015 | BILAN 2014-2015 |
|---|---|---|---|
| | | | services.<br>• Développement d'une table de concertation en transport collectif. |
| | Services intégrés et préventifs aux jeunes et aux adultes. | Maintien et consolidation | • Plusieurs interventions dans le cadre du plan d'action local en santé publique (ex. : application des scellants amorcée, vaccination infantile, vaccination voyageur et adulte, services intégrés à la petite enfance, etc.).<br>• Table l'Envolée est fonctionnelle. La programmation de la 2ème année est en réalisation. Une programmation commune au niveau des saines habitudes de vie et la petite enfance est en élaboration. |
| | Gestion et suivi intégré des maladies chroniques incluant la promotion de la santé et la prévention. | Délais adéquats de prise en charge | • Relocalisation de l'équipe dédiée en gestion des maladies chroniques au GMF+ en 2015.<br>• Activités préventives dans les cliniques spécialisées, plan d'action local en santé publique actualisé et Jocoeur en place et fonctionnel (cessation du tabagisme, plusieurs activités dans le milieu, Québec en forme, clinique diabète, clinique MCV, etc.).<br>• Renouvellement pour Jocoeur en entreprises (juin 2016) : 19 entreprises. |
| | Prévention des chutes, de la violence, du suicide en lien avec la consommation des médicaments pour les personnes âgées. | Mise en place et consolidation | • Programme de prévention des chutes implanté. Processus de révision amorcé.<br>• Prévention du suicide : interventions et accès aux services psychosociaux. Liens d'intervention avec la communauté et les organismes du milieu. Formation en cours, diffusion des procédures d'intervention.<br>• Intervenante pivot en dépendances, liens continus avec le Centre Normand et les organismes du milieu.<br>• Table abus violence fonctionnelle.<br>• Programmes présents sur le territoire (ex. : interventions multifactorielles personnalisées (IMP), programmes PIED et Vie-Active déjà implantés).<br>• Plan d'amélioration sur les mesures alternatives, le positionnement et l'utilisation des contentions au CSSSAB. Registre des contentions, acquisition du matériel et d'équipements en cours, actualisation du programme de formation continu. |
| | Recherche et développement sur le territoire et les meilleures pratiques. | Ajusté selon le bilan de santé populationnel | • Participation aux formations suggérées pour actualiser les meilleures pratiques cliniques et motivationnelles d'intervention.<br>• Support de l'Agrément dans les normes à respecter basées sur les meilleures pratiques. Suivi au comité de vigilance et comité de gestion des risques des recommandations et autres instances comme les ordres professionnels, Protecteur du citoyen, Coroner, etc.<br>• Participation à des programmes de recherches lorsque pertinent pour l'organisation.<br>• Adaptation des interventions et de l'organisation des services en fonction des meilleures pratiques (ex. : équipe d'intensité variable en santé mentale, gestion de cas pour les services psychosociaux, AMPRO+ (formation et séquences d'implantation du programme), approche adaptée à la personne âgée, continuum AVC, implantation de la gouverne en oncologie, etc.).<br>• Création d'un registre québécois sur la vaccination. |
| | Liens dynamiques avec les organismes communautaires. | Maintien et consolidation | • Participation et implication aux différentes tables de concertation du réseau local (une vingtaine) et plusieurs représentants d'organismes à ces tables. Participation active à des forums (aînés et proches aidants, jeunesse, etc.).<br>• Implication active des organisateurs communautaires dans les collectivités.<br>• Modification d'un poste d'organisation communautaire pour intégrer le volet organisation de l'action bénévole en établissement à la fonction.<br>• Participation au forum régional sur la collaboration entre organismes communautaires et réseau public février 2015. |

| AXE D'INTERVENTIONS | | ACTIONS PRÉVUES EN 2014-2015 | BILAN 2014-2015 |
|---|---|---|---|
| INTERVENTIONS EN SANTÉ PHYSIQUE | Intervention de première ligne et urgence. | Mise en place et consolidation | • Collaboration avec la Sûreté du Québec pour la surveillance et interventions pour clientèle accompagnée à l'urgence par la SQ.<br>• Plage horaire sans rendez-vous et avec rendez-vous (clinique de transition au GMF, clinique des femmes au GMF, UMF et infirmière praticienne spécialisée).<br>• Ordonnances collectives disponibles.<br>• Suivi quotidien des taux d'occupation sur civière à l'urgence.<br>• Guichet d'accueil, orientation et triage à l'urgence. Dépistage et repérage de la clientèle vulnérable (PRISMA-7), relance préventive et prise de contact avec la clientèle dans les secteurs. |
| | Implantation d'un GMF+ et accès aux services médicaux. | Délais adéquats de prise en charge | • Recrutement médical continu (omnipraticiens et spécialistes).<br>• Enregistrement en ligne pour SIGACO (inscription de la clientèle vulnérable orpheline). |
| | Amélioration du circuit du médicament. | Mise en place<br>Évaluation et révision du plan d'action | • Amélioration des processus sans technologie dans le cadre du SARDM (système automatisé et robotisé de distribution des médicaments).<br>• Consolidation de la feuille d'administration des médicaments (FADM).<br>• Mise à niveau des médicaments dans l'application (logiciel).<br>• Agrandissement de la pharmacie et installation des équipements (chariots, ensacheuse).<br>• Déploiement (formation et implantation) des chariots de distribution des médicaments sur toutes les unités de soins.<br>• Révision de l'ensemble du circuit du médicament suite à l'implantation des chariots de distribution des médicaments et de l'ensacheuse à la pharmacie.<br>• Consolidation de l'implantation du bilan comparatif du médicament (BCM). Se poursuit.<br>• Numérisation des ordonnances réalisée, consolidation en cours.<br>• Rédaction de protocoles et de procédures en cours et à poursuivre. |
| | Développement d'un centre de services ambulatoires intégrés. | Selon plan directeur immobilier et plan d'optimisation | • Comité du bloc opératoire est fonctionnel. Rédaction des règles d'utilisation des ressources au bloc opératoire diffusées et en implantation et révision des processus au bloc opératoire en cours. Mise à jour des procédures réalisées.<br>• Rénovations majeures pour l'aménagement de la pharmacie en cours. |
| | Coordination et développement des soins et services en cancer, maladies chroniques, soins palliatifs. | Délais adéquats de prise en charge et consolidation | • Infirmière pivot en oncologie en place. Mécanismes de coordination et d'accès en place.<br>• Organisation des services médicaux en oncologie modifiée avec le support d'omnipraticiens.<br>• Participation à la démarche régionale d'organisation des services et gouverne locale en oncologie en implantation.<br>• Corridors de service établis avec Gatineau. Certains usagers désirant obtenir des services ailleurs au Québec sont supportés par l'infirmière pivot en oncologie (IPO) dans leurs démarches et référence.<br>• Equipe interdisciplinaire en oncologie fonctionnelle.<br>• Implication d'une omnipraticienne pour assumer un rôle clinico-administratif.<br>• Cadre de référence et démarche d'amélioration des soins palliatifs en cours.<br>• Registre québécois du cancer (SARDO) fonctionnel. |
| | Accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes. | Maintien et consolidation | • Ententes pour les services médicaux régionaux en continu.<br>• Respect des délais pour les services diagnostiques et accès aux chirurgies.<br>• Démarche continue de recrutement en rhumatologie, médecine interne, physiatrie, dermatologie et psychiatrie. |

| AXE D'INTERVENTIONS | | ACTIONS PRÉVUES EN 2014-2015 | BILAN 2014-2015 |
|---|---|---|---|
| | Pratiques organisationnelles adaptées aux personnes âgées. | Maintien | • Plan d'action pour l'implantation de l'approche réalisé et en cours. Soutien à l'implantation 100%, gouvernance clinique 75%, formation et activité de coaching 44.64%, algorithme de soins cliniques à la personne âgée 35%, les interventions cliniques 66.67%, l'évaluation de la qualité 0%. Total des composantes 54.69%.<br>• Plan de communication en place.<br>• Démarches d'amélioration du positionnement des alternatives à la contention et de l'utilisation des contentions en cours. |
| Santé mentale | Révision de l'offre de services en santé mentale et du plan d'action en dépendances. | Plan d'action révisé et actualisé | • Plan d'action adapté à l'offre régionale. Travaux avec la Maison du compagnon (itinérance) et partenaires du milieu.<br>• Santé mentale : plan d'action en implantation, échange avec le Centre national d'excellence en santé mentale pour soutien et révision des pratiques.<br>• Dépendance : travaux locaux en cours et participation au bilan de l'offre de services régionale en dépendance.<br>• Plan d'action en prévention du suicide déposé et en implantation. |
| | Respect des délais d'accès. | Continu | • Délais d'accès respectés.<br>• Gestion de liste d'attente.<br>• Recrutement en cours pour un psychiatre et dépannage régulier une semaine par mois. |
| | Intégration dans la communauté. | 6 autres unités spécifiques mises en place | • Clair Foyer assume le leadership opérationnel pour la résidence à assistance continue (RAC) où les usagers ont été relocalisés en 2014.<br>• Marges budgétaires dégagées pour assurer la récurrence dans le projet RAC.<br>• Projet de diversification de logement adapté transitoire (collaboration au projet) pour clientèle particulière (développement social). |
| | Interdisciplinarité et partenariat. | Maintien et consolidation | • La participation de l'équipe interdisciplinaire en santé mentale est active ainsi que l'équipe interdisciplinaire SIPPE. |
| JEUNES ET FAMILLES | Révision de l'offre de services et formalisation. | Évaluation et révision | • Travaux en cours afin de réviser l'offre de services en fonction des attentes ministérielles.<br>• Intensité des interventions à surveiller au niveau du programme Jeunes en difficulté. |
| | Programme d'intervention en situation de crise. | Mise en place | • Intervention rapide et soutenue si requise selon les besoins de la clientèle.<br>• Programme opérationnel.<br>• Participation aux travaux de déploiement pour Info-Social et service de crise 24/7 pour avril 2015. |
| | Programme d'intervention en négligence et trouble de comportement. | En élaboration et mise en place | • Co-intervention entre le Centre jeunesse (CJAT) et le CSSSAB. Programme implanté et fonctionnel. |
| | Collaboration avec les partenaires et soutien clinique. | Support aux praticiens défini et actualisé | • Entente de complémentarité MSSS-MELS à formaliser selon nouvel établissement CISSS-AT.<br>• Rôle de l'équipe d'intervention en jeunesse (EIJ) a été clarifié, mandat confié au spécialiste en activités cliniques de l'équipe enfance jeunesse famille du CSSSAB.<br>• Poste tripartie chef de programmes jeunesse fonctionnel. Partenariat avec le Centre jeunesse et la Commission scolaire Lac-Abitibi (entente tripartite).<br>• Recrutement d'une nouvelle pédiatre et neurologue spécialisée en pédiatrie.<br>• Supervision clinique en intervention sociale en cours.<br>• Signature de l'entente avec la Commission scolaire du Lac-Abitibi pour les activités confiées aux non professionnels en |

| AXE D'INTERVENTIONS | | ACTIONS PRÉVUES EN 2014-2015 | BILAN 2014-2015 |
|---|---|---|---|
| | | | mars 2015.<br>• Signature de l'entente de collaboration entre CSSSAB et CJAT en octobre 2014. |
| PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE | Développement du soutien à domicile incluant les proches aidants. | Offre de services révisée et projet d'optimisation en marche<br><br>Augmentation de 10% du nombre d'usagers et de l'intensité (PALV) et augmentation continue en déficience | • Développement d'une entente de services avec entente avec Maison St-André pour du répit à domicile.<br>• Projet d'optimisation en cours pour le soutien à domicile. Changements effectués dans l'équipe du soutien à domicile en lien avec le projet MOI-TS (activités confiées aux non professionnels).<br>• Convalescence et réadaptation à domicile en consolidation afin de supporter le continuum de services (en lien avec la réadaptation postopératoire par exemple).<br>• Suivi systématique en place, guichet d'accès pour le soutien à domicile fonctionnel. Atteinte des composantes du réseau de services intégrés à la personne âgée (RSIPA) : 93,56%.<br>• Occupation des lits de courte durée par les usagers en attente d'hébergement : les travaux en cours permettront de réduire la pression sur le taux d'occupation des lits en soins de courte durée (hôpital) et hébergement. Projet novateur : appel d'offres et devis déposés à l'Agence pour obtenir les autorisations nécessaires afin de procéder.<br>• Soutien à domicile (SAD) : clientèle au SAD a doublé depuis les 5 dernières années.<br>• Intensification des interventions en SAD pour l'inhalothérapie, physiothérapie, ergothérapie et nutrition.<br>• Révision de l'organisation des services médicaux en SAD et implication d'omnipraticiens très appréciée et pertinente.<br>• Implication dans les différentes tables du territoire (ex. : implication au sein du Regroupement proches aidants actif, suivi du forum des aînés, etc.).<br>• Solution RSIPA en implantation (OEMC, ISO-SMAF, SMAFSOCIAL ET PSIAS).<br>• Changement de Loi pour les résidences privées et ressources intermédiaires.<br>• Ententes de services en développement. |
| | Révision et intégration de l'organisation des services en CHSLD. | Consolidation | • Visite surprise d'appréciation ministérielle dans les CHSLD. Élaboration et implantation d'un plan d'action suite aux recommandations.<br>• Travaux entourant le comité de liaison alimentation-nutrition (CLAN) se poursuivent.<br>• Groupe mandataire sur les soins palliatifs se poursuit.<br>• Alourdissement marqué de la clientèle dans les CHSLD.<br>• Plusieurs dossiers importants (CLAN, contentions, chutes et médicaments, prévention et contrôle des infections, etc.).<br>• Revoir l'organisation médicale en CHSLD, révision de l'organisation du travail. |
| | Logements diversifiés et adaptés en partenariat avec les ressources du milieu. | Développement de partenariats | • Dépôt d'un document pour l'augmentation du nombre de places en ressources intermédiaires, en attente des autorisations nécessaires pour procéder.<br>• Report de l'échéance quant au développement des nouvelles unités.<br>• Projet novateur en développement.<br>• Important de réduire la pression sur le taux d'occupation des lits en centre de soins de courte durée (hôpital) et hébergement.<br>• Impacts importants en 2015 avec l'implantation des nouvelles exigences pour les ressources d'hébergement privées et publiques.<br>• Échéanciers reportés pour les 20 nouvelles unités de RI pour PALV.<br>• Six (6) unités (RAC en DI) : usagers relocalisés en collaboration avec le CRDI Clair Foyer. |

| AXE D'INTERVENTIONS | | ACTIONS PRÉVUES EN 2014-2015 | BILAN 2014-2015 |
|---|---|---|---|
| | Mise en place de réseaux de services intégrés. | 80% des composantes mises en place | • Municipalités amies des aînés (MADA) : travaux en cours et comité en structuration.<br>• Réseau de services intégrés à la personne âgée (RSIPA) : composantes implantées à 93,56% atteint, travaux se poursuivent afin de consolider les changements.<br>• Travaux en cours pour la gestion de cas (interv. social). |
| | Intervention de première ligne adaptée en déficience | Mise en place | • Ententes avec les régionaux à signer. Poursuite des travaux de collaboration. |
| QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS | Programme sur la prestation sécuritaire des soins et des services. | Formalisation d'un programme | • Programme sur la prestation sécuritaire adopté et diffusé. Intégration de la notion de gestion intégrée des risques selon le modèle de l'AQESSS.<br>• Travaux concernant la qualité et la sécurité présentés à chacun des conseils d'administration.<br>• Sondage culture de sécurité réalisé et résultats diffusés (Agrément).<br>• Système d'information sur la sécurité en santé et services sociaux (SISSS) (processus de déclaration des événements, analyse et divulgation) en place. Processus de saisie des déclarations révisé.<br>• Actualisation des recommandations (Coroner, Protecteur, Agrément, visites des ordres professionnels, etc.) et suivi au comité de vigilance et au comité de gestion des risques.<br>• Plan de mesures d'urgence (PMU), réalisation des exercices et procédures spécifiques en implantation. COPIN fonctionnel.<br>• Actualisation des pratiques organisationnelles requises (PORs) et éléments à risque élevé dans l'Agrément, nouvelles normes et exigences pour la visite réalisée en septembre 2014. Établissement agréé.<br>• Gestion intégrée des risques (promotion, identification des risques (cartographie), information, formation, évaluation des activités et prospection). Politique adoptée et diffusée, présentement en implantation.<br>• Responsabilisation du patient très importante. |
| | Contrôle des infections. | Taux conformes en tout temps | • Suivi de la conformité des taux. Surveillance épidémiologique quotidienne et gestion des éclosions.<br>• Répertoire des zones grises en cours. Identification des surfaces – réalisée. Répartition des responsabilités en cours.<br>• Adaptation du devis régional en hygiène et salubrité à notre réalité. Révision des plans de travail.<br>• Projet universitaire sur les désinfections réalisé, implantation des pistes d'action.<br>• Programme de prévention et contrôle des infections en place. Arrivée d'une nouvelle infirmière en prévention et contrôle des infections (transfert d'expertise).<br>• Pouvoir d'intervention de la conseillère en prévention et contrôle des infections, liens serrés avec les équipes de soins et de services.<br>• Audits sur le lavage des mains en cours et formation, informations en cours.<br>• Travaux dans le cadre du plan d'action Ébola en cours. |
| SOUTIEN AU CHANGEMENT (RESS. HUM.) | Recrutement et rétention du personnel. | Maintien et consolidation | • Plusieurs stratégies de recrutement et de rétention pour le personnel (salons d'emploi, stages, cohortes de préposés aux bénéficiaires et infirmières auxiliaires, ententes avec maisons d'enseignement, présentations dans les écoles secondaires, blitz de recrutement, révision des critères d'embauche, garantie d'emploi possible).<br>• Impacts du temps supplémentaire.<br>• Entreprise en santé : plan d'action en révision. Certification maintenue en 2014 et reconduite en 2015. |
| | La relève. | Accueil et orientation définie et mise en place | • Stratégies d'accueil et de rétention : stages, recrutement officiel sur les campus ou journées carrières, embauche des étudiants, plan d'initiation revu, programme d'accueil, intégration et orientation pour les salariés, programme d'accueil, intégration et orientation pour les gestionnaires, préceptorat, promotion du programme relève des cadres, |

| AXE D'INTERVENTIONS | | ACTIONS PRÉVUES EN 2014-2015 | BILAN 2014-2015 |
|---|---|---|---|
| | | | programme accueillant/ambassadeur implanté, organisation du travail CHSLD Macamic, développement des compétences CHSLD de La Sarre, nombre d'embauches et de départs par catégories. |
| | Le climat de travail. | Résultats sur la mobilisation du personnel comparables à des établissements semblables | • Certification pour « Entreprise en santé » en janvier 2015 maintenue.<br>• Plusieurs axes d'action : suivi des actions prévues au plan d'action, respect des DDD, communication, reconnaissance, appréciation de la contribution au travail, programmes d'exercices, programme d'aide aux employés.<br>• Plans de mobilisation du personnel (actions continues) en lien avec le degré de mobilisation (Agrément). À surveiller : les impacts des plans d'optimisation et rationalisation sur le climat du travail.<br>• Programme d'amélioration des conditions d'exercices des cadres (PACEC) (bilan de fin du PACEC, prévision de l'an 4, devenu ARC, poursuite des suivis continus aux comités de direction et rencontre des gestionnaires, évaluation pour la poursuite des atteintes du projet ARC (an 4).<br>• Liste de rappel : améliorer l'efficience et l'efficacité de la liste de rappel, assurer une planification et contribuer à la planification efficiente des ressources. Démarche Lean réalisée. |
| RESS. MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES | Plan directeur immobilier et réalisation du PFT de Macamic. | Poursuite du plan | • Plan fonctionnel et technique (PFT) Macamic : financement autorisé par le Ministère. Travaux réalisés en collaboration avec la SQI :<br>✓ Plusieurs travaux de mise à niveau sont nécessaires avant ceux du PFT. Nous avons remplacé la conduite d'aqueduc et modernisé la salle mécanique (entrée d'eau).<br>• Plusieurs travaux ont été réalisés en 2014-2015 :<br>✓ CSCD La Sarre : réfection de la toiture, réaménagement de la pharmacie, réfection de la cuisine, agrandissement des locaux d'archivage, relocalisation du réparateur de fauteuils roulants (CRLM) et modernisation des ascenseurs (1 et 2).<br>✓ CHSLD La Sarre : travaux d'amélioration (réaménagement de la salle à dîner, du poste infirmer et de la salle de bain).<br>✓ CHSLD Palmarolle : travaux d'amélioration (remplacement du couvre-plancher au sous-sol et peinture dans la cuisine).<br>✓ CHSLD Macamic : réfection de la toiture, remplacement de 4 drains pluviaux (stationnement), retrait des moisissures en physiothérapie et amélioration du système de ventilation au bassin. |
| | Développement et maintien des actifs. | Enveloppe budgétaire gérée annuellement | • Équipements non médicaux : plan triennal de maintien des équipements non médicaux et mobilier, gestion des acquisitions.<br>• Équipements médicaux : plan triennal de maintien du parc d'équipement médical, liens avec la Fondation Dr J-Paradis pour les équipements médicaux et tous les budgets disponibles, élaboration d'un plan d'action pour l'entretien préventif des équipements médicaux.<br>• Actifs informationnels : plan de gestion des ressources informationnelles : planification triennale (PTPARI) et annuelle (PARI) des projets et activités en ressources informationnelles et état de santé des projets (ESP). Centre de traitement secondaire : régionalisation des actifs informationnels. Nombreux projets en développement selon les orientations ministérielles ainsi que projets locaux et régionaux :<br>✓ Participation aux travaux relatifs à l'implantation des dossiers cliniques informatisés (DCI) ;<br>✓ Dossier Santé Québec (DSQ) et Dossier médical |

| AXE D'INTERVENTIONS | | ACTIONS PRÉVUES EN 2014-2015 | BILAN 2014-2015 |
|---|---|---|---|
| | | | clinique (DME) en GMF/UMF implantés ;<br>✓ Déploiement d'un logiciel d'exploitation des données clinico-administrative (Magic-Med-GPS) ;<br>✓ Implantation d'un réseau sans fil pour soutenir la mission de l'organisation ;<br>✓ Participation aux travaux relatifs à l'implantation du bureau virtuel de l'intervenant (BVI). |
| | Maintien de l'équilibre budgétaire. | De façon continue | • Plan d'optimisation demeure un défi. |
| | Amélioration des communications. | De façon continue | • Communications internes et externes demeurent un défi. Les actions doivent être continues et l'implication de tous est requise pour assurer une communication fiable et efficace. Politique communication révisée et diffusée. Site Internet et Intranet fonctionnels et accessibles. Bilan annuel des communications externes réalisé. Différents moyens de communication (DDD, tournée du DG, journal interne, rencontres d'équipes). Communication de la démarche « Entreprise en santé » et démarche d'Agrément (visite en septembre 2014). |

## VOICI LES FAITS SAILLANTS POUR L'ANNÉE 2014-2015 :

DIRECTION DES SERVICES À LA POPULATION ET DES SOINS INFIRMIERS

### Promotion, prévention, dépistage et lutte aux maladies chroniques

Les individus ont des habitudes de vie qui peuvent ou non contribuer à leur santé et à leur bien-être. Ces habitudes sont influencées par divers facteurs sociaux, économiques et environnementaux, d'où l'importance de créer des environnements et des conditions favorables au maintien de saines habitudes de vie.

Voici les principales réalisations :

- Maintien du programme pulmonaire ;
- Maintien du programme d'autogestion des soins ;
- Maintien de la clinique semi-urgence en lien avec l'infirmière praticienne en GMF ;
- Maintien de la clinique sans rendez-vous avec les infirmières en GMF ;
- Maintien des groupes en nutrition (enseignement et prévention) ;
- Maintien des groupes en diabète (enseignement et prise en charge interdisciplinaire) ;
- Maintien des groupes du centre d'abandon du tabac ;
- Renouvellement de contrats avec les entreprises et les employés au programme Jocoeur en entreprises, en complémentarité avec les services de base en gestion des maladies chroniques ;
- Depuis le 18 décembre 2014 sont placés sous le même toi, l'équipe dédiée à la gestion des maladies chroniques avec les médecins et autres intervenants du GMF-UMF. Ceci crée une proximité clinique pour améliorer l'accessibilité, tout en assurant une prise en charge dans une approche globale de l'usager.
- Transfert d'expertise complété en gestion des maladies chroniques pour tous les secteurs et la clientèle est maintenant référée à l'infirmière de son secteur.

## Réseau de services intégré pour les personnes vieillissantes

L'année 2014-2015 a été une année très chargée au niveau du volet SAPA. Plusieurs évaluations des services offerts à la population ont été réalisées dans le but de soutenir davantage les usagers nécessitant du soutien à domicile ainsi que les proches-aidants. Le CSSSAB vit un tournant important dans les services à mettre en place pour faire face au vieillissement de la population qui se manifeste plus rapidement sur notre territoire que partout ailleurs.

Pour ce faire, nous avons :

- Évalué l'ensemble de la clientèle au soutien à domicile (SAD) pour mettre les outils d'évaluation multiclientèle (OÉMC) à jour et ainsi obtenir un portait en temps réel des profils des besoins de ceux-ci afin de mieux les orienter vers les services les plus adéquats pour eux.
- Participé à l'élaboration d'un projet MOI-TS pour les auxiliaires familiales afin d'offrir un meilleur soutien aux personnes âgées et handicapées. Ce projet s'est terminé le 31 mars 2015 avec pour résultat l'affichage de 2 nouveaux postes à temps complet et un autre affichage à venir en mai 2015. Dorénavant, les auxiliaires familiales posent des actes délégués de par la Loi 90.
- Participé à l'élaboration d'un projet régional pour la gestion de cas et le RSIPA en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'A.-T. et les autres CSSS de la région. Nous avons également mis en place les PSIAS (plan de services individuel et allocation de services) et le volet du Smaf social.
- Révisé notre projet novateur pour en faire un projet « Ajout de place en ressource intermédiaire ». Le devis d'appel d'offres pour ce projet est sur le point d'être prêt et nous devrions lancer l'appel d'offres d'ici mai 2015.
- Signé une entente concernant le répit à domicile en partenariat avec la Maison St-André d'Abitibi-Ouest et verrons à l'opérationnalisation de cette entente d'ici l'automne 2015.
- Intégré la philosophie Carpe Diem à notre comité « Milieu de vie » et venons de revoir entièrement le plan d'action de ce comité.
- Débuté à l'implantation des éléments du plan d'action élaboré suite à la visite ministérielle de nos CHSLD au printemps 2014.
- Travaillé sur les plans préliminaires pour le PFT du CHSLD de Macamic en collaboration avec la Société québécoise des infrastructures.
- Travaillé à l'élaboration d'un programme de soins palliatifs intégré impliquant l'affichage d'un poste de coordonnateur de l'équipe interdisciplinaire en soins palliatifs.
- Débuté un travail d'analyse du guichet d'accès aux services de première ligne afin de continuer l'amélioration de l'accessibilité aux services pour la population d'Abitibi-Ouest.
- Révisé le mécanisme d'accès à l'hébergement institutionnel et apporté des améliorations afin de s'harmoniser au mécanisme d'accès régional.

- Débuté l'analyse du fonctionnement de la gestion de lits ainsi que des rôles de l'équipe interréseau dans le but d'apporter les modifications nécessaires en vue d'une meilleure efficience.

Avec tous les projets en cours dans le but continuel d'améliorer nos services aux personnes âgées et personnes handicapées, le pourcentage d'attente au niveau de l'implantation d'un réseau de services intégré pour les personnes âgées (OSIRSIPA) est de **93,56%**, ce qui fait en sorte que nous sommes l'un des CSSS les plus performants au Québec.

**Enjeux pour l'année 2015-2016 :**

Pour réussir à maintenir notre offre de services pour la population de l'Abitibi-Ouest, il est primordial de poursuivre les travaux du projet « Ajout de place en ressource intermédiaire » afin de pouvoir diminuer le temps d'attente pour une place en RI pour des personnes ayant des déficits cognitifs ou physiques.

En lien avec la construction de cette nouvelle résidence, nos trois (3) CHSLD pourront accueillir une clientèle en très grande perte d'autonomie selon les normes exigées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ainsi leur offrir les soins relatifs à leur condition.

Pour la nouvelle année, nous aurons également à poursuivre la mise en place des PSIAS pour l'ensemble des usagers du volet SAPA et cela demande une mise à jour complète des OÉMC de la clientèle du volet PPH et SAD. Diverses formations seront dispensées en cours d'année au personnel en prévision de l'atteinte des objectifs ministériels.

De plus, pour répondre aux divers besoins de la clientèle handicapée et âgée du territoire, nous devons mettre en application l'entente signée avec la Maison St-André dans l'optique de développer les activités de la vie quotidienne et l'aide physique (ex. : aide à l'hygiène, bas support, aide à la prise de médicaments, etc.).

Nous nous devons également d'optimiser l'offre de services donnée par les auxiliaires familiales avec l'application de la Loi 90 et la possibilité de déléguer certains soins invasifs et non invasifs à des non professionnels en soins infirmiers.

Nos efforts seront aussi tournés vers le volet soins palliatifs afin de terminer les travaux du programme de soins palliatifs intégré et de faire la mise sur pied de l'équipe interdisciplinaire.

Lors de notre visite ministérielle en CHSLD, un plan d'action a été élaboré. Nous nous devons de réaliser à 100 % les actions ciblées afin de nous rendre conformes et satisfaire les exigences ministérielles.

Un enjeu très important dans la prochaine année est de revoir en profondeur notre guichet d'accès et la trajectoire de services de première ligne afin de garantir une meilleure accessibilité, une meilleure qualité et une meilleure efficience dans le continuum de service.

Dans un objectif d'amélioration continue, nous poursuivrons l'analyse de l'équipe interréseau ainsi que le fonctionnement de la gestion de lits et du tour patients pour en améliorer la performance et l'efficience.

## Programme jeunesse

Au cours de la dernière année, nous avons révisé et bonifié l'offre de services en orthophonie. Une nouvelle orthophoniste a été embauchée et a débuté ses activités en août 2014. La mesure « Avenir d'enfants » a soutenu ce développement. Cet apport nous a permis de développer davantage des interventions de groupes. Le budget est prévu pour les trois (3) prochaines années.

Nous avons aussi procédé à la ratification en mars 2015 d'une entente reliée à la prestation des soins invasifs et d'assistance à la vie quotidienne par les non professionnels en soins infirmiers de la Commission scolaire Lac-Abitibi.

L'entente de collaboration avec le Centre jeunesse (CJAT) a été révisée et travaillée localement avec les gestionnaires. La signature entre les directeurs généraux du CJAT et du CSSSAB a été réalisée le 30 octobre 2014.

Dans le domaine de la santé publique, le CSSSAB s'est impliqué entre autres dans des initiatives telles que :

- L'élaboration des programmations des actions de l'Envolée d'Abitibi-Ouest (soutenu par Avenir d'enfants) et du Comité d'action local de Québec en forme (ASAO). Les deux (2) mesures ont permis au territoire de bénéficier de plus de 400,000.$ pour soutenir des actions s'inscrivant en promotion-prévention auprès des jeunes de 0-17 ans et leurs familles sur le territoire de l'Abitibi-Ouest. Les travaux menant à l'intégration en une même structure de concertation de l'Envolée et d'ASAO se sont poursuivis.

Le CSSSAB a aussi poursuivi son implication au sein des lieux de concertation que sont le comité MSSS-MELS Abitibi-Ouest et la table interaction jeunesse.

## Action communautaire

Les services en organisation communautaire sont offerts auprès de l'ensemble des communautés du territoire de la MRC d'Abitibi-Ouest. Nos organisateurs œuvrent auprès de différents comités, organismes, tables et regroupements dont :

- Comité de travail sur le logement social en Abitibi-Ouest, soutien au projet de logements transitoires, etc. ;
- Plan d'action intersectoriel en itinérance en Abitibi-Ouest et implication sur le comité directeur régional en itinérance ;
- Soutien à la mesure jeunes en milieu rural et table interaction jeunesse ;
- Participation aux travaux de la MRCAO dans le cadre de la mise en œuvre des politiques municipalités amies des aînés et politique familiale territoriale ;
- Table de concertation sectorielle en santé mentale ;
- Table de concertation des aînés d'Abitibi-Ouest ;
- Regroupement des aidants naturels ;
- Participation aux suivis des travaux du comité territorial en développement social. Entre autres, soutien au développement d'une table de concertation sur le transport collectif ;

- L'équipe en action communautaire et des gestionnaires du CSSSAB ont aussi participé au forum sur la collaboration entre les organismes communautaires en santé et services sociaux et le réseau public tenu à Rouyn-Noranda en février 2015.

**Santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux**

Le démarrage des services du Giron a été réalisé fin mars 2014. Le CSSSAB a concrétisé son soutien financier et professionnel au projet. Les travaux conjoints avec le CRDIAT Clair Foyer et la Corporation du Pavillon Royal-Roussillon se poursuivent pour assurer la prise en charge et la réinsertion sociale de cette clientèle.

Le CSSSAB poursuit ses démarches de recrutement d'un psychiatre. Des services de psychiatres dépanneurs sont disponibles une semaine par mois et viennent supporter la psychiatre qui œuvre sur une base régulière.

Le CSSSAB a amorcé le déploiement du plan d'action en prévention du suicide sur le territoire, en collaboration avec les partenaires impliqués en santé mentale. Une activité de sensibilisation sur la Loi P38 a été organisée le 9 octobre 2014 avec la participation de Me Jean-Pierre Ménard. Plus de 75 personnes ont participé. Le Centre national d'excellence en santé mentale a effectué une visite en région à l'hiver 2015 et a soumis un rapport favorable et quelques recommandations en lien avec le renforcement de l'offre de services.

Les travaux devant mener à l'implantation d'Info-Social et du service de crise 24/7 ont été réalisés tout au cours de l'année au plan local et régional. Info-Social a pu démarrer ses activités en début avril 2015. Le service de crise 24/7 est développé en collaboration avec le service d'urgence sociale du Centre jeunesse (CJAT). Le recrutement des intervenants de garde pour le service de crise a été réalisé dans les différents CSSS de la région et l'équipe est constituée.

**Oncologie et programme de lutte contre le cancer**

- Maintien de l'équipe interdisciplinaire de lutte contre le cancer et poursuite des actions de mise en œuvre suite à l'accréditation de l'oncologie par le MSSS.
- Maintien du registre québécois du cancer (SARDO)
- Formation de groupes dans la communauté ciblant la clientèle oncologique. Les thèmes touchés sont : l'alimentation et l'activité physique.
- Implantation rendez-vous en deux temps à la clinique d'oncologie.
- Implantation de la gouverne en oncologie.
- Implication d'une omnipraticienne dans une gestion médico-administrative.

**Santé physique**

Les travaux concernant le regroupement de l'urgence et des soins intensifs dans le même lieu physique se poursuivent.

Implantation du continuum de services AVC (accident vasculaire cérébral). Depuis mars 2014, déploiement des services de téléthrombolyse à l'urgence du centre de soins de courte durée de La Sarre. Ceci a occasionné l'acquisition de nouveaux équipements.

Implantation de l'approche adaptée à la personne âgée s'est poursuivie. Le degré d'implantation des composantes requises est :

- Planifié 100%
- En cours d'implantation 93%
- Implanté 72%
- Pérennité 30%

Poursuite de la réorganisation du travail au niveau des différentes unités de soins dont le 1er étage du centre de soins de courte durée de La Sarre.

Fin du module 4 du programme AMPRO « Bâtir le succès ». Les éléments ayant obtenus les cotes les plus élevées : valorisation des individus et le travail d'équipe. Poursuite du programme volet AMPRO Plus.

Renouvellement de nos équipements au département d'hémodialyse, nouveaux dialyseurs et chaises pour notre clientèle.

## DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

### Installations matérielles

Les budgets alloués à l'entretien des bâtiments correspondent à 1 081 792 $ pour l'année 2014-2015, soit 1,59% de la valeur de remplacement des bâtiments. Les dépenses allouées à l'entretien ont beaucoup diminué cette année comparativement à l'année dernière (0,11%).

Le PFT Macamic est le projet le plus important pour le service des installations matérielles, par l'ampleur du budget, le nombre de rencontres, la diversité des intervenants impliqués et la somme des travaux de mise à niveau nécessaire. Voici la liste des travaux réalisés dans le cadre de la mise à niveau : étude sur la caractérisation des matériaux contaminants et l'amiante, étude sur le balancement hydraulique (Ville de Macamic), remplacement de la conduite d'aqueduc et d'égout pluvial, modernisation de la salle mécanique (entrée d'eau) et coût d'implantation d'un bâtiment temporaire pour la relocation durant les travaux.

Toujours au CHSLD Macamic, la phase II de la réfection de la toiture s'est très bien déroulée. De plus, nous avons refait la section de toiture correspondant à l'ancien bloc opératoire au CSCD La Sarre car nous avions d'importantes infiltrations d'eau durant la période hivernale. Durant l'été 2016, la troisième phase permettra de finaliser la réfection de l'ensemble des toitures du CHSLD Macamic ainsi que des trois (3) autres bâtiments (Pavillon Royal-Roussillon, résidence du directeur général et Maison des Aurores-Boréales) du CSSSAB à Macamic.

Nous avons réalisé un important projet de réfection des locaux de la physiothérapie. Les travaux ont nécessité la réfection ainsi que la modernisation du système de ventilation.

Le projet de réaménagement de la pharmacie se terminera en juin 2015 après avoir subi d'importantes modifications au niveau du système de ventilation. Le financement du projet aura atteint la somme de 1,8 million de dollars.

La modernisation des deux (2) ascenseurs centraux au CSCD La Sarre est sur le point de se terminer. Ces travaux ont permis une amélioration de la rapidité du service, mais surtout une réduction des risques de panne de ces équipements cruciaux pour le bon fonctionnement de notre centre de soins.

Pour ce qui est des travaux au CHSLD La Sarre, nous avons réaménagé le poste des soins afin d'agrandir la salle à manger, refait la salle de douche et rénové la cuisine.

L'année 2015-2016 s'annonce importante pour le service des installations matérielles, car nous devrons poursuivre les travaux de mise à niveau au CHSLD Macamic, la modernisation de la buanderie et certains projets au CSCD La Sarre. Finalement, la création du CISSSA-T affectera également notre fonctionnement, car le service relèvera d'une nouvelle direction, soit les services techniques.

**Services d'hôtellerie**

La présente année fut marquée par plusieurs dossiers majeurs particulièrement dans les services de la buanderie et de l'alimentation à l'hébergement de Macamic.

Buanderie-lingerie : Le dossier de modernisation et de réorganisation de la buanderie suit son cours. La mise en place d'une réserve de lingerie qui avait débuté à la fin de l'année financière 2013-2014 s'est terminée à l'été 2014. Cette réserve, de même que d'autres améliorations et changements dans les processus ont permis au CSSSAB de réduire l'horaire de la buanderie passant de 7 jours/semaine à 6 jours en avril 2014 et à 5 jours en novembre 2014. Cette réduction du nombre de jours d'ouverture a permis une optimisation réelle de 800 heures (20 000 $).

Par ailleurs, au niveau du nombre de kilogrammes de lingerie lavée au CSSSAB, il demeure à la hausse comparativement à la normale étant donné la mise en place de la réserve. Il atteint 439 628 kg comparativement à 455 027 kg l'an dernier. La normale se situe autour de 425 000 à 430 000 kg. Trois des quatre établissements du CSSSAB ont connu une période d'éclosion, ce qui augmente la quantité de lingerie à laver.

Concernant la lingerie personnelle, le nombre de kilogrammes a diminué de 5 % pour atteindre 23 106 kg comparativement à 24 308 kg l'an dernier. Ceci s'explique par le départ d'un groupe d'usagers de Clair Foyer qui occupait une partie du 3$^{e}$ étage au CHSLD de Macamic.

Hygiène et salubrité (HS) : Les travaux se sont poursuivis en ce qui a trait au plan d'action concernant le fonctionnement actuel entourant les désinfections en lien avec les différents types d'agents infectieux.

La révision des 25 plans de travail s'est terminée en 2013-2014. Les objectifs poursuivis étaient les suivants : l'uniformisation et la répartition équitable des plans de travail, l'assurance que les surfaces à haut potentiel de risque sont désinfectées selon les fréquences établies par les normes en hygiène et salubrité puis la clarification des tâches qui peuvent être délaissées advenant un imprévu ou une désinfection. Tous les objectifs ont été atteints. Avec les nombreux

changements organisationnels, les plans demeurent toutefois en constante évolution pour répondre aux besoins changeants du CSSSAB.

La révision des plans de travail est une des étapes du plan d'action concernant le fonctionnement actuel entourant les désinfections en lien avec les différents types d'agents infectieux. Les objectifs poursuivis sont de rendre le fonctionnement des désinfections structuré, coordonné et efficient. Ce dossier s'est poursuivi en 2014-2015 avec la répartition des zones grises en hygiène et salubrité et l'analyse du nombre de désinfections effectuées par l'équipe régulière d'hygiène et salubrité. Une solution devra être mise en place au début de la prochaine année financière afin de résoudre les nombreuses problématiques concernant les désinfections.

Concernant le nombre de désinfections reliées aux différents types d'agents infectieux, celui-ci a connu une baisse de 3 % avec 1 090 heures comparativement à 1 119 heures l'an dernier. C'est toujours plus de 40 % des désinfections qui sont effectuées par le personnel de l'équipe régulière et non par une personne en surplus.

Services alimentaires : Le dossier «Forme et contenu des repas» qui est un sous-comité du CLAN (Comité liaison alimentation nutrition) a pour but d'améliorer l'offre de services des personnes hébergées en CHSLD et en attente d'hébergement en CSCD. À cet effet, tous les mets ont été goûtés, classifiés et ajustés, par une nutritionniste et une technicienne en diététique, et ce, selon cinq grands axes : les textures adaptées, la saveur, l'apparence, la température et la variété. La révision de toutes les restrictions diététiques en lien avec tous les aliments a également été faite dans le but de diminuer le nombre de substitutions et de restrictions.

Suite à la visite du MSSS au printemps 2014, nous avons débuté la planification et l'organisation de la distribution alimentaire en vrac au CHSLD de Macamic. Ce changement a pour but de répondre plus adéquatement à la philosophie «milieu de vie» et ainsi offrir aux résidents et usagers la possibilité de choisir entre deux mets directement à la cuisinette de leur milieu de vie. Tous les plans de travail du personnel du service alimentaire ont été révisés afin de les adapter à cette nouvelle réalité. La mise en place de ce mode de distribution sera effective en mai 2015. Une optimisation de 1 500 h (30 000 $) a été possible et sera applicable en 2015-2016.

La mission de maintenir une bonne qualité de nourriture avec un coût/repas respectant l'objectif cible de chacun ainsi qu'un ratio heures travaillées par repas, le plus bas possible, est toujours présente. Cette année, c'est une production de 287 903 repas qui a été préparée comparativement à 317 684 en 2013-2014. Ceci représente une diminution 29 799 repas soit 9,4 % qui est attribuable en grande partie au CHSLD de Macamic par le départ d'un groupe d'usager (± 15 300 repas) de Clair Foyer qui occupait une partie du 3$^{e}$ étage ainsi que par une diminution de l'achalandage à la cafétéria.

Transport interétablissement des résidents en CHSLD: L'entente avec le transporteur se poursuit tel que le dictent les termes du contrat.

## Service informatique

Au nombre des réalisations informatiques de 2014-2015, nous sommes particulièrement fiers de souligner la mise en place d'un nouveau réseau sans fil conforme en tout point avec les exigences ministérielles. Venant soutenir la mission de l'organisation, le réseau sans fil a été déployé dans le cadre du projet SARDM (système automatisé et robotisé de distribution des médicaments). Il permet notamment le suivi des chariots de médicaments localisés dans toutes les unités de l'organisation. Dans un futur rapproché, il pourra notamment supporter l'implantation de la chaîne de froid, garantissant la pérennité des médicaments, l'ajout de système de « boutons panique », favorisant la sécurité des clients et du personnel, ou encore la synchronisation de glucomètres pour le suivi des cas en diabète. Les applications potentielles, tant cliniques qu'administratives, sont nombreuses.

Au nombre des projets dirigés par notre service informatique, notons le déploiement du DSQ (Dossier Santé Québec) sur l'ensemble du territoire de l'Abitibi-Ouest; tant dans notre établissement, que dans les centres régionaux, qu'au GMF des Aurores-Boréales, qu'en pharmacies communautaires. Les volets laboratoire, imagerie médicale et médicament des pharmacies communautaires sont maintenant accessibles, de manière sécurisée, partout sur notre territoire, en fonction des profils des différents intervenants impliqués dans les soins du client.

Les travaux de construction complétés, le centre de traitement informatique secondaire, localisé chez nous, est opérationnel et héberge ses premiers actifs informationnels régionaux de même que nos propres applicatifs locaux. À terme, il permettra de soutenir la mission du nouveau Centre intégré de santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) offrant une robustesse des actifs informationnels garantissant la sécurité et la disponibilité des actifs informationnels.

De plus, le 31 mars 2015 marquait la fin de vie de Microsoft Windows-XP. Notre équipe a donc dû migrer 183 postes informatiques à Windows 7, tout en s'assurant de la compatibilité de nos nombreuses applications avec ce nouveau système d'exploitation. La tâche est maintenant réalisée à 93 %; treize (13) postes informatiques nécessitant préalablement la mise à niveau d'un applicatif diagnostique.

En fin d'exercice 2014-2015, notre parc informatique local compte 23 serveurs physiques et 27 serveurs logiques, 455 postes de travail, 169 imprimantes et 45 équipements de télécommunication. Cette année encore, nos 4 ressources en informatiques ont répondu à un peu plus de 5 000 appels de services.

## Service des approvisionnements

L'année 2014-2015 aura marqué la consolidation de notre plan d'action en approvisionnement, découlant des analyses réalisées régionalement et localement par des consultants. Les réquisitions informatiques sont maintenant disponibles partout dans l'organisation, nous avons normalisé nos unités de distribution et nous avons débuté l'ajout des codes de produits corporation (codes uniformisés).

Toujours à la recherche de sources d'approvisionnement fiables et économiques et soucieuses d'offrir des produits de qualité répondant aux besoins de nos clients, nous participons activement aux contrats de notre corporation d'achats, le GACOQ (Groupe d'approvisionnement de commun de l'ouest du Québec). Les rencontres régulières de notre comité de fournitures et de notre comité d'évaluation de produits sont des outils qui nous permettent d'optimiser les budgets d'acquisition afin de satisfaire les besoins de l'organisation.

Le roulement de personnel aura aussi marqué l'année au service des approvisionnements. Malgré cette réalité, qui a affecté notre petite équipe de travail de 4 employés à temps plein et 1 employé à temps partiel, le personnel en place a su faire montre de grande initiative et adaptation. En aucun temps, l'organisation n'a eu à vivre les effets de ces mouvements de personnel, dans ses réapprovisionnements en services et marchandises.

## Service de la comptabilité

En 2014-2015, l'équilibre financier a été des plus difficiles à maintenir. Notre avoir propre (surplus accumulés des exercices financiers antérieurs) a dû être utilisé pour atteindre cet équilibre prescrit par la Loi.

Comme par le passé, nous devons respecter des échéanciers prescrits pour le dépôt de notre budget annuel, la production de notre rapport financier annuel et les nombreuses autres redditions de comptes qui nous sont demandés et exigés, toute l'année durant. La collaboration de notre service a également été précieuse dans l'élaboration du plan d'optimisation pour le prochain exercice financier. Nos analyses ont permis à la haute direction et aux gestionnaires d'étayer leurs plans d'action et leurs décisions en les aidants à mesurer l'impact financier de ceux-ci pour le retour à l'équilibre budgétaire.

Pour l'exercice 2014-2015, le service d'administration financière aura maintenu ses dépenses stables (563 211 $) soit, au même niveau que l'exercice précédent (567 762 $).

## Contrats de services

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2015.

| | Nombre | Valeur |
|---|---|---|
| **Contrats de services avec une personne physique** | 0 | 0 |
| **Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique** | 9 | 274 447 $ |
| **Total des contrats de services** | 9 | 274 447 $ |

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

***Activités de formation en cours d'emploi, d'adaptation et de perfectionnement et autres dépenses de formation***

| **Année 2014-2015** | |
|---|---|
| Coûts : | 655 017 $ |
| Autres dépenses de formation : | 119 714 $ |
| Représente 1,92 % de la masse salariale | |

| **Année 2013-2014** | |
|---|---|
| Coûts : | 686 176 $ |
| Autres dépenses de formation : | 54 418 $ |
| Représente 1,91 % de la masse salariale | |

Coûts = formation prévue au PDRH salaires et dépenses incluant initiation, accueil et orientation des nouveaux arrivants ;
Autres dépenses de formation = formation non prévue au PDRH incluant salaires et dépenses.

Initiation, accueil et orientation des nouveaux arrivants : Entrepôt de données (Logibec), car non comptabilisé dans SAGE

Masse salariale obtenue dans rapport financier :
2013-2014 38 776 181 $
**2014-2015 40 453 052 $**

**Entreprise en santé**

La direction s'est engagée dans la démarche Entreprise en santé qui vise l'amélioration de la santé globale du personnel et de leur bien-être.

En février 2015, le Bureau de normalisation du Québec a de nouveau recommandé le maintien de cette certification puisque les objectifs fixés en lien avec la démarche ont tous été répondus.

L'année 2014-2015 a aussi été marquée par la mise en place d'un nouveau plan d'action (2015-2018). Différentes démarches ont été réalisées à ce sujet :

- Analyse du sondage réalisé en octobre/novembre 2013 afin de mettre à jour les besoins du personnel ;
- Présentation des résultats de ce sondage aux employés, aux gestionnaires et à l'équipe de direction ;
- Tenue de trois (3) groupes de discussions afin d'ajouter une valeur qualitative au sondage (octobre 2014) ;
- Trois (3) rencontres de travail avec le comité de santé, sécurité et mieux-être au travail (CSSSMET) pour l'élaboration d'un nouveau plan d'action (novembre-décembre 2014) ;

- Présentation du plan d'action au comité de santé, sécurité et mieux-être au travail (décembre 2014), au comité de direction (janvier 2015) ainsi qu'au conseil d'administration (février 2015).

**Bureau de santé**

Depuis le mois de février 2014, une nouvelle psychiatre s'est jointe à l'équipe du bureau de santé. Elle effectue une à deux journées d'expertise à tous les mois et cela a un grand impact sur la durée des invalidités.

En 2014, il y a eu un suivi plus encadré en référence aux nouvelles constructions et/ou aménagement de locaux, car l'ergothérapeute qui assumait le volet prévention était consulté lors des travaux.

Au cours de l'année 2014, 23 entreprises, incluant les CSSS ont utilisé les différents services du bureau de santé.

Début janvier 2015, les invalidités psychologiques ayant pour cause une problématique au travail, sont recensées au sein d'un tableau statistique. Ce tableau nous permet de cibler les actions à poser, les départements problématiques, etc.

Du côté de la prévention, trois (3) nouvelles formatrices PDSB ont été ciblées afin de combler les deux prochains départs à la retraite. Les formatrices PDSB se déplacent dans tous les services des quatre (4) établissements afin de valider les méthodes de travail et transmettre les informations sur place.

Avec le maintien des suivis effectués par le docteur Louis Bellemarre, orthopédiste, des employés non absents du travail, mais présentant certaines problématiques musculo-squelettiques sont évalués par celui-ci. Nous avons constaté un intérêt marqué de nos employés, évitant ainsi et à plusieurs reprises, des arrêts de travail à court ou long terme, ainsi que des journées de travail perdues en attente de consultation à l'urgence.

**Projet « ARC » (accent sur les relations et la collaboration):**

Le projet ARC a démarré le 1er avril 2014 pour se terminer le 30 avril 2015.

La phase 1 du programme s'étant terminée en mars 2013, une troisième année d'intervention a été conduite en 2013-2014 et s'est conclue en avril 2014 lors du « Rendez-vous de la gestion 2014 » du CSSSAB. Cette troisième année d'intervention s'était conclue par le désir de poursuivre le développement du management au CSSSAB et ce, à tous les niveaux managériaux.

Le désir de persévérer dans le développement de la gestion au CSSSAB a donc conduit au projet ARC 2014-2015. D'ailleurs, les cadres intermédiaires et le comité de direction ont identifié ensemble que les priorités d'intervention pour le projet ARC 2014-2015 devaient être guidées par les principes de continuité et de pérennité, d'unité managériale, de transfert dans l'action, de communication, de rétroaction et d'évaluation des résultats. Principes qui ont été évoqués lors du « Rendez-vous de la gestion 2014 » et qui ont été entérinés par le comité de direction.

Le projet ARC 2014-2015 s'est donc déroulé selon 4 volets différents. Le premier volet était une initiation et une mise à jour des nouveaux gestionnaires (cadres intermédiaires et directeurs adjoints) aux pratiques managériales du CSSSAB développées dans le cadre du PACEC et de ARC 2013-2014. Le second volet fait référence à l'implication du personnel dans la philosophie de gestion, le troisième volet visait à solidifier le modèle de priorisation au CSSSAB et enfin, le quatrième volet était axé sur la consolidation du comité des gestionnaires. Enfin, parallèlement à ces volets, un « Rendez-vous de la gestion 2015 du CSSSAB » a été préparé à la demande des cadres intermédiaires et supérieurs de l'organisation.

Volet 1 : Initiation des nouveaux gestionnaires aux nouvelles pratiques managériales :

Dans le but d'assurer la pérennité des acquis au sein du CSSSAB, de renforcer l'unité managériale et d'assurer un transfert dans l'action, ce premier volet se décompose en 4 objectifs principaux :

- Former les nouveaux cadres intermédiaires à différents thèmes liés à la gestion participative ;
- Former les nouveaux directeurs adjoints au coaching ;
- Forer certains cadres intermédiaires au coaching ;
- Soutenir ces gestionnaires dans l'application des nouvelles pratiques managériales.

**Formation des nouveaux cadres intermédiaires**

Pour ce faire, une première rencontre a eu lieu avec les nouveaux cadres afin de cibler leurs besoins à l'égard des cinq thèmes suivants : tenue de réunion, processus de résolution de problèmes, collaboration, reconnaissance, appréciation de la contribution.

Formation de nouveaux directeurs adjoints et de certains cadres intermédiaires au coaching
Afin de maintenir vivant le coaching au CSSSAB, une formation d'une journée à l'approche coaching a été offerte à 2 nouveaux directeurs adjoints, 1 directeur adjoint par intérim ainsi qu'à 2 cadres intermédiaires d'expérience qui présentaient de l'intérêt à devenir des « coachs ». Pour s'assurer du succès de cette démarche, les directeurs adjoints et les cadres ciblés ont suivi une personne en coaching (5 des 7 nouveaux cadres intermédiaires) sur une période de six mois. Le consultant a assuré la formation de ces 5 personnes et a suivi mensuellement et individuellement chacun de ces participants.

Volet 2 : Implication du personnel

Dans le but d'assurer la continuité, le transfert, dans l'action, la rétroaction et l'implication du personnel, ce volet comporte 5 objectifs principaux :

- Favoriser et structurer l'utilisation des techniques de résolution de problèmes auprès du personnel ;
- Mettre à profit les compétences en tenue de réunion et en reconnaissance des cadres auprès de leur personnel ;
- Favoriser l'amélioration continue au CSSSAB ;
- Initier l'ensemble des cadres intermédiaires à l'attitude coaching ;
- Soutenir les cadres intermédiaires dans l'application de ces techniques.

Volet 3 : La priorisation

Dans le cadre du projet ARC 2013-2014, en décembre 2013, un diagnostic des attentes à l'égard de la priorisation a été fait auprès des cadres intermédiaires. Ce diagnostic présentait 2 grandes attentes liées à la priorisation. La première faisait référence à une priorisation organisationnelle alors que la seconde attente faisait surtout référence à la priorisation opérationnelle qui se traduit par une gestion personnalisée de la charge de travail opérationnelle des cadres intermédiaires. Le schéma à la page suivante présente un modèle de cette gestion personnalisée. Puisque l'attente à l'égard d'une priorisation organisationnelle semblait difficile à répondre, compte tenu de la perméabilité de l'organisation à l'égard de l'environnement, c'est la seconde attente (la gestion personnalisée de la charge de travail opérationnelle des cadres intermédiaires) qui a été abordée dans le cadre du projet ARC 2014-2015.

Volet 4 : Consolidation du fonctionnement du comité des gestionnaires

Le projet ARC 2013-2014 a permis de revoir le fonctionnement du comité des gestionnaires afin que ce dernier réponde au besoin de la direction et des cadres intermédiaires et qu'ils deviennent l'un des moteurs organisationnels du rapprochement de la direction et des cadres intermédiaires. Donc, dans un souci de pérennité, de transfert dans l'action, de rétroaction et d'unité managériale, un suivi sur le fonctionnement de ce comité a été assuré. Les objectifs poursuivis par ce volet étaient de :

- Maintenir un canal de communication et de rétroaction ;
- Evaluer le nouveau fonctionnement du comité ;
- Apporter les correctifs nécessaires, si besoin.

Lors du « Rendez-vous de la gestion 2014 », il a clairement été énoncé par les cadres intermédiaires et supérieurs que l'expérience devait être renouvelée annuellement. De plus, l'expérience acquise lors de l'organisation du « Rendez-vous de la gestion 2014 » a permis d'identifier que ce type d'événement devait être préparé plusieurs mois à l'avance. Pour ce faire, un groupe de travail a été constitué. Ce groupe comprenait le directeur général, la directrice des ressources humaines, le directeur des finances et 2 cadres intermédiaires. Le comité organisateur du « Rendez-vous de la gestion 2015 » s'est rencontré de janvier à mars 2015 et le « Rendez-vous de la gestion 2015 » s'est déroulé les 27 et 28 avril 2015. Le consultant a animé les rencontres du comité organisateur ainsi que le « Rendez-vous de la gestion 2015 ». Les objectifs du « Rendez-vous de la gestion 2015 » étaient de :

- Dresser le bilan des divers programmes et acquis liés à ces programmes ;
- Motiver les cadres à tous les niveaux hiérarchiques ;
- Prendre conscience des forces de l'organisation, de l'équipe de gestion et de ses forces personnelles ;
- Développer le sentiment que l'organisation a évolué et s'est développée depuis les dernières années ;
- Prendre conscience de notre capacité à s'adapter aux changements et de maintenir les gains faits jusqu'à maintenant à l'intérieur du CISSS.

- Réitérer l'engagement de l'équipe de gestion d'être une ressource importante pour les clients et le personnel du CISSS ;
- Outiller les participants à l'égard de la gestion du changement.

Évaluation du projet ARC

**Points forts identifiés par les cadres intermédiaires et supérieurs :**
- Activités de développement de compétences ;
- Renforcement des liens de l'équipe de gestion (intermédiaire et supérieur) ;
- Consolidation des apprentissages des dernières années ;
- Soutien du consultant.

**Points d'amélioration du projet ARC 2014-2015 :**
- Davantage d'activités ;
- Cadence et rythme des activités.

**Changements remarqués :**
- Intercollaboration ;
- Utilisation des outils ;
- Proactivité et application de la théorie ;
- Maintien de l'efficacité et de la qualité des relations.

**Les projets :**

- Projet de développement des compétences des salariés oeuvrant auprès des bénéficiaires en CHSLD. Une enveloppe budgétaire de 50,000.$ a été reçu du Comité paritaire national intersyndical pour réaliser le déploiement de l'approche Carpe Diem au CHSLD de La Sarre dans le cadre des projets de développement des compétences des salariés oeuvrant auprès des bénéficiaires en CHSLD. Le projet s'adresse essentiellement aux préposés aux bénéficiaires, mais les techniques d'intervention adaptées aux particularités de la maladie d'Alzheimer sont également applicables à toute personne oeuvrant auprès de cette clientèle. Le projet s'est déroulé du 1er septembre 2013 au 31 août 2014 et est réalisé en partenariat avec le CSSS et le syndicat local CSN-FSSS représentant les préposés aux bénéficiaires. Ce projet a, entre autres, eu pour effet d'augmenter le taux de sûreté (sentiment de sécurité, confiance lors d'interventions, etc.) des préposés aux bénéficiaires lors d'interventions avec la clientèle atteinte de la maladie d'Alzheimer.
- Projet « Accueillants-ambassadeurs ». Dans le cadre des projets DRMO financés par l'Agence, une enveloppe budgétaire de 76,000.$ nous a été octroyée pour mettre en place une escouade d'accueillants et d'ambassadeurs. Le projet s'est déroulé entre septembre 2013 et juin 2014. Ainsi, dans toutes les unités/départements et pour les quarts de travail, un « accueillant », membre du personnel en place, est sensibilisé à l'accueil des nouveaux employés de l'unité. Au total, 85 salariés, 13 gestionnaires et 10 cadres supérieurs ont reçu la formation pour devenir accueillants au sein du CSSSAB. Pour les ambassadeurs, ceux-ci ont un rôle de représentation de l'organisation dans le milieu ou lors du recrutement et de participation à l'accueil des nouveaux employés de l'extérieur de la région. Le CSSSAB compte 6 ambassadeurs. Grâce aux différents projets liés à l'accueil, l'intégration et l'orientation des nouveaux employés réalisés depuis 2010, le taux de satisfaction de l'accueil de nouveaux employés est passé de 69% en 2010 à 96% en 2014.

**Recrutement, attraction et rétention de la main-d'œuvre**

La MRC de l'Abitibi-Ouest, tout comme les autres MRC de la région, ne fait pas exception en ce qui concerne le vieillissement de sa population et l'exode de sa main-d'œuvre active vers les grands centres urbains. Au CSSSAB, un plan pour contrer la pénurie de personnel a été élaboré et mis en action en collaboration avec la direction des ressources humaines. Voici les réalisations :

- Mise en place d'une nouvelle identité mettant en valeur les compétences et talents de nos employés.
- Poursuite du programme d'intégration et d'orientation pour l'ensemble des employés de l'établissement.
- Programme d'accueil et de formation générale pour les nouvelles infirmières auxiliaires, candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et externes embauchés en mai 2014. Durée : 1 semaine de formation.
- Poursuite du programme de préceptorat.
- Activité de reconnaissance des étudiants en août 2014.
- Poursuite de l'offre d'emplois d'été pour les externes en soins infirmiers, inhalothérapie et technologie en analyses biomédicales.
- Bourse d'études du MSSS pour les titres d'emploi en pénurie.
- Offre de garantie de travail pour les infirmières et infirmières auxiliaires.
- Programme « Accueillants et ambassadeurs ».
- Participation à des salons de recrutement en région et à l'extérieur de la région.
- Participation à des activités de sensibilisation auprès de la clientèle scolaire en lien avec la promotion de différents métiers de la santé.
- Offre de stages dans les professions en pénurie.
- En lien avec Entreprise en santé, développer des politiques et pratiques pour favoriser la conciliation travail-famille.
- Création d'outils afin de faciliter l'entrée en fonction des nouveaux gestionnaires (aide-mémoires, acronymes, etc.) afin de faciliter leur arrivée dans leurs nouvelles fonctions.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

La directrice de l'administration des services professionnels s'est intégrée à l'équipe de direction et a su représenter les membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) autant à l'interne qu'à l'externe. Elle a aussi assuré les communications entre l'exécutif du CMDP et ses sous-comités avec les autres instances consultatives et décisionnelles du CSSS.

Suite à la visite du Collège des médecins du Québec, en novembre 2013, les membres du CMDP ont su se mobiliser pour se conformer aux différentes recommandations formulées. Ces recommandations portaient entre autres, sur le fonctionnement des différents comités du CMDP, sur l'amélioration des communications interprofessionnelles dans les soins de longue durée et des pistes d'amélioration dans des secteurs d'activités spécifiques. Dans cette

perspective, le conseil d'administration s'est doté d'un nouveau règlement sur le parachèvement des dossiers.

Toujours dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la prestation sécuritaire des soins et services, la direction de l'administration des services professionnels et le CMDP se sont impliqués pour l'obtention d'un niveau de conformité attendu de pratiques organisationnelles requises (POR), en lien avec la visite d'Agrément de septembre 2014, comme le Programme de gérance des antimicrobiens.

Quelques semaines plus tard, nous étions visités par l'INESSS par le groupe expert en traumatologie. Suite à cette visite, le CSSSAB est fier de maintenir sa désignation comme centre primaire de traumatologie.

Le CSSSAB a accueilli quatre (4) nouveaux médecins de famille, mais a malheureusement dû accepter le départ de deux (2) médecins très connus en Abitibi-Ouest, le Docteur Michel de Maupeou et le Docteur Guy Perrier. Nous en profitons pour les remercier pour tout le travail accompli auprès de notre population. Aussi, deux (2) médecins ont démissionné pour occuper des postes dans d'autres régions.

Pour répondre à la demande de services spécialisés, nous avons consolidé l'organisation médicale en oncologie en nommant un cogestionnaire médical. Nous avons travaillé à la mise sur pied d'une clinique d'allaitement de deuxième ligne. Nous avons aussi travaillé avec l'UMF, de concernant avec deux (2) médecins pour des visites médicales en soins à domicile.

Deux (2) partenariats se sont officialisés avec nos centres de référence soit la prise en charge de l'AVC, la téléthrombolyse avec le CHUM et le CUSM et la neurochirurgie avec le CUSM.

La signature de protocoles permet de formaliser l'entente et les procédures pour faciliter l'accès à nos clientèles de ses services tertiaires.

Des travaux d'harmonisation ont eu lieu dans la région : le dossier médical électronique (DME), le dossier Santé-Québec (DSQ), projet d'optimisation des laboratoires (OPTILAB).

Les équipes médicales ont aussi été informées et impliquées dans les discussions et groupes de travail portant sur la mise en place des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS).

De nombreux défis nous attendent en 2015-2016 comme l'organisation des services médicaux dans le CISSS ainsi que l'harmonisation des différents départements et services. Les défis de l'offre de services et de l'accessibilité seront au premier plan.

## DIRECTION DES SERVICES HOSPITALIERS

### Biologie médicale

- Travaux d'optimisation visant à analyser la pertinence des tests locaux réalisés au laboratoire ;

- Implication marquée du personnel du laboratoire dans les travaux d'optimisation visant la gestion régionale des activités des laboratoires.

Imagerie médicale

- Réorganisation des activités en imagerie par résonance magnétique ;
- Gestion des listes d'attente en imagerie médicale ayant pour résultats qu'il n'y a aucun client en attente de plus de 30 jours ;
- Travaux en vue de la régionalisation de la garde PACS.

Inhalothérapie

- Activités de recrutement intensif dans le cadre de la planification des mouvements de personnel dans ce service ;
- Travaux effectués en vue d'améliorer l'offre de services en fonction des besoins de la clientèle ;
- Délégation de responsabilités à un cadre intermédiaire afin de mieux soutenir l'équipe d'inhalothérapeutes dans la dispensation des soins et des services à la clientèle.

Pharmacie

- Poursuite des activités de recrutement de pharmaciens et d'assistantes-techniques en pharmacie ;
- Avancement des travaux en lien avec SARDM (robotisation de la préparation des médicaments et déploiement des chariots sur les unités de soins) ;
- Avancement des travaux de construction de la nouvelle pharmacie.

Génie biomédical

- Poursuite des travaux en vue de l'implantation d'une cédule d'entretien préventif des équipements ;
- Participation aux travaux régionaux en vue de l'optimisation de l'acquisition des équipements médicaux et du renouvellement des contrats de service sur les équipements médicaux ;
- Délégation de responsabilités à un cadre intermédiaire afin de mieux soutenir l'équipe de techniciens en génie biomédical dans la dispensation des services à la clientèle.

DIRECTION DE LA QUALITÉ

**Plan de mesures d'urgence**

La mise à jour du plan de mesures d'urgence (PMU) s'est poursuivie en élaborant des procédures spécifiques pour certains codes. La formation s'est poursuivie pour les nouveaux employés, médecins et spécialistes ainsi que les bénévoles. Différents exercices dans le cadre du PMU ont été organisés et ont visé différents secteurs et départements de même que différents quarts de travail.

Le comité de planification des mesures d'urgence (COPIN) a tenu 3 rencontres en 2014-2015.

Des exercices du code rouge et code vert se sont tenus les :

- 3 avril 2014 au CSCD La Sarre (1er étage de jour) ;
- 6 mai 2014 au CHSLD de Macamic (2ème étage de soir) ;
- 11 juin 2014 au CHSLD de Palmarolle (de soir) ;
- Septembre 2014 au CHSLD de La Sarre ;

Code rouge, code vert et code orange :

Dans les semaines du 9 et du 16 juin 2014, des rencontres individuelles avec chacune des assistantes infirmières-chefs (12) du 1er étage du CSCD de La Sarre sur leurs quarts de travail pour réviser avec elles les procédures à suivre lors d'un incendie et utilisant certaines mises en situation. Il y a également eu la présentation de la procédure pour un code orange. En février 2015, des rencontres individuelles avec les assistantes infirmières chefs des CHSLD de La Sarre, Palmarolle et Macamic ont également été tenues sur les quarts de travail pour réviser les procédures à suivre lors d'un incendie.

Le travail s'est poursuivi pour les procédures spécifiques :

- Adoption de la procédure pour un code blanc ;
- Suite des travaux pour revoir le plan pour un code bleu ;
- Adoption de la procédure pour un code jaune ;
- Procédure pour l'interruption d'eau terminée ;
- Début de la révision de nos mesures d'urgences psychosociales ;
- Début des travaux pour l'élaboration d'une procédure pour un code brun.

**Qualité et sécurité dans la prestation de services**

La direction de la qualité a poursuivi son travail dans le but d'orienter et d'harmoniser les différents projets d'amélioration de la qualité autant interne au CSSSAB qu'externe. Différentes démarches ont fait l'objet d'ajustements et d'améliorations dans le cadre de plans d'action comme la démarche d'Agrément (à propos des pratiques organisationnelles requises et des activités à risque élevé), de gestion des risques, de prévention et de contrôle des infections, des visites ministérielles d'appréciation des services, de la satisfaction des usagers, recommandations du Protecteur du citoyen, recommandation du Coroner, des visites d'ordres professionnels, etc.

À cet effet, un programme de gestion intégré de la sécurité, de la qualité et de la gestion des risques a été adopté en 2014 et est présentement en diffusion. De surcroît, plusieurs travaux ont permis d'instaurer ou d'améliorer des actions en lien avec la qualité et la sécurité des services offerts principalement en lien avec la prévention des chutes, les mesures de contrôle, l'utilisation des toiles lève-personnes, la double identification des requêtes, la déclaration et l'analyse des incidents-accidents ainsi que plusieurs points d'amélioration pour assurer la sécurité du personnel. Le détail des améliorations est documenté dans les sections du comité de gestion des risques et de la qualité de même que dans le rapport de prévention et contrôle des infections.

## Communications

L'année a été marquée par de nombreuses communications internes et externes. Ainsi, d'avril à décembre 2014, 9 communiqués de presse ont été produits, 34 entrevues ont été accordées. Nous avons de plus participé à plusieurs entrevues destinées à la population de l'Abitibi-Ouest à titre de partenaire.

Dans les actions majeures, la consolidation d'un intranet a permis d'avoir accès à de l'information destinée aux intervenants, aux professionnels, médecins, spécialistes ainsi qu'à l'ensemble des employés de l'organisation concernant les documents internes, politiques, procédures, ordonnances et protocoles de même que les différents programmes, guides et manuels.

Par ailleurs, la mise à jour de notre site internet (www.csssab.qc.ca) a permis de communiquer en temps réel avec la population du territoire.

## Agrément

Depuis notre première visite, des améliorations notables se sont faites dans toute l'organisation et de façon incroyable dans certaines normes. Le CSSSAB a été visité et agréé dans le cadre du Programme Q-Mentum pour une troisième fois en septembre 2014.

Nous avons eu l'opportunité de faire une présentation sur les résultats du processus d'Agrément aux membres du conseil d'administration et sur le bilan des actions réalisées en cours d'année, à l'ensemble des gestionnaires. Finalement, l'année 2014-2015 a été marquée par la poursuite des améliorations, dans la continuité des actions déjà entreprises et planifiées de même qu'avec les suivis demandés par Agrément-Canada ainsi qu'à l'élaboration du calendrier de suivi pour les quatre (4) prochaines années.

## Promotion des notions générales de qualité et sécurité

Cette année, nous avons poursuivi la promotion de la culture de sécurité dans toutes les sphères de l'organisation. Entre autres, en maintenant nos publications dans le journal interne, mais avons travaillé sur le maintien de canaux de communication comme la publication du feuillet « Chaque geste compte » afin de promouvoir les initiatives liées à la qualité et à la sécurité ou à transmettre des informations de base sous forme de rappel.

Lors de chaque séance du conseil d'administration, un état des dossiers touchant la sécurité des patients ou l'amélioration de la qualité est présenté afin d'informer les administrateurs de l'avancement des travaux.

De plus, nous avons travaillé à promouvoir le travail déjà bien implanté contribuant à la qualité et à la sécurité dans toutes les sphères de l'organisation. En ce sens, et pour améliorer la gestion intégrée des risques, nous avons poursuivi le travail d'implantation de la politique.

Le détail des améliorations est documenté dans les sections du comité de gestion des risques et de la qualité de même que dans le rapport de prévention et contrôle des infections.

DIRECTION GÉNÉRALE ET DIRECTION DE LA QUALITÉ

**Information et consultation de la population**

Les différents modes d'information et de consultation de la population utilisés sont notre site internet disponible au www.csssab.qc.ca, les tables de concertation sur le territoire où des usagers, des partenaires et le CSSSAB participent, le comité des usagers et ses comités de résidents de même que les médias via les communiqués de presse et relations de presse.

Localement, certains départements demandent aux usagers et à leurs proches de compléter des sondages sur la satisfaction des services reçus. C'est le cas notamment du questionnaire d'appréciation des services à la population (sondage disponible et compilé annuellement), de l'imagerie médicale (sondage annuel), du service de réadaptation (sondage annuel), etc. Les résultats de ces sondages sont revus en équipe de travail et des pistes d'amélioration sont mises en place afin d'améliorer les services à la population.
Le questionnaire d'appréciation des services pour les volets CHSLD, CH et CLSC ont été revus. En 2014, des questionnaires ont été remis aux usagers et aux proches des résidents afin qu'ils puissent le compléter.

**Support au Comité exécutif du Conseil des infirmiers et infirmières (CECII) et au conseil multidisciplinaire (CECM)**

La direction de la qualité offre un support au CECII et au CECM en étant membre d'office. Le bilan de leurs activités est disponible dans la section du Conseil des infirmiers et infirmières et Conseil multidisciplinaire.

# BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2014-2015

Comme par les années passées, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'A.-T. fournit aux établissements un outil leur permettant de produire leur bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité. Cet outil constitue le document de reddition de comptes attendu par l'Agence. Il contient les cibles et les résultats pour tous les indicateurs, il permet d'expliquer ces résultats et au besoin, les perspectives pour la prochaine année.

**Santé publique**

| **Programme québécois de dépistage du cancer du sein** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.1.1 Proportion des femmes pour qui le délai de 12 jours ouvrables suivant la date de la mammographie est respecté pour le premier rendez-vous d'examen d'investigation | 90 % | N/D |
| Commentaire P 13 : Nous n'avons pas reçu l'information au 19 mai 2015. | | |

| **Implantation du modèle de lutte aux maladies chroniques** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.1.3 Implanter le programme autogestion des soins par la dispensation d'ateliers de groupe | Trois ateliers de groupe dispensés | 4 ateliers de groupes ont été dispensés en 2014-2015. Dans ces 4 ateliers, 22 interventions de groupes ont été faites rejoignant 168 participants. |
| AS-1.1.4 Prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques par une équipe dédiée et selon les principes de l'interdisciplinarité | Nombre de personnes suivies par l'équipe dédiée | Nbre de patients en suivi par l'équipe dédiée : plus de 670 patients (incluant tous les patients avec maladies chroniques bénéficiant d'une approche interdisciplinaire dont la clinique diabète, Jocoeur, programme pulmonaire, cardiaque et suivi MCV par les infirmières dans les secteurs) |
| **Implantation du modèle de lutte aux maladies chroniques** | | |
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** |
| AS-1.1.5 Implanter la cible d'amélioration de la qualité | Perception de la difficulté à obtenir un rendez-vous<br>- Rapidité à obtenir un rendez-vous auprès d'un professionnel de première ligne<br>- Perception du temps d'attente pour obtenir un | Temps d'attente pour avoir un premier rdv avec un intervenant :<br>-**Jocoeur:** 2 semaines (4 patients en attente)<br>-**Jocoeur renc. médicale** 1x/mois (44 patients) 4 à 8 semaines d'attente<br>-**MCV :** 0 patient en attente<br>-**Clinique diabète :** 2 à 6 semaines |

| | | |
|---|---|---|
| | rendez-vous auprès d'un professionnel de première ligne | d'attente selon disponibilité du patient (12 patients pour rencontre individuelle et 13 pour les groupes)<br>-**Nutrition :** 0 patient en attente pour rencontre individuelle et 23 pour les différents groupes en nutrition<br><br>Déploiement du projet GMF+ en déménageant l'équipe dédiée au GMF, facilitant l'accès à un professionnel pour la clientèle.<br>Formation des infirmières secteur qui suivent de la clientèle MCV dans leurs secteurs respectifs, améliorant l'accès aux soins et services. |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

| **École en santé** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.1.9 Élaborer une planification conjointe des activités à déployer en promotion – prévention<br><br>AS-1.1.9 Élaborer une planification conjointe des activités à déployer en promotion – prévention (SUITE) | Planification conjointe soit par :<br>- signature de l'entente MELS – MSSS<br>- ou plan d'action commun<br>- ou mise en commun des priorités ou besoins de chacun des réseaux (commission scolaire - CSSS) | **Pour le volet École en santé**<br>Nouvelle intervenante depuis juin 2014. <u>Réalisations</u> :<br>- Rencontre avec intervenantes du CSSS (T.S. et inf. scolaire) pour une présentation sommaire de l'année à venir;<br>- Rencontre avec toutes les directions et intervenants des 7 écoles de notre territoire (faire connaissance et présentation de l'offre de service en promotion prévention)<br><br>- Collaboration avec Action santé dans la mise en place et le déploiement d'activités en saine alimentation et activité physique (boîte à lunch, collation, transport actif) |

| | | |
|---|---|---|
| | | - Préparation, planification et animation du programme système D dans tous les pavillons de notre territoire à l'exception d'un pavillon.<br><br>- Participation à différentes tables de concertation: Inter action, toxicomanie, persévérance scolaire.<br><br>- Plusieurs autres initiatives concertées entre les réseaux et partenaires de la communauté.<br><br>-Signature en mars 2015 d'un protocole d'entente entre la Commission scolaire Lac Abitibi et le CSSSAB. Cette entente vient baliser la prestation de services dans le cadre de la pratique d'activités d'exception et de l'administration de médicaments par les non professionnels en soins infirmiers en milieu scolaire. |
| Commentaire P 13 : Les ententes prioritaires ont été signées entre les réseaux scolaires et de la santé et des services sociaux. Le comité MELS-MSSS du territoire a maintenu ses activités. | | |

| **Vaccination** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.1.8 Proportion d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza | 80 % | 35 % |
| Commentaire P 13 : Nombreuses stratégies de communication et de sensibilisation tentées. | | |

**Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)**

| **Utilisation optimale des lits de CHSLD** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.3.13 Personnes admises en CHSLD sont de profil Iso-Smaf 10 et plus | 90 % des nouvelles personnes admises dans des lits d'hébergement permanent en CHSLD doivent avoir un profil ISO-SMAF allant de 10 à 14 | 77% des admissions en CHSLD en 2014-15 avaient un profil allant de 10 à 14, soit 34 usagers sur 44 au total. |

Commentaire P 13 : Tous les gens avec profil 9 avaient un état de santé démontrant une détérioration relativement rapide donc, orientés en CHSLD. Orientation en fonction des besoins individuels et en fonction des structures et services disponibles.

| **Soutien à domicile – SAPA** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.3.16 Atteindre une proportion en SAD-SAPA de 30 % d'heures services professionnels et de 70 % d'heures en activités de la vie quotidienne | 30 % des heures SAD en SAPA par les services professionnels et 70 % en activités de la vie quotidienne | 32.3% en P12 |
| Commentaire P 13 : En 2014-15, transformation d'un poste infirmière SAD en heures auxiliaires familiales pour se rapprocher du ratio demandé. | | |

| **Maltraitance** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.3.8 Lutte contre la maltraitance | Le nombre d'intervenants formés par les formateurs du CSSS sur la problématique de la maltraitance envers les personnes aînées | 19 intervenants ont reçu la formation « Intervention en maltraitance » |
| Commentaire P 13 : Cible atteinte. | | |

| **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.3.9 Implanter les composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier tant à l'urgence que dans les unités de soins qui admettent des personnes âgées | Avoir implanté au moins 4 des 6 composantes de l'approche adaptée pour l'ensemble de leurs unités, incluant les urgences | • Implanté en courte durée et à l'urgence.<br>• Soutien à l'implantation 100%,;<br>• Gouvernance clinique 75%;<br>• Formation et activité de coaching 44.64%;<br>• Algorithme de soins cliniques à la personne âgée 35%;<br>• Interventions cliniques 66.67%;<br>• Évaluation de la qualité 0 %;<br>• Total des composantes 54.69 % |
| Commentaire P 13 : Cible atteinte. | | |

| **Élaboration des plans de services pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS POUR 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.3.10 Compléter le plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS) de la clientèle adulte SAPA ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée | Avoir complété un PSIAS pour :<br>- 65 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 décembre 2014<br>- 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015<br>- 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 3 et moins au 30 juin 2015 | 100% des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015<br><br>61,54% au 31 décembre 2014.<br><br>83,09% au 31 mars 2015. |
| Commentaire P 13 : Travaux en lien avec la codification statistique et sa synchronisation RSIPA. Nous tentons de résoudre cette problématique pour le 1er juin afin d'avoir des résultats exacts pour le Gestred 530 du 30 juin 2015. | | |

| **Évaluation des besoins pour tous les usagers hébergés en CHSLD public en CSSS et hors CSSS** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS POUR 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.3.11 Profil ISO-SMAF pour les usagers hébergés depuis 2 ans et moins dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD public en CSSS et hors CSSS | Transmettre les profils pour le 30 septembre 2014 | Réalisé et transmis.<br>Gestred 584 |
| AS-1.3.12 Évaluation ou mise à jour du profil ISO-SMAF pour les usagers hébergés depuis plus de 2 ans dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD public en CSSS et hors CSSS | Avoir complété l'évaluation ou la mise à jour du profil ISO-SMAF pour le 31 décembre 2014 | Réalisé et transmis.<br>Gestred 584 |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

| **Réseau de services intégrés pour les personnes âgées** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.3.13 Pourcentage d'implantation de la composante PI-PSI | 14,20% | 12,32% |
| AS-1.3.14 Pourcentage d'implantation de la gestion de cas | 14,20 % | 14,84% |

| | | |
|---|---|---|
| AS-1.3.15 Pourcentage d'implantation du mécanisme de coordination avec la communauté | 12,80 % | 11,68% |
| Commentaire P 13 : Cible partiellement atteinte. Poursuite des travaux. | | |

**Déficiences**

| **Améliorer l'offre de service à la clientèle** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS POUR 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS- 1.4.2 Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement | Participer aux travaux du Centre de réadaptation La Maison et du CRDIAT Clair Foyer et signer une entente de collaboration avec chaque établissement | L'entente n'est pas signée pour le moment, mais les travaux se poursuivent avec la participation de tous. |
| Commentaire P 13 : Participation aux travaux. | | |

| **Offre de service Trouble envahissant du développement (TED)** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS POUR 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.5.1 Clarifier et bonifier l'offre de service aux TED incluant le répit-dépannage et l'hébergement | Déposer à l'Agence un portrait local des services offerts aux TED par le réseau local de services | Répit à la Chrysalide.<br>Répit-gardiennage.<br>Remboursement de transport.<br>Activités au Club de l'amitié des handicapés. |
| Commentaire P 13 : Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité complété et transmis. | | |

| **Évaluation des besoins pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS POUR 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.5.2 Évaluation à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle de la clientèle DP n'ayant jamais été évaluée | Avoir complété les évaluations pour le 31 octobre 2014 | Réalisé et transmis.<br>Gestred 530 |
| AS-1.5.3 Évaluation à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle de la clientèle DI-TED n'ayant jamais été évaluée | Avoir complété les évaluations pour le 31 octobre 2014 | Réalisé et transmis.<br>Gestred 530 |

| | | |
|---|---|---|
| AS-1.5.4 Profil ISO-SMAF de la clientèle DP ayant été évaluée | Transmettre les profils pour le 30 septembre 2014 | Réalisé et transmis. Gestred 530 |
| AS-1.5.5 Profil ISO-SMAF de la clientèle DI-TED ayant été évaluée | Transmettre les profils pour le 30 septembre 2014 | Réalisé et transmis. Gestred 530 |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

**Élaboration des plans de services pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée**

| AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS | ENGAGEMENTS POUR 2014-2015 | RÉSULTATS 2014-2015 |
|---|---|---|
| AS-1.5.6 Compléter le PSIAS de la clientèle adulte DP ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée | Avoir complété un PSIAS pour :<br>- 65 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 décembre 2014<br>- 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015<br>- 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 3 et moins au 30 juin 2015 | - 87,30%<br>- 90,74% |
| AS-1.5.7 Compléter le PSIAS de la clientèle adulte DI-TED ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée | Avoir complété un PSIAS pour :<br>- 65 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 décembre 2014<br>- 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015<br>- 100 % des usagers ayant un profil ISO-SMAF 3 et moins au 30 juin 2015 | - 100%<br>- 98,39% |
| Commentaire P 13 : Travaux en lien avec la codification statistique et sa synchronisation RSIPA. Nous tentons de résoudre cette problématique pour le 1er juin afin d'avoir des résultats exacts pour le Gestred 530 du 30 juin 2015. | | |

**Priorités en matière de personnes ayant une déficience**

| AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS | ENGAGEMENTS POUR 2014-2015 | RÉSULTATS 2014-2015 |
|---|---|---|
| AS-1.5.8 Plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité | Déposer à l'Agence le plan local pour le 1er avril 2015 | Réalisé et transmis. |
| Commentaire P 13 : Cible atteinte. | | |

**Jeunes en difficulté**

| **Programme d'intervention en négligence et programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.6.1 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté | Compléter les grilles GESTRED 802, 803 et 805 pour le 16 mai 2015 | Grilles GESTRED complétées |
| Commentaire P 13 : Cible atteinte. | | |

| **Services de première ligne offerts aux jeunes en difficulté** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.6.3 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)<br>(indicateur 1.06.02) | 7 | 6,14 |
| Commentaire P 13 : La cible de 7 n'a pas été atteinte cette année. Beaucoup de travail est fait depuis 2012-2013 afin d'atteindre les standards demandés. L'évaluation des charges de cas qui est faite régulièrement compte pour beaucoup ainsi que la façon d'entrer les statistiques. L'ouverture et la fermeture de dossiers restent des objectifs dans notre plan d'équipe pour 2015-16. Depuis 2012-2013, nous avons passé de l'intensité 4 à 6,14 et nous poursuivons nos efforts. | | |

**Itinérance**

| **Services en itinérance** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| 1.7.5 Assurer la coordination intersectorielle locale nécessaire à la mobilisation des partenaires pour la mise en place de services intégrés et continus, basés sur l'approche de Trois-Rivières, et correspondant aux standards de qualité attendus en matière d'intervention en itinérance | Produire un état de situation des travaux réalisés dans le cadre de la coordination intersectorielle et fournir les redditions de comptes attendues dans les délais établis | - Coordination de la table intersectorielle en Abitibi-Ouest assurée par le service en action communautaire du CSSSAB.<br>- Adaptation des services de la Maison du compagnon s'est poursuivie.<br>- Admissibilité plus grande de la clientèle. Taux d'occupation à presque 100% en période hivernale. On a constaté une utilisation des chambres à occupation multiples à |

| | | |
|---|---|---|
| | | bas seuil (COMBS).<br><br>- Des hospitalisations ont été évitées en courte durée pour clientèle itinérante.<br>- De 2013 à aujourd'hui, nous constatons une appropriation de ce qu'est le phénomène de l'itinérance en AO chez nos partenaires intersectoriaux.<br>- Implication dans un dossier sur le logement social, développement d'un projet de logements transitoires permettant d'accompagner des personnes en post séjour à la Maison du Compagnon<br>- Mobilisation accrue de la communauté en regard du phénomène de l'itinérance.<br>- Confirmation par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'A-T d'une bonification récurrente de la subvention à la Maison du compagnon.<br>- Amorce en mars 2015 d'une campagne de levée de fonds pour rénover les locaux de la Maison du compagnon. |
| Commentaire P 13 : L'état de situation sur la démarche de concertation a été produit en mai 2015. Cible atteinte. | | |

**Santé mentale**

| **Accès aux services ambulatoires de première ligne en santé mentale pour les jeunes et adultes** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.8.2 Nombre d'usagers de moins de 18 ans en attente de plus de 30 jours pour un traitement de première ligne en santé mentale | 0 | 0 |
| AS-1.8.3 Nombre d'usagers de 18 ans et plus en attente de plus de 30 jours pour un traitement de première ligne en santé mentale | 0 | Moyenne par période<br>8.85 |
| Commentaire P 13 : Notre résultat est de 8.85 personnes en moyenne par période en attente de plus de 30 jours. Nous visons une cible de 0. Continuons à faire la gestion des requêtes. Pour la clientèle présentant des troubles transitoires de santé mentale, nous avons reçu pour 2014-2015, 262 requêtes de services. Nous en | | |

avons orienté 36 vers les services sociaux généraux. Nous avons investi des heures en psychologie pour le développement d'un groupe sur les troubles de l'humeur et une première rencontre s'est tenue ce printemps. Nous avons poursuivi le groupe sur les troubles anxieux. Nous travaillons à élargir notre offre de services selon les recommandations du Centre national d'excellence en santé mentale. Une méthode de gestion des charges de travail des intervenants est en implantation et un encadrement individuel est offert aux intervenants. Il faut noter aussi qu'il y a encore régulièrement de la clientèle qui attend pour un professionnel spécifique à leur demande. Pour la majorité des clients en attente, ils sont au programme adulte et cette réalité est liée à leur désir de recevoir les services par le professionnel de leur choix.

| **Services d'intervention en situation de crise** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.8.4 Établir un système de garde 24/7 pour des services d'intervention en situation de crise | Établir un système de garde 24/7 pour des services d'intervention en situation de crise | Sommes activement impliqués dans les travaux régionaux de développement et d'implantation du service Info Social et du service de crise 24/7. Quatre (4) intervenants de notre secteur sont à recevoir de la formation et vont intégrer l'équipe régionale de crise mi-juin 2015. Une chargée de projet a été rendue disponible à raison de deux jours semaines et poursuit son implication jusqu'en juin 2015.<br>La majorité des équipes et des partenaires ont été rencontrés au niveau de notre territoire pour présenter le fonctionnement du service qui est maintenant accessible depuis début avril 2015. |
| AS-1.9.9 Poursuivre, avec la ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue, l'implantation du formulaire de référence pour l'accès aux services du CSSS | Nombre d'appels répondus par période en provenance de la ligne | Avons tenu une rencontre localement en Abitibi-Ouest avec la coordonnatrice de la ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide pour arrimer l'offre de services de la ligne à notre plan d'action local en prévention du suicide. Nous avons le formulaire et les outils, mais n'avons encore reçu aucune référence de la ligne pour 2014-2015. |
| Commentaire P 13 : Nous poursuivons dans les démarches de collaboration avec la ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide en Abitibi-Témiscaminque. | | |

**Santé physique**

| **Registre local du cancer** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.9.21 Exploiter les informations médico-administratives oncologiques recueillies dans les registres locaux du cancer | Mettre en place et diffuser un tableau de bord contenant des données médico-administratives sur les patients atteints de cancer et en faire l'analyse | Données acheminées au registraire en oncologie, en date du 14 mai 2015 via le service des archives. |
| Commentaire P 13 : Données acheminées. | | |

| **Centre spécialisé en cancer** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.9.22 Assurer le développement des services en cancérologie selon le plan directeur de la Direction québécoise de cancérologie | Mettre en place une gouverne locale en cancérologie en cogestion médicale et clinico-administrative | Cogestion médicale et clinico-administrative avec un médecin et le chef de programmes.<br>Gouverne locale en cancérologie en place et composée d'un organisme du milieu (Arc en soi), de la Société canadienne du cancer et des gestionnaires locaux, ainsi que de l'IPO. Une rencontre a été effectuée au cours de l'année. |
| | Réviser le plan local selon le plan directeur et le plan d'action 2013-2015 de la Direction québécoise de cancérologie | Réalisé, notre plan local se retrouve à l'intérieur du plan régional |
| | Collaborer à l'élaboration du plan régional en cancérologie | Réalisé |
| AS-1.9.19 Corridors de services entre des centres affiliés et les centres partenaires pour le cancer du poumon et de l'œsophage et les autres centres locaux de santé et de services sociaux de leur territoire | Entente de service | Entente de services avec des radio-oncologues de Gatineau qui viennent rencontrer des patients en région.<br>Corridors de services avec Gatineau pour la majorité des cancers. Ententes particulières avec Hôpital général de Montréal pour certains cas. |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

| **Télésanté** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.9.23 Développer des activités de télésanté | Inventorier les activités cliniques qui pourraient être supportées par la télésanté | Nous sommes reconnus comme centre accrédité pour la téléthrombolyse |
| | Nommer un coordonnateur clinique local dont le rôle sera de développer des activités de télésanté | Coordonnateur clinique identifié en téléthrombolyse. |
| | Collaborer avec le CSSS de Gatineau à la mise sur pied d'activités de téléoncologie | Participation aux travaux. |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

| **Soins palliatifs** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.9.14 Comptabiliser périodiquement le nombre de patients en soins palliatifs de fin de vie admis dans un lit de soins palliatifs dédié ou non dédié | Remplir à la P-13 le formulaire 514 disponible dans GESTRED | Réalisé et transmis le 15 mai 2015. |
| AS-1.9.24 Consolider l'offre de service en soins palliatifs | Offrir les services en soins palliatifs à domicile à la clientèle ayant un pronostic de fin de vie minimalement de 3 mois et moins | Réalisé. |
| | Fournir un portrait local de l'offre de service en soins palliatifs d'ici le 1er septembre 2014 | - Soins palliatifs à domicile offerts<br>- 4 lits dédiés aux soins palliatifs en hébergement temporaire<br>- Soins palliatifs en courte durée possible |
| | Élaborer une politique et un programme clinique de soins de fin de vie qui tiennent compte de l'inclusion des maladies autres que le cancer et des ajustements nécessaires dans l'éventualité de l'adoption du projet de loi 52 | Réalisé. |

| | | |
|---|---|---|
| | Mettre sur pied une équipe interdisciplinaire dédiée aux soins palliatifs, comme énoncé dans la politique ministérielle | En cours. |
| Commentaire P 13 : Réalisé, poursuivons la mise sur pied de l'équipe inter. | | |

| **Accès aux services de première ligne** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.9.11 Poursuivre le déploiement des GMF | Ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'une UMF existante ou d'un site CLSC (comportant des médecins ayant une pratique de première ligne) | Déménagement de l'équipe de gestion des maladies chroniques dans un point de services affilié et dans le même bâtiment que le GMF-UMF. On y retrouve 3 bureaux médicaux occupés par des médecins, dont 2 qui exercent une pratique de première ligne en gestion des maladies chroniques en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire. Nous avons également 3 autres médecins qui interviennent, avec l'équipe de façon ponctuelle en première ligne. |
| Commentaire P 13 : Cible atteinte. | | |

| **Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC)** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.9.20 Organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un AVC | Mettre en place une équipe locale | Réalisé |
| | Élaborer un plan d'action local d'ici le 15 septembre 2014 | Réalisé |
| | Collaborer à l'élaboration du continuum AVC et du plan d'action régional | Réalisé |
| | Collaborer à la tournée ministérielle prévue à la fin de 2014 | Visite prédémarrage téléthrombolyse en février 2015 |
| Commentaire P 13 : Centre accrédité depuis le 20 mars 2015. | | |

| **Suppléance rénale (dialyse, hémodialyse)** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-1.9.25 Fournir des données sur les soins et services offerts en suppléance rénale | Compiler des données administratives sur la clientèle en prédialyse, dialyse péritonéale et hémodialyse (à la P-3, P-6, P-10 et P-13) selon un tableau de bord défini avec l'Agence | Données administratives transmises |
| | D'ici le 15 septembre 2014, dresser le portrait local de l'offre de service en suppléance rénale | Portrait local transmis |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

**Coordination, financement, immobilisation et budget**

| **Stratégie québécoise d'économie d'eau potable** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-2.1.2 Efficacité de la consommation d'eau potable dans les établissements du RSSS | Mesurer l'état de situation pour la mise en œuvre des phases 1 et 2 comprenant : les critères essentiels d'organisations (groupe A), les critères techniques à fort potentiel (groupe B), les autres critères techniques (groupe C) et le mesurage de la consommation d'eau potable se fera par l'intermédiaire du formulaire GESTRED no 630 à la P-6 (21 octobre 2014) et P-13 (30 avril 2015) | Poursuivons le remplacement de nos systèmes de ventilation/climatisation (CVCA) fonctionnant à l'eau et qui sont de grands consommateurs d'eau potable. Avons remplacé le système de la salle de conférences à Macamic, le réfrigérateur à desserts de Macamic et celui des bureaux de la maintenance et du génie biomédical à La Sarre.<br>De plus, avons installé 4 robinets électroniques lors des travaux de réaménagement de la pharmacie. |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

| **Optimisation des services de biologie médicale** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-2.1.3 Améliorer la productivité des laboratoires et l'usage judicieux des analyses de biologie médicale par une optimisation et régionalisation des services | Entreprendre les travaux pour mettre à jour les systèmes de laboratoire (SIL) et ramener les trois grappes de base de données en une seule grappe | |
| | Évaluer les coûts d'impact suite à ces changements | |
| | Préparer, avec le Technocentre, les devis d'acquisition selon les règles prévues de la loi 133 | |
| | Évaluer les services qui seront mis en commun à l'intérieur de la grappe de laboratoires | |
| Commentaire P 13 :<br>Technocentre pilote le projet. Nous participons aux travaux en lien avec Optilab. | | |

**Ressources informationnelles**

| **Dossier Santé Québec (DSQ)** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-4.3.4 Déployer le DSQ à l'ensemble du territoire québécois pour les domaines laboratoire, imagerie médicale et médicament | Normaliser les tables cliniques des systèmes de laboratoire afin d'alimenter le domaine laboratoire du DSQ | Réalisé. |
| | Arrimer l'index patient maître au registre des usagers | Réalisé. |
| | Assurer le déploiement dans son territoire concernant le dossier SécurSanté (distribution des clés d'accès, formation, etc.) | Réalisé. |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

| **Dossier clinique informatisé (DCI)** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-4.3.5 Soutenir l'utilisation des DCI dans les établissements | Réaliser, à l'intérieur d'une démarche régionale, le plan d'affaires régional | Participation aux travaux régionaux. |
| | Rehausser la plateforme d'échanges actuelle suite à l'analyse des besoins d'affaires cliniques et organisationnels | Participation aux travaux régionaux. |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

| **Dossier médical électronique (DMÉ)** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-4.3.3 Soutenir l'utilisation des DMÉ dans les cliniques médicales | Brancher pour les UMF au domaine de laboratoire du DSQ, pour le volet consultation, soit pour le visualiseur ou les DME | DSQ déployés. En attente des travaux régionaux pour la visualisation des résultats de laboratoire à même le DMÉ. |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

| **Mise en place d'une gouvernance régionale des ressources informationnelles** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-6.1.2 Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI) | Transmettre la PTPARI approuvée à l'Agence pour le 1er octobre 2014 | Réalisé selon les échéanciers demandés. |
| AS-6.1.3 Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles (PARI) | Transmettre les PARI 2015-2016 à l'Agence pour analyse et avis de conformité d'ici le 1er avril 2015 | Réalisé selon les échéanciers demandés. |
| AS-6.1.4 État de santé des projets (ESP) | Transmettre à l'Agence une déclaration concernant l'ESP de plus de 100,0 k$ en cours de réalisation d'implantation ou de rodage d'ici le 1er octobre 2014 | Réalisé selon les échéanciers demandés. |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

| **Optimisation en technologie de l'information** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS-6.1.10 Mettre en œuvre le plan d'action régional en sécurité de l'information | Établir le bilan annuel en sécurité de l'information avec le gabarit ministériel d'ici le 1er septembre 2014 | Réalisé. |
| | Assister le Technocentre à la mise en œuvre des activités associées au réseau d'alerte, notamment :<br>- Le processus de déclaration d'un incident de sécurité<br>- Le processus de gestion des incidents de sécurité<br>- Le processus de communication en gestion d'incidents de sécurité<br>- Les rôles et les responsabilités<br>- La mise en place d'un registre régional des incidents de sécurité | Travaux réalisés en collaboration avec le Technocentre. |
| | Évaluer, avec l'aide du Technocentre, les efforts et les enjeux et élaborer la planification de ces travaux | Travaux réalisés en collaboration avec le Technocentre. |
| AS-6.1.11 Mettre à niveau les postes de travail | Mettre à niveau Windows XP vers Windows 7/8.1 et voir à l'opportunité de virtualiser les postes (gestion du parc des postes de travail [GPPT]) | Migration de Windows complétée à 97% (442 postes sur 455). Dans l'attente de la comptabilité d'un fournisseur pour compléter la migration d'ici le 30 juin 2015. En attente des travaux régionaux concernant la virtualisation de postes. |
| | Réaliser la migration des postes de travail selon l'évolution régionale du dossier et selon les orientations du MSSS d'ici le 1er avril 2015 | Complété à 97%. |
| AS-6.1.12 Mettre à niveau le courrier électronique Lotus Notes | Réaliser les travaux de mise à niveau à la version courante de Lotus Notes selon les orientations du MSSS | Complété le 15 mai, en fonction des échéanciers régionaux (Technocentre). |
| AS-6.1.13 Optimiser les centres de traitement | Poursuivre les travaux d'optimisation des applications, équipements logiciels et matériels | Travaux en collaboration avec le Technocentre. |

| |
|---|
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. |

**Ressources humaines**

| **Programmes de type Entreprise en santé** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS- 7.1.1 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail (indicateur 3.13-PS) | Maintenir l'accréditation | Accréditation maintenue |
| Commentaire P 13 : Cible atteinte. | | |

**Planification, performance et qualité**

| **Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS- 8.1.1 Déclaration des accidents et incidents | Saisir les événements indésirables survenus entre le 1er avril et le 30 septembre au plus tard le 20 octobre 2014 | Saisies effectuées |
| | Saisir les événements indésirables survenus entre le 1er octobre et le 31 mars au plus tard le 16 avril 2015 | Saisies effectuées |
| AS- 8.1.2 Prévention des chutes et des événements liés à la médication | Implanter les recommandations du rapport qui sera publié par le Groupe Vigilance | Début d'implantation des recommandations |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

**Sécurité civile**

| **Sécurité civile – Mission santé** | | |
|---|---|---|
| **AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS** | **ENGAGEMENTS 2014-2015** | **RÉSULTATS 2014-2015** |
| AS- 9.1.1 Désigner une personne responsable de la coordination en sécurité civile en effectuant les liens nécessaires avec les différents acteurs de son organisation ainsi qu'avec les partenaires présents sur le territoire du réseau local de services | Nommer un coordonnateur de sécurité civile | Coordonnateur nommé |
| AS- 9.1.2 Maintenir au sein de l'établissement une instance de coordination active en sécurité civile, dans le but d'assurer un leadership de coordination. Cette instance doit regrouper les représentants des différents volets ou secteurs d'activités tels que l'hospitalier, la santé de première ligne, le psychosocial, la santé publique, les communications, les ressources humaines, les ressources matérielles, les ressources informationnelles | Nommer les personnes responsables de chacun des volets ou secteurs d'activités composant l'instance de coordination locale en sécurité civile | Instance de coordination (COPIN) active et représente tous les volets de l'organisation |
| | Nommer un substitut pour chaque personne responsable | Substituts nommés |
| Commentaire P 13 : Cibles atteintes. | | |

| **INDICATEURS** | **ENGAGEMENTS POUR 2014-2015** | **RÉSULTATS POUR 2014-2015** |
|---|---|---|
| **Santé publique** | | |
| 1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (prénatale), au cours de l'année de référence | 0,25 | 0,15 |
| 1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (postnatale 1), au cours de l'année de référence | 0,5 | 0,26 |
| 1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (postnatale 2), au cours de l'année de référence | 0,15 | 0,12 |

| INDICATEURS | ENGAGEMENTS POUR 2014-2015 | RÉSULTATS POUR 2014-2015 |
|---|---|---|
| 1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (postnatale 3), au cours de l'année de référence | 0,05 | 0,05 |
| 1.01.14-EG2 1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-VPI-Hib ou DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais | 90 | 91,9 % |
| 1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais | 90 | 83,73% |
| Commentaire(s) :<br>Cibles partiellement atteintes pour méningocoque et RRO : relances faites pour tous les bébés et leurs parents, refus documentés. Procédons à des vérifications et à des actions complémentaires pour accroître la conformité des saisies statistiques.<br>Notons que les changements de saisies de vaccins dans le logiciel SISMI sont récents. Auparavant lorsque les vaccins étaient entrés dans le ICLSC, nous pouvions inscrire la raison pour laquelle l'enfant n'avait pas reçu son vaccin en temps prévu. Avec ce nouveau logiciel, ce n'est pas possible. Nous sommes à voir avec la pilote du logiciel si nous pouvons apporter des corrections. | | |
| 1.01.19.1-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis › diarrhées associées au Clostridium difficile | 90 | Taux de 2 sur 10 000 |
| 1.01.19.2-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis › bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline | 90 | 0 |
| 1.01.23-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des clientèles vulnérables | 55 | 69 |
| Commentaires P11 et P13 :<br>Nous avons constaté en cours d'année que nous devions revoir la codification des saisies statistiques dans le SIPPE. En effet, de nouvelles façons de faire ont été instaurées, dont les nouvelles demandes SIPPE qui sont désormais inscrites dans le ICLSC<br>Un effort supplémentaire est nécessaire pour accroître la conformité des saisies à la réalité des actions terrains en lien avec le cadre de référence du programme. À cet effet, nous sommes à travailler de concert avec la direction de santé publique régionale pour corriger la situation, soutenir et accroître la supervision des intervenants. Une professionnelle de 2ème ligne en santé publique travaillera en 2015-2016 avec le spécialiste en activité clinique au programme jeunesse enfance famille sur ce dossier afin de soutenir les intervenants dans l'appropriation des changements de pratiques et de codification en SIPPE. | | |

| INDICATEURS | ENGAGEMENTS POUR 2014-2015 | RÉSULTATS POUR 2014-2015 |
|---|---|---|
| **SAPA** | | |
| 1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC) | 17 115 | 18 979 |
| Nombre d'interventions à domicile par jour par ETC en aide à domicile | 6,1 | N/D |
| Nombre d'interventions à domicile par jour par ETC en physiothérapie | 2,51 | N/D |
| Nombre d'interventions à domicile par jour par ETC en inhalothérapie | 3,04 | N/D |
| Nombre d'interventions à domicile par jour par ETC en soins infirmiers | 4,66 | N/D |
| Nombre d'interventions à domicile par jour par ETC en ergothérapie | 3,36 | N/D |
| Nombre d'interventions à domicile par jour par ETC en services psychosociaux | 2,61 | N/D |
| 1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services | 85 | Calcul au 22 mai 2015 à 93.56% |
| Commentaires P11 et P13 : Données non disponibles. | | |

| **Déficiences** | | |
|---|---|---|
| 1.45 PS Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE | 90 | N/D |
| 1.45 PS Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE | 90 | 100 % |
| 1.45 PS Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE | 90 | 95.8% |

| INDICATEURS | ENGAGEMENTS POUR 2014-2015 | RÉSULTATS POUR 2014-2015 |
|---|---|---|
| Commentaires P11 et P13 : Atteint. | | |

| **Dépendances** | | |
|---|---|---|
| 1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS | 24 | 17<br>. |
| Commentaires P11 et P13 : Le mode d'inscription de données statistiques doit être revu. Nous croyons que les intervenants inscrivent davantage dans les programmes jeunes en difficulté et en services psychosociaux généraux. L'analyse est en cours. | | |

| **Santé mentale** | | |
|---|---|---|
| 1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC) | 402 | 433 |
| Commentaires P11 et P13 : Atteint. | | |

| **Santé physique** | | |
|---|---|---|
| 1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée) | 11 | 10.43 |
| 1.09.03-PS Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière | 0 | 0.87% |
| 1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour | 90 | 100% |
| 1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation | 90 | 100% |
| 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille | 70 | N/D |
| 1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière | 0 | 9,31 % |

| INDICATEURS | ENGAGEMENTS POUR 2014-2015 | RÉSULTATS POUR 2014-2015 |
|---|---|---|
| 1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour | 0 | 0 |
| 1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation | 0 | 0 |
| 1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) | 70 | 100% |
| 1.09.33.02-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) | 100 | 100% |
| 1.09.34.00-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale | 90 | 100% |
| 1.09.35.00-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale | 90 | 100% |
| 1.09.36.00-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale | 90 | 100% |
| 1.09.37.00-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale | 90 | 100% |
| Commentaires P11 et P13 : Analyse des patients de 24h et + sur civière et suivi des cas. | | |

| **Hygiène et salubrité** | | |
|---|---|---|
| 2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité | 100 | 100 % |
| Commentaires P11 et P13 : Consolidation des travaux au niveau des zones grises. | | |
| | | |
| **Ressources humaines** | | |
| 3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées | 6,29 | 7.30 P12 |
| 3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières | 4,79 | 4.23 P12 |

| INDICATEURS | ENGAGEMENTS POUR 2014-2015 | RÉSULTATS POUR 2014-2015 |
|---|---|---|
| 3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau | 2,62 | 2.62 |
| 3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières | 1,5 | 0 P12 |
| 3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires | 0 | 0 P12 |
| 3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires | 0 | 0 P12 |
| 3.06.04-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes | 0 | 10.01 P12 |
| 3.08-PS Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main d'oeuvre | 100 | N/D |
| 3.10-PS Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en oeuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat | 100 | N/D |
| 3.14-PS Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines | 100 | N/D |
| Commentaires P11 et P13 : Cibles atteintes et partiellement atteintes pour l'assurance-salaire (gestion de l'absentéisme optimale) et MOI en inhalothérapie nécessaire pour répondre à une pénurie de personnel. | | |

| | | |
|---|---|---|
| 4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée | 3 | 2.7 |
| 4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de CHLSD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale | 3 | 0.8 |
| 4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale | 3 | 2.1 |

## APPLICATION DE LA LOI 100

En rapport avec les cibles signifiées de cette Loi, des réductions de 25 % des frais de publicité, de déplacement et de formation sont attendues. Pour l'exercice financier terminé au 31 mars 2015, l'établissement surpasse cette cible de 5 541 $. Le tableau suivant présente les résultats.

**Réduction de 25 % des frais administratifs**

| | C1 | C2 | C3 | C4 |
|---|---|---|---|---|
| Nature des dépenses ciblées | RÉSULTATS 2008-2009 (année de référence) | CIBLES DE RÉDUCTION 2014-2015 | RÉSULTATS 2014-2015 | ÉCART favorable (défavorable) |
| | | C2 = C1 - 25% | | C4=C2-C3 |
| **Publicité** | 2 988 $ | 2 241 $ | 472 $ | **1 769 $** |
| **Frais de déplacement, de séjour et d'inscription** | 52 030 $ | 39 023 $ | 32 272 $ | **6 751 $** |
| **Congrès délégués des établissements** | | - $ | - $ | **0 $** |
| **Congrès et déplacements (Conseil d'administration)** | 12 596 $ | 9 447 $ | 14 581 $ | **(5 134 $)** |
| **Formation** | 116 077 $ | 87 058 $ | 84 902 $ | **2 156 $** |
| **Total** | **183 691 $** | **137 768 $** | **132 227 $** | **5 541 $** |

La Loi 100 prévoit également des réductions au niveau du personnel administratif; le remplacement des départs à la retraite ne se faisant qu'une fois sur deux départs. L'établissement rencontre les mesures demandées avec un surplus de 7 127 heures et 4 259 $. Le tableau suivant présente les résultats.

**Réduction du personnel administratif**

| | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Main d'œuvre - Administration (Regroupe les centres d'activités 7300, 7320 et 7340) | RÉSULTATS 2009-2010 (année de référence) | RÉSULTATS 2014-2015 | ÉCART | CIBLE cummulative selon tableau transmis par l'Agence 2011-2012 | ÉCART favorable (défavorable) |
| | | | C3=C1-C2 | | C5=C3-C4 |
| **Heures travaillées** (excluant la main-d'œuvre indépendante) | 73 117 | 62 433 | 10 684 | 3 557 | 7 127 |
| **Masse salariale** (excluant la main-d'œuvre indépendante) | 2 904 410 $ | 2 758 857 $ | 145 553 | 141 294 $ | **4 259 $** |
| Taux horaire moyen | 39,72 $ | 44,19 $ | (4,47) $ | 39,72 $ | |

# EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

Régime d'examen des plaintes de l'établissement

L'amélioration continue de la qualité des services est un enjeu majeur pour l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la province. Le régime d'examen des plaintes est l'un des outils utilisés par les établissements pour atteindre cet objectif d'amélioration. En 2014-2015, le mandat de commissaire aux plaintes et à la qualité des services fut assuré par madame Julie Lahaie. Le mandat de médecin examinateur est assuré par le Dr Issam El-Haddad ainsi que par Dre Annie Léger qui agit à titre de médecin examinateur adjoint.

*Plaintes non-médicales*

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule à l'article 33 que la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Pour l'année 2014-2015, la commissaire du CSSS des Aurores-Boréales a reçu 59 dossiers de plaintes soit une augmentation importante du nombre de plaintes reçues par rapport à l'année précédente où 46 plaintes avaient été reçues.

| | |
|---|---|
| Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2014 | 4 |
| Plaintes reçues durant l'exercice 2014-2015 | 59 |
| **Total** | **63** |
| Plaintes conclues durant l'année 2014-2015 | 57 |
| Plaintes en voie de traitement au 31 mars 2015 | 6 |
| Dossiers transmis au 2e palier : Protecteur du citoyen | 1 |

*Délai de traitement des dossiers de plainte*

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* impose un délai de traitement maximal de 45 jours pour la transmission des conclusions à l'usager et à l'établissement. Les 57 plaintes conclues en 2014-2015, furent conclues dans un délai de traitement inférieur aux 45 jours prescrits par la *Loi*.

| **Délai d'examen** | **Nombre** | **%** |
|---|---|---|
| Moins de 3 jours | 5 | 9 |
| 4 à 15 jours | 12 | 21 |
| 16 à 30 jours | 12 | 21 |
| 31 à 45 jours | 28 | 49 |
| **Sous-total** | **57** | **100** |
| 46 à 60 jours | - | - |
| 61 à 90 jours | - | - |
| 91 à 180 jours | - | - |
| 181 jours et plus | - | - |
| **Sous-total** | **0** | **0** |
| **TOTAL** | **57** | **100** |

*Répartition des plaintes selon la mission visée*

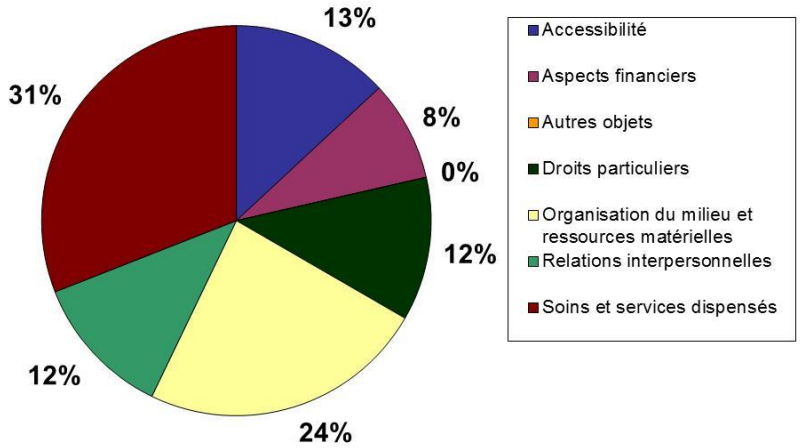
Le CSSS des Aurores-Boréales possède trois types de mission soient le centre de soins de courte durée (CSCD), qui dispense les soins généraux et certains soins spécialisés, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et le vocable centre local de services communautaires (CLSC). La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSS des Aurores-Boréales se doit également de traiter les plaintes visant les deux ressources intermédiaires de l'établissement ainsi que celles reçues par les organismes communautaires étant en entente de services avec le CSSS.

| Instances visées | Plaintes en voie de traitement au 1er avril 2014 | Plaintes reçues durant l'année 2014-2015 | Total | Plaintes conclues en 2014-2015 | Plainte en voie de traitement au 31 mars 2015 |
|---|---|---|---|---|---|
| CSCD | 4 | 29 | 33 | 31 | 2 |
| CHSLD | 0 | 16 | 16 | 14 | 2 |
| CLSC | 0 | 12 | 12 | 10 | 2 |
| Ressources intermédiaires | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Organismes communautaires | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autres | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| **Total** | 4 | 59 | 63 | 57 | 6 |

*Les objets de plainte*

L'objet d'une plainte est l'élément ou les éléments ayant conduit à l'insatisfaction de l'usager. Les objets de plainte sont répartis en 7 grandes catégories soient : *Accessibilité, Aspects financiers, Droits particuliers, Organisation du milieu et ressources matérielles, Relations interpersonnelles, Soins et services et Autres objets de demande*.

**Répartition des objets de plainte pour l'ensemble des missions**



On constate que le plus grand nombre des insatisfactions concerne les *Soins et services dispensés* avec 31% des insatisfactions ce qui constitue une augmentation de 10% comparativement à l'année dernière. Les insatisfactions liées aux *Organisation du milieu et des ressources matérielles* viennent en deuxième position avec 24% des insatisfactions totales. Ces deux catégories d'objet de plainte comprennent plus de 50% des insatisfactions de l'année. L'*Accessibilité* occupe le 3e rang des insatisfactions avec 13% des objets de plainte. Le pourcentage des insatisfactions liées aux *Relations interpersonnelles* a diminué passant de 18% à 12% alors que les insatisfactions touchant *Droits particuliers* ont diminué de 11% pour atteindre 12% cette année. Les *Aspects financiers* représentent 8% des objets de plainte, soit le double de l'année dernière.

*Niveau de traitement des objets de plainte*

Lors de la réception d'une plainte, la commissaire se doit de décider de la recevabilité de celle-ci. Un objet de plainte peut être rejeté sur examen sommaire, abandonné par l'usager ou encore, son traitement peut être cessé par exemple s'il est hors compétence ou en l'absence du consentement de l'usager. L'examen d'un objet de plainte peut également être complété avec ou sans mesure identifiée. En 2013-2014, 67 objets de plainte avaient été traités comparativement à 84 objets pour cette année. Il s'agit d'une augmentation du nombre d'objets d'insatisfaction traités pour l'année en cours. Au 31 mars 2015, onze objets de plainte sont toujours en cours de traitement. Un total de 95 objets de plainte a donc été reçu et/ou traité pour l'année 2014-2015. Le tableau suivant démontre qu'en 2014-2015, près de 92% des objets de plainte furent traités complètement. Quatre objets de plainte furent abandonnés par l'usager, un objet de plainte a vu son traitement être cessé alors qu'un autre objet de plainte a été refusé. Finalement, un objet de plainte a été rejeté sur examen sommaire.

| Objets / Traitement | Rejeté sur examen sommaire | Abandonné | Cessé | Refusé | Traitement complété | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Sans mesure identifiée | Mesures identifiées | |
| Accessibilité | | | | | 6 | 5 | **11** |
| Aspects financiers | 1 | | | | 1 | 5 | **7** |
| Autres objets | | | | | 0 | 0 | **0** |
| Droits particuliers | | | | | 0 | 10 | **10** |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | | 2 | | | 2 | 16 | **20** |
| Relations interpersonnelles | | 2 | | | 0 | 8 | **10** |
| Soins et services dispensés | | | 1 | 1 | 8 | 16 | **26** |
| **Total** | **1** | **4** | **1** | **1** | **17** | **60** | **84** |

*Mesures correctives identifiées*

Dans les 84 objets de plainte traités en 2014-2015, 73 mesures correctives furent mises en place.

| Mesures / Objets | Accessibilité | Aspects financiers | Autre | Droits particuliers | Organisation du milieu et ressources matérielles | Relations interpersonnelles | Soins et services dispensés | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **À portée individuelle** | | | | | | | | |
| Adaptation des soins et services | | | | | | | | |
| Ajustement professionnel | | | | | | | 1 | **1** |
| Élaboration, révision, application | | | | 1 | | | 1 | **2** |
| Encadrement de l'intervenant | | | | | | | 2 | **2** |
| Évaluation ou réévaluation des besoins | | | | | 1 | | 1 | **2** |
| Relocalisation / transfert d'un usager | | | | | 3 | | | **3** |
| Adaptation du milieu et de l'environnement | | | | | | | | |
| Ajustement technique et matériel | | | | | 1 | | | **1** |
| Amélioration mesures sécurité et protection | | | | | 1 | | | **1** |
| Ajustement financier | | 1 | | | | | | **1** |
| Information / sensibilisation d'un intervenant | | 1 | | 3 | | 5 | | **9** |
| Obtention de services | | | | | | | 3 | **3** |
| Autre | | | | | | 1 | | **1** |
| Sous-total | | **2** | | **4** | **6** | **6** | **8** | **26** |
| **À portée systémique** | | | | | | | | |
| Adaptation des soins et services | | | | | | | | |
| Ajustement des activités professionnelles | 1 | | | 1 | | | 3 | **5** |
| Amélioration des communications | | | | | | | 2 | **2** |
| Encadrement des intervenants | | | | | | | 1 | **1** |
| Information et sensibilisation des intervenants | 2 | | | 4 | 1 | 2 | 4 | **13** |
| Autre | | | | | | | 1 | **1** |
| Adaptation du milieu et de l'environnement | | | | | | | | |
| Ajustement technique et matériel | 1 | | | 1 | 4 | | | **6** |
| Amélioration des conditions de vie | | | | | 1 | | | **1** |
| Amélioration des mesures de sécurité et de protection | | | | | 2 | | | **2** |
| Autre | | | | | 1 | | | **1** |
| Adoption / révision / application de règles et procédures | | | | | | | | |
| Protocole clinique ou administratif | 1 | 2 | | 1 | | | 1 | **5** |
| Autre | | | | 1 | | | | **1** |
| Ajustement financier | | 1 | | | | | | **1** |
| Communication / promotion | 1 | | | 1 | | | | **2** |
| Formation / Supervision | | | | | 2 | | | **2** |
| Respect des droits | | 1 | | 2 | | 1 | | **4** |
| Sous-total | **6** | **4** | | **11** | **11** | **3** | **12** | **47** |
| **TOTAL** | **6** | **6** | | **15** | **17** | **9** | **20** | **73** |

*Pouvoir d'intervention*

Le pouvoir d'intervention donne au commissaire la possibilité d'intervenir lorsqu'il croit que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers sont ou peuvent être lésés. Pour l'année 2014-2015, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSS des Aurores-Boréales a utilisé 9 fois son pouvoir d'intervention ce qui est inférieur au nombre de dossiers d'intervention de l'année 2013-2014 où 12 interventions avaient été entamées. Le tableau suivant démontre que les interventions furent réparties sur l'ensemble des missions de l'établissement.

| Instances visées | Interventions en voie de traitement au 1er avril 2014 | Interventions pour l'année 2014-2015 | Total | Interventions conclues en 2014-2015 | Interventions en voie de traitement au 31 mars 2015 |
|---|---|---|---|---|---|
| CSCD | 1 | 5 | **6** | 5 | 1 |
| CHSLD | 1 | 1 | **2** | 2 | 0 |
| CLSC | 0 | 1 | **1** | 1 | 0 |
| Ressources intermédiaires | 1 | 2 | **3** | 3 | 0 |
| **Total** | **3** | **9** | **12** | **11** | **1** |

*Objets des interventions*

Pour l'année 2014-2015, les dossiers d'interventions présentent des motifs d'intervention dans plusieurs catégories de motifs SIGPAQS.

| Objets d'interventions | | Nombre | % |
|---|---|---|---|
| **Accessibilité** | | **5** | **28%** |
| | Délais / Services d'urgence / Services médicaux | 1 | |
| | Difficulté d'accès / Aux services formellement requis | 2 | |
| | Difficulté d'accès / Autre | 2 | |
| **Droits particuliers** | | **2** | **11%** |
| | Choix de l'établissement / Localisation géographique | 1 | |
| | Autre | 1 | |
| **Organisation du milieu et ressources matérielles** | | **4** | **22%** |
| | Confort et commodité / Autre | 1 | |
| | Hygiène, salubrité, désinfection / Lieux | 1 | |
| | Organisation spatiale / Désuétude des lieux | 1 | |
| | Règles et procédures du milieu / Présence de règles et procédures | 1 | |
| **Relations interpersonnelles** | | **3** | **17%** |
| | Respect / Manque à égard de la personne / Manque de politesse | 1 | |
| | Respect / Manque à égard de la personne / Autre | 1 | |
| | Autre | 1 | |
| **Soins et services dispensés** | | **4** | **22%** |
| | Continuité / Coordination entre les services / Réseau | 1 | |
| | Continuité / Insuffisance de service ou de ressource | 1 | |
| | Traitements, interventions, services / Soins (santé physique) | 1 | |
| | Traitements, interventions, services / Transport / Transport adapté | 1 | |
| **Total d'objets d'interventions** | | **18** | **100** |

*Mesures correctives résultant des interventions*

Tout comme les plaintes, une intervention peut se conclure avec ou sans recommandation. Le tableau suivant nous démontre que pour l'année 2014-2015, 17 mesures furent mises en place dans les dossiers d'intervention conclus.

| Mesures / Objets | Accessibilité | Aspects financiers | Autre | Droits particuliers | Organisation du milieu et ressources matérielles | Relations interpersonnelles | Soins et services dispensés | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **À portée individuelle** | | | | | | | | |
| Information, sensibilisation d'un intervenant | | | | | | 2 | | **2** |
| Obtention de service | | | | 1 | | | 1 | **2** |
| **À portée systémique** | | | | | | | | |
| Adaptation des soins et services | | | | | | | | |
| Ajustement activités professionnelles | 2 | | | | | | | **2** |
| Ajout de services ou ressources | | | | | | | 1 | **1** |
| Sensibilisation des intervenants | 1 | | | | | | 2 | **3** |
| Adaptation du milieu et de l'environnement | | | | | | | | |
| Ajustement technique et matériel | 1 | | | | 2 | | | **3** |
| Autre | | | | | 1 | | | **1** |
| Adoption / Révision / Application de règles et procédures | | | | | | | | |
| Protocole clinique ou administratif | 1 | | | | | | | **1** |
| Respect des droits | | | | | | 1 | | **1** |
| Autre | 1 | | | | | | | **1** |
| **TOTAL** | **6** | **0** | **0** | **1** | **3** | **3** | **4** | **17** |

*Assistances*

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* rappelle à l'article 33 que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services se doit de prêter assistance ou de s'assurer que soit prêtée assistance à un usager qui le requiert. Pour l'année 2014-2015, 49 dossiers d'assistance furent reçus et aucun dossier n'était en traitement au 31 mars 2015. Il s'agit d'un nombre légèrement supérieur à l'année 2013-2014 où 42 assistances ont été portées. Des 49 assistances, 35 ont conduit à de l'aide à la formulation d'une plainte et 14 à une aide concernant un soin ou un service.

| Objets des demandes d'assistance | Nombre | % |
|---|---|---|
| Accessibilité | 17 | 35% |
| Aspects financiers | 3 | 6% |
| Droits particuliers | 20 | 41% |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 1 | 2% |
| Relations interpersonnelles | 2 | 4% |
| Soins et services dispensés | 6 | 12 % |
| **Total d'objets des demandes d'assistance** | **49** | **100** |

*Dossiers de consultation*

Pour l'année 2014-2015, la commissaire a été consultée par ses collègues sur des questionnements liés au respect des droits ou autre lors de 19 occasions. Au 31 mars 2015, un dossier de consultation était toujours ouvert.

| Objets des consultations | Nombre | % |
|---|---|---|
| Accessibilité | 1 | 5 % |
| Autre objet | 3 | 16 % |
| Droits particuliers | 9 | 47 % |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 1 | 5 % |
| Relations interpersonnelles | 3 | 16 % |
| Soins et services dispensés | 2 | 11 % |
| **Total des objets des consultations** | **19** | **100** |

## Plaintes médicales

Le CSSS des Aurores-Boréales a reçu 2 plaintes médicales pour l'année 2014-2015. Un dossier de plainte médicale était toujours en cours de traitement à la fin de l'année. Pour l'année 2014-2015, les deux plaintes visaient le vocable CSCD.

| | |
|---|---|
| Plainte en voie de traitement au 1er avril 2014 | 0 |
| Plaintes reçues durant l'exercice 2014-2015 | 2 |
| **Total** | **2** |
| Plaintes conclues durant l'année 2014-2015 | 1 |
| Plainte en voie de traitement au 31 mars 2015 | 1 |
| Dossiers transmis au comité de révision (2e instance) | 0 |

*Les objets de plainte*

Les motifs d'insatisfaction des usagers concernent les *Soins et services dispensés*. Les deux plaintes reçues pour l'année 2014-2015 portent sur cet aspect. L'une concerne les choix de médication faits par l'équipe médicale et l'autre plainte porte sur l'évaluation et le jugement professionnel dans un contexte de congé d'hospitalisation.

*Mesures correctives identifiées*

Une mesure a été mise en place dans le dossier de plainte médicale traité en 2014-2015 soit une adaptation des soins et services en assurant l'amélioration des communications. Cette mesure a une portée systémique.

## Rapport des activités

*Activités de promotion*

Encore une fois en 2014-2015, les activités de promotion furent nombreuses et diversifiées, et ce, tant à l'interne qu'à l'externe :

- Renouvellement des affiches et dépliants dans les installations
- Visite d'organismes communautaires et de résidences privées
- Envoi annuel d'informations sur les droits et le régime de plainte
- Rencontre annuelle des gestionnaires
- Formation aux nouveaux employés

*Activités de formation*

- *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : intervenir dans le respect des orientations sexuelles,* le 25 septembre 2014

## Conclusion

L'analyse des données pour l'année 2014-2015 permet de tirer certains constats concernant le régime d'examen des plaintes :

- Une augmentation marquée du nombre de plaintes touchant les soins et services dispensés.
- Une augmentation constante du nombre de dossiers d'assistance et de consultation
- Un nombre de plainte et d'objets de plainte supérieur à la dernière année et similaire aux années antérieures. Donc une stabilisation du nombre de plaintes.

Le but du régime d'examen des plaintes est l'amélioration de la qualité des services et cela ne pourrait se faire sans les gestionnaires de l'établissement qui démontrent à chaque année leur préoccupation face au respect des droits des usagers.

## Conseil d'administration 2014-2015

Huguette Théberge (présidente)
Paul Fortin (secrétaire – membre d'office)
Mariette Davidson
Gabriel Belzil
Normand Lagrange
Carole Bédard
Claude Duchesne
Annette Morin
Brigitte Gagnon
Solange Alain (vice-présidente)
Laurencia Méthot
Nicole Trottier
Normand Houde
Issam El-Haddad
Marcel Trahan
Michel Barrette
Tomy Lapointe-Aubin
Marc-Antoine Gagnon

## Comités du conseil d'administration et conseils professionnels

Comité administratif
Huguette Théberge, présidente
Solange Alain, vice-présidente
Paul Fortin, secrétaire
Annette Morin
Brigitte Gagnon

Comité de vérification
Normand Houde, président
Marcel Trahan
Annette Morin

Comité de gouvernance et d'éthique
Huguette Théberge
Solange Alain
Laurencia Méthot
Gabriel Belzil
Paul Fortin

Comité de révision
Laurencia Méthot
Dre Hélène Hottlet
Dr Louis Bélanger
Dre Isabelle Massé (substitut)

Comité de vigilance et de la qualité
Mariette Davidson
Carole Bédard
Nicole Trottier
Paul Fortin
Julie Lahaie

Comité d'évaluation du directeur général
Huguette Théberge, présidente
Solange Alain, vice-présidente
Laurencia Méthot

Comité d'orientation en matière de gestion des ressources humaines
Normand Lagrange
Marcel Trahan
Solange Alain
Michel Barrette
Personne ressource : Suzanne Dupuis, DRH

Comité de gestion des risques
Barbara Crête
Maggy Vallières
Dre Christine Clément
France Lavoie
Marie-Josée Rancourt
Nicole Trottier

Comité de prévention et contrôle des infections
Nathalie Richer, présidente
Nadia Bordeleau
Chloé Milot-Breton
Lise Langlois
Johanne Roy
Karine Morin
Maggy Vallières
Jocelyne Bergeron
Suzie Alain
Michelle Paquin

Comité d'éthique
Dr Pier-Alexandre Bonicard
Dre Marylène Lessard
Me Michel Lambert (départ en cours d'année)
Nicole Labbé
Francine Lagrange
Marie-Ève Bouchard
Fernande Bélanger
Marielle Bariault
France Brochu
Barbara Crête
Ginette Germain
Rym Bellouti
Yves Bernard

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Dre Catherine St-Jean, présidente
Dre Sylvie Watelle, vice-présidente
Dr Issam El-Haddad, secrétaire-trésorier
Dre Isabelle Massé, conseillère
Dr Pablo Bedoya, conseiller
M. Paul Fortin, directeur général
Mme Johanne Roy, directrice de l'administration des services professionnels
Dre Annie Léger, DSP du CISSS depuis mi-avril 2015, ayant participé à la dernière réunion du CECMDP en mai 2015

Conseil des infirmières et infirmiers
Marie-Josée Rancourt, présidente
Mélanie C. Croisetière
Caroline Langevin
Francine Gaudet, présidente du CECIIA
Nicole Aubin, CECIIA
Isabelle Daigle
Sophie Hamel (nouveau membre)
Daniel Perron, membre d'office
Michelle Paquin, membre d'office
Maggy Vallières, membre d'office

Conseil multidisciplinaire
Donald Renault, président
Sylvain Bédard, agent de communication
Sylvie Morin, agente de communication
Fernand Nadeau, membre d'office
Cindy Trudel, agente de communication
Maggy Vallières, membre d'office

Comité des usagers
Carole Bédard
Lucille Cloutier
Francine Morin
Nicole Trottier
Françoise Boulet
Murielle Rossignol
Denise Morin
Solange Veillette

| | | |
|---|---|---|
| Francine Lehouiller<br>Personne ressource : Monique Lamarre<br>Invitée : Maggy Vallières | | |
| Comité des résidents | | |
| **Palmarolle :** | Françoise Boulet, présidente<br>Félicienne Deslongchamps<br>Suzanne Chalifoux | Jacqueline Nolet<br>Jeanine Robitaille |
| **Macamic :** | Lucille Cloutier, présidente<br>Solange Veillette | Francine Lehouiller<br>Yolande Pelletier |
| **La Sarre :** | Carole Bédard, présidente<br>Jocelyne Gagnon<br>Reine Gagnon | Gilberte Carrier<br>Arthur Lizotte |

# ACTIVITÉS DES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DES CONSEILS PROFESSIONNELS

## COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

### ANALYSE DES RECOMMANDATIONS

Le comité de vigilance et de la qualité se doit d'examiner toutes les recommandations et rapports transmis au conseil d'administration de l'établissement et d'en assurer le suivi. Pour l'année 2014-2015, le comité a donc analysé le suivi fait aux recommandations des diverses instances externes et internes à l'établissement.

*Recommandations des instances externes*

Pour l'année 2014-2015, le comité de vigilance et de la qualité a assuré le suivi fait à deux organismes externes à l'établissement soit l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et l'Institut d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Dans les deux cas, le comité est satisfait du suivi qui fut fait par l'établissement aux demandes des organismes.

*Recommandations des instances internes*

Pour l'année 2014-2015, le comité de vigilance et de la qualité a reçu et analysé les rapports annuels des différentes instances internes de l'établissement. Ainsi, le comité a pu étudier les rapports du CII, CMDP, CM, du comité de gestion des risques et de la qualité, du comité de révision, du comité d'éthique et du comité des usagers de l'établissement.

*Recommandations du Coroner*

Le comité a analysé les recommandations du coroner qui avaient été mises en place dans l'établissement. Un dossier de coroner comportait des recommandations adressées directement à l'établissement. Le comité est satisfait du suivi fait dans ce dossier.

*Processus d'agrément*

Un minimum de deux fois par année, le comité fait le suivi des activités en lien avec les demandes d'Agrément Canada. La visite a eu lieu en septembre 2014. Le comité a reçu les recommandations et les plans d'action résultant de celles-ci. Le comité constate les efforts mis par l'ensemble des employés à l'amélioration continue de la qualité.

*Entreprise en santé*

En février 2015, le comité a été informé des démarches en cours en vue d'obtenir à nouveau la certification Entreprise en santé. Le comité est tenu informé de l'avancement de cette démarche.

*Plan d'amélioration en lien avec les visites ministérielles en CHSLD*

En juillet 2014, les 3 CHSLD du CSSS des Aurores-Boréales ont été visités par l'équipe du ministère dans le cadre des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie. Le comité de vigilance et de la qualité a analysé les recommandations faites pour les 3 installations et a obtenu les plans d'action en lien avec celles-ci. Le comité est tenu au courant de l'avancement de ces plans d'amélioration.

*Régime d'examen des plaintes*

Pour l'année 2014-2015, 50 dossiers de plainte furent traités en comité de vigilance et de la qualité comparativement à 49 dossiers pour l'année 2013-2014. De ce nombre, 38 dossiers de plainte présentaient des mesures. Le comité s'est tout de même questionné sur les dossiers de plainte conclus sans recommandation puisqu'ils permettent de cibler les points à améliorer dans les établissements du CSSS des Aurores-Boréales. Le comité de vigilance et de la qualité est satisfait du suivi accordé aux recommandations par les directions et les gestionnaires dans les dossiers de plainte. En date du 31 mars 2015, un dossier de plainte fait toujours l'objet de suivi supplémentaire par le comité de vigilance et de la qualité soit le dossier concernant les soins palliatifs. Le comité s'est également intéressé aux autres sphères d'activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité en analysant les dossiers d'intervention et d'assistance. Le comité a également analysé le dossier de plainte médicale reçu par l'établissement pour l'année 2014-2015.

*Recommandations du Protecteur du citoyen*

Pour l'année 2014-2015, un dossier fut transmis au Protecteur du Citoyen. Les conclusions de ce dossier n'étaient toujours pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.

## COMMENTAIRES

Les rencontres du comité de vigilance et de la qualité ont permis, encore cette année, de constater l'ampleur des actions mises en place par l'établissement pour répondre aux recommandations provenant des diverses instances, et ce, dans le but d'améliorer la qualité des services offerts à notre population. Bien que satisfait des améliorations constantes apportées à la qualité des services de l'organisation, le comité demeure conscient qu'il s'agit d'un processus continu. Ainsi, le comité se doit de porter une attention particulière à certains dossiers qui lui paraissent particulièrement importants.

Le comité suit attentivement l'amélioration continue de la qualité des services offerts en soins palliatifs. Ensuite, le comité est préoccupé par l'adaptation du continuum de services pour nos personnes vieillissantes en perte d'autonomie. Finalement, le comité de vigilance et de la qualité est soucieux d'assurer le respect de ses mandats dans le contexte de la réorganisation en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le comité ne connaît pas encore le rôle qu'il occupera dans la nouvelle structure, mais il lui paraît primordial que l'on s'assure que le conseil d'administration du nouveau CISSS puisse continuer à respecter ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers.

## COMITÉ DES USAGERS

Le comité des usagers a tenu huit rencontres régulières. Ce comité a pour mandat de :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations ;
- Faire la promotion pour l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers ;
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ;
- Accompagner et même assister, sur demande, un usager dans toutes les démarches qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter plainte ;
- S'assurer du bon fonctionnement de chacun des comités des résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Bilan des activités du comité des usagers :

- Présence au local situé au CHSLD de Macamic tous les jeudis entre 8 h et 16 h ;
- Promotion du comité via des lettres envoyées aux familles et résidents en CHSLD et ce, en collaboration avec la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Distribution du calendrier régional (1500 exemplaires) à tous les usagers et dans les installations ;
- Distribution de stylos rétractables comme outil de promotion sur les droits des usagers ;
- Organisation de la Semaine de promotion des droits des usagers et du comité des usagers ;
- Participation à la réunion générale annuelle et colloque du CPM à Montréal, participation à la Table des aînés ;
- Formation de Me Gabriel Dupuis (CPM) sur les rôles et fonctions du comité des usagers ainsi que sur la reddition de comptes ;
- Participation aux ateliers sur la maltraitance des personnes âgées avec Éric Matte et Martine Godard ;

- Participation à la visite d'Agrément-Canada, aux visites ministérielles et à deux (2) séances d'informations pour le CLAN ;
- Suivi de plusieurs dossiers avec le CSSSAB (organisation des services en période estivale, information sur la gestion des risques et sur la prévention et le contrôle des infections, informations et sujets du conseil d'administration).

## COMITÉ DES RÉSIDENTS

Le comité des résidents est impliqué directement dans le milieu et les membres se sont rencontrés régulièrement. Le bilan de leurs activités est fait au comité des usagers.

## COMITÉ DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le comité de prévention et contrôle des infections s'est réuni à 2 reprises au cours de l'année 2014-2015. Les membres de la table régionale en prévention et contrôle des infections se sont rencontrés à 8 reprises. Finalement, nous avons été invités à 4 rencontres de la table en hygiène et salubrité au cours de l'année.

Faits saillants :

- Audit de lavage des mains ;
- Campagne canadienne de l'hygiène des mains ;
- Dispensation de formations sur l'hygiène des mains aux étudiantes préposées aux bénéficiaires du Centre Harricana, au personnel de Clair Foyer, aux bénévoles de la communion, aux membres du comité des usagers, aux employés de la résidence privée Jardins du Patrimoine ainsi qu'aux auxiliaires bénévoles.
- Test d'étanchéité des masques N-95 pour environ 50 employés.
- Information/formation sur Ébola.

Activités du comité :

- Gestion des éclosions (gastro-entérite, influenza, ERV) ;
- Surveillance des infections nosocomiales pour le SARM et le Clostridium difficile (diffusion d'un rapport périodique) ;
- Surveillance des plaies opératoires ;
- Diffusion de la situation épidémiologique du CSSSAB de façon quotidienne ;
- Parution régulière du petit journal « Le Virulent » où divers sujets de prévention et contrôle des infections sont traités ;
- Diffusion via l'Intranet de documents (Le Contaminant, nouvelles procédures en PCI, programme de formation de base en PCI, etc.) ;
- Révision de plusieurs politiques et procédures en lien avec l'actualisation des lignes directrices émises par le MSSS ou la mise à jour des normes CSA ;
- Participation au comité des fournitures ainsi qu'au comité d'acquisition des équipements ;
- Gestion du risque environnemental (répertoire des surfaces, catégorisation des surfaces, etc.).

## COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques a tenu 6 rencontres. Le mandat du comité est de :

- Rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence ;
- S'assurer qu'un soutien est apporté à la victime et à ses proches ;
- Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et accidents aux fins d'analyse des causes et recommander au conseil d'administration la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents.

Au cours de l'année 2014-2015, le comité a :

- Reçu des invités pour présenter leurs travaux dans des dossiers importants touchant la sécurité (santé mentale, santé sécurité au travail, prévention des infections) ;
- Suivi de près les travaux pour sécuriser l'utilisation des mesures de contrôle ;
- Suivi de près les travaux en lien avec l'amélioration du programme de prévention des chutes en soins de longue durée ;
- Reçu les résultats des analyses d'événements sentinelle traités en comité ad hoc en cours d'année par différentes équipes (plaies de pression, chutes de gravité importante, etc.).

Le comité de gestion des risques a adressé un questionnaire à l'équipe de gestionnaires. La croissance de la culture de sécurité doit être visée par le maintien de la formation et la promotion de la déclaration et l'emphase mis sur les rétroactions dans les équipes associées aux améliorations mises en place, de même qu'une meilleure connaissance des démarches à entreprendre lors de divulgation.

Le CSSSAB a reçu une recommandation du Coroner et le comité de gestion des risques a été informé des mesures d'amélioration et de prévention de la récurrence mises en place.

Le mécanisme de suivi des avis, alertes et rappels se fait continuellement en cours d'année et est efficace.

Un moins grand nombre de réclamations de la part d'usagers a été porté à notre attention cette année, mais le processus doit tout de même être adapté par une révision de la procédure qui est en cours.

L'organisation s'est dotée d'un tableau de bord en constante amélioration qui est présenté au conseil d'administration. Ce tableau de bord inclut les données générées par le système de déclaration des incidents-accidents et est accessible sur intranet à tous les intervenants. Le comité a une présentation lors de chaque réunion de l'évolution des statistiques et s'est questionné, puisqu'on constate, depuis l'an dernier, une tendance à la baisse dans le nombre de déclarations.

L'organisation a également adopté une saisie centralisée des déclarations et des rappels aux chefs de programmes. Des rappels sont réalisés à la fin de chaque période. Nous croyons que

ces ajustements permettront d'obtenir des données à jour plus rapidement et permettront une réactivité plus juste.

En perspective, le groupe Vigilance a émis des recommandations à implanter au cours des prochains mois et tous les niveaux d'intervenants devront être sensibles aux risques qui pourraient découler de la période de changement et d'adaptation que nous amènera la fusion des établissements.

## COMITÉ D'ÉTHIQUE

Le comité d'éthique du CSSSAB est un groupe multidisciplinaire ayant le mandat de réfléchir aux dilemmes éthiques soulevés par ses intervenants. Grâce à sa multidisciplinarité et une approche systémique, ce comité offre un regard permettant de faciliter la prise de décisions difficiles sur le plan de l'éthique. Le comité possède également un rôle d'éducation aux professionnels désireux de développer des connaissances leur permettant de perfectionner la dimension éthique dans leur pratique.

L'année 2014-2015 aura permis au comité de consolider ses activités et de modifier ses modes d'interventions auprès des requérants.

Le comité s'est rencontré à trois (3) reprises, soit les 11 juin et 1er octobre 2014 ainsi que le 25 mars 2015. Le comité a reçu quatre (4) demandes d'avis éthique dans un contexte clinique. Les premières demandes furent traitées en juin et en juillet 2014 et les deux autres demandes furent traitées en décembre 2014.

Suite à la formation reçue en janvier 2014, le comité a modifié son fonctionnement pour le support aux équipes. Les changements apportés semblent bénéfiques pour le fonctionnement optimal du comité. Les modifications aux documents pertinents (règles et procédures, procédure de prise de décision éthique et un dépliant) sont en cours. Le tout sera publicisé au début de l'année 2015-2016.

## CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Le CMDP de La Sarre compte 36 membres actifs et 27 membres associés. Parmi les membres actifs nous notons 27 médecins de famille, 6 médecins spécialistes et 3 pharmaciens. Ce calcul tient compte de l'arrivée de 4 nouveaux médecins de famille, du départ d'un médecin de famille, du changement de statut de membre actif à associé pour un autre médecin de famille et du départ d'un médecin spécialiste dans la dernière année. À noter que 2 nouveaux médecins de famille se joindront à notre équipe dès juillet 2015, ce qui portera le compte à 38 membres actifs. Nous avons également une interniste en processus de parrainage pour permis restrictif.

Le CMDP s'est réuni en assemblée générale à 3 reprises, incluant l'assemblée générale annuelle du 3 juin 2015 à La Sarre. Le taux de participation est en moyenne d'un peu plus de 50%.

Dr Issam El-Haddad fut notre représentant du CMDP au CA du CSSS des Aurores-Boréales jusqu'à sa dissolution le 31 mars 2015.

- Participation à la visite d'Agrément.

- Maintien de notre statut de Centre de traumatologie de niveau primaire suite à la visite du Groupe conseil en traumatologie (INESSS).

- Positionnement pour demander à être consulté pour la nomination du DSP et a rappelé que ce poste devait être occupé par un médecin.

- Préparation, grâce au leadership du Département de médecine générale sous la chefferie de Dr Pierre-Alexandre Bonicard, à reconnaître, accueillir et évaluer des cas suspects de maladie à virus Ebola dans le contexte mondial d'épidémie.

- Le CMDP s'est penché sur les modifications au Code de déontologie du CMQ.

Le CECMDP s'est réuni à 9 reprises, soit 6 réunions régulières et 3 réunions spéciales, avec un taux de participation moyen de 81%.

- Un objectif majeur fixé en début d'année concernait la qualité de l'acte par la mise en application des recommandations du CMQ. Notre plan d'action fut approuvé par le CMQ en début d'année.

- L'étude sur les BTT fut complétée.

- L'étude sur les cytologies cervicales a révélé une pratique conforme.

- L'encadrement pour la compétence des médecins de famille pratiquant en oncologie s'est amélioré.

- Les services d'urgence et de gériatrie se sont mobilisés pour améliorer les pratiques et les chefs furent invités au CECMDP pour présenter le fruit de leur travail.

- Les règlements du CMDP furent révisés de même que ceux du département de médecine générale.

- Le comité de pharmacologie a réalisé des RUM et le comité des titres a davantage exercé une analyse critique en fonction des exigences de formation requises.

- Le comité d'évaluation de l'acte a notamment poursuivi ses études par critères explicites, s'est soucié d'améliorer la diffusion des conclusions et a fait des rappels aux départements pour l'évaluation de l'acte.

- Le CECMDP a participé à la mobilisation régionale dans la transition vers le CISSS pour l'organisation médicale.

- Soutien aux pharmaciens d'établissement face aux coupures annoncées par le Ministère.

- Recommandations au CA pour l'octroi et renouvellement des privilèges des membres, suite à l'étude des dossiers par le comité des titres.

- Plusieurs ordonnances collectives et ordonnances individuelles préétablies furent adoptées.

- De nombreux autres sujets furent traités au CECMDP.

Le comité des titres

Il s'est réuni à 2 reprises depuis la dernière AGA du CMDP. Dr Tri Minh Tran en assurait la présidence jusqu'à son changement de statut (actif à associé) en septembre 2014. Par la suite, Mme Johanne Roy fut désignée pour assurer le leadership de ce comité.

Sept (7) dossiers recommandés pour octroi de privilèges avec statut de membre actif et 8 dossiers recommandés pour octroi de privilèges avec statut de membre associé. Puis, il y a recommandation pour renouvellement de privilèges de 11 membres actifs et 4 membres associés.

Le comité de pharmacologie

Ce comité, présidé par Mme Suzie Alain, a tenu 3 réunions. Revues d'utilisation des médicaments, ajouts et retraits de molécules au formulaire de l'établissement, évaluation de l'usage de médicaments hors formulaire, pharmacovigilance et révision d'ordonnances individuelles préétablies furent au menu.

Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Ce comité, sous la présidence de Dre Hélène Hottlet, s'est réuni 4 fois.

- Réalisation d'études par critères objectifs en collaboration avec les résidents de l'UMF.

Le comité de discipline

Heureusement, aucun comité de discipline n'a été formé.

**Autres comités**

Le comité des ordonnances et protocoles s'est réuni 2 fois, d'abord sous la présidence de Dre Rachel Leclerc puis l'intérim fut assuré par Dre Sunnie Gauthier-Poulin.

Le comité FPC a organisé plusieurs activités de formation continue en cours d'année et a transmis son sondage aux membres sur l'évaluation des besoins.

## CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

En 2014-2015, le comité a tenu quatre (4) rencontres soit les 25 juin 2014, 19 septembre 2014, 5 décembre 2014 et le 13 mars 2015.

Objectifs du conseil multidisciplinaire :

1. Constitué à partir de la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSSS) et sera toujours une instance reconnue dans la nouvelle structure créée par la fusion en lien avec la Loi 10.
2. Regroupe actuellement au CSSS des Aurores-Boréales plus de 140 professionnels. Ce nombre sera en croissance à partir de la fusion des CSSS.
3. A pour but principal de supporter les pratiques professionnelles à l'intérieur de l'établissement et être aviseur auprès du conseil d'administration.
4. Un membre du conseil multidisciplinaire siège au conseil d'administration de l'établissement.

Bilan des activités :

Jusqu'à la toute fin, le conseil multidisciplinaire a poursuivi ses travaux et ses activités :

1. En lien avec l'Agrément et différentes actions posées par l'établissement afin de satisfaire les exigences du processus. Bien que satisfaits de l'obtention de notre accréditation, l'implication des membres de l'exécutif dans leurs équipes est variable.
2. Sur la capacité de l'établissement à mobiliser et obtenir l'implication des intervenants dans leurs forces, expertises, etc.
3. Nous avons abordé la question de rétention du personnel dans une vision globale des choses tant en suscitant le recrutement des nouveaux arrivants que de maintenir à l'emploi ceux en mi-carrière et conserver l'expertise des séniors qui quittent l'établissement.
4. Nous avons rediscuté des comités de pairs sans en arriver à une action concrète à ce niveau. À suivre.

Plusieurs politiques nous ont été présentées au niveau de l'exécutif et avant de recommander les politiques, plusieurs recommandations de l'exécutif ont été portées à la direction avec leur adoption (ex. : gestion des ressources bénévoles, PII-PSI, réunion d'équipe, service de crise, suivi sur les contentions, etc.). À ce niveau, les commentaires apportés ont toujours été bien reçus et le suivi effectué par les responsables de notre établissement.

Quelques rencontres et échanges de courrier ont eu lieu sur la réorganisation nécessaire des conseils multidisciplinaires en région (Loi 10).

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Au total, trois (3) rencontres du CECII et une (1) journée colloque CII/CIR-RC, AGA (21 mai 2014) se sont tenues pendant l'année financière 2014-2015.

Les objectifs du CECII ont majoritairement été reconduits pour l'année 2013-2014. Le CII s'est impliqué activement dans le suivi et l'évaluation des changements effectués dans le cadre de l'inspection professionnelle de l'OIIQ. Des audits ont été réalisés en juillet 2013.

Les objectifs ont été majoritairement reconduits en 2014-2015. L'implication active du CII dans le suivi et l'évaluation des changements effectués dans le cadre de l'inspection professionnelle de l'OIIQ. Il en est de même pour l'élaboration et l'implantation des notes abrégées sur les départements de médecine/chirurgie, observation/unité court séjour.

Les objectifs sont axés principalement sur l'augmentation des connaissances des infirmières et des infirmiers du CSSSAB relativement aux rôles, mandats et dossiers traités par le CII. En collaboration avec les directions concernées, l'insertion d'outils (plan de soins guide, grille d'évaluation) en milieu de travail, facilitant l'évaluation et la continuité des soins infirmiers, répondant ainsi aux normes de l'OIIQ. Le CII poursuit ainsi son implication dans divers comités et domaines concernant la qualité des services et des soins (comités des protocoles, pharmaco, soins palliatifs, gestion des risques). Ces objectifs ont été atteints partiellement et son en continuelle évolution.

Suivis et informations
- Suivis SARDM – FADM.
- Suivi contention.
- Suivi Préceptorat.
- Suivi programme de gestion intégré de la qualité, de sécurité et des risques.
- Soins invasifs et non invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne confiés aux non professionnels.
- Suivi de la contribution des aides-soignantes et des proches aidants aux soins infirmiers.
- Suivi soins de plaies, PTI et administration des opiacés.
- Suivi plan d'intervention du suicide et procédure en prévention du suicide.

Recommandations :
Politiques et procédures adoptées
- Élaboration et implantation des notes abrégées.
- Règlement congé temporaire.
- Politique hygiène des mains.
- Surveillance clinique lors de la prise d'opiacés.

Le colloque CII/DSI-RC « Pour des soins de qualité, sortons nos atouts » du 12 novembre 2014 fut apprécié des membres. Un panel diversifié d'infirmières cliniciennes a su apporter de belles connaissances aux membres sur différents sujets.

Le CII s'implique aussi dans l'élaboration d'outil/formation, facilitant l'élaboration et la mise à niveau des PTI.

Finalement, le support dans l'implantation d'outils pour le personnel infirmier, procédures et mise à jour des protocoles, le maintien des compétences, sont des objectifs constants pour le CII.

# PORTRAIT SOMMAIRE DES ÉTATS FINANCIERS ET ÉTATS DES OPÉRATIONS AU 31 MARS 2015

L'établissement a terminé l'exercice budgétaire au 31 mars 2015 avec un déficit de 1 922 682 $[1]. Ce résultat qui tient compte d'une coupure budgétaire totalisant 824 291 $[2] porte le déficit accumulé de l'organisation à 707 802 $[3]. Le tableau suivant présente les revenus et les dépenses totales de l'établissement comparativement avec l'exercice financier précédent. Les détails des états financiers sont présentés en annexe iv.

| | 2013-2014 | | 2014-2015 | | Écart |
|---|---|---|---|---|---|
| **Revenus** | **$** | **%** | **$** | **%** | **$** |
| Subventions Agence et MSSS | 47 136 636 | 90,79% | 48 241 292 | 92,32% | 1 104 656 |
| Subventions Gouvernement du Canada | 20 796 | 0,04% | | 0,00% | -20 796 |
| Contributions des usagers | 2 805 958 | 5,40% | 2 586 845 | 4,95% | -219 113 |
| Ventes de services et recouvrements | 720 739 | 1,39% | 565 703 | 1,08% | -155 036 |
| Revenus de placement | 35 887 | 0,07% | 27 905 | 0,05% | -7 982 |
| Revenus de type commercial | 742 277 | 1,43% | 604 924 | 1,16% | -137 353 |
| Autres revenus | 454 885 | 0,88% | 225 391 | 0,43% | -229 494 |
| **Total** | **51 917 178** | **100%** | **52 252 060** | **100%** | **334 882** |
| **Charges** | | | | | |
| Salaires, avantages sociaux et charges sociales | 38 746 708 | 74,45% | 40 453 052 | 74,67% | 1 706 344 |
| Médicaments | 1 617 746 | 3,11% | 1 711 401 | 3,16% | 93 655 |
| Produits sanguins | 246 347 | 0,47% | 526 621 | 0,97% | 280 274 |
| Fournitures médicales et chirurgicales | 900 670 | 1,73% | 1 036 755 | 1,91% | 136 085 |
| Denrées alimentaires | 617 175 | 1,19% | 585 914 | 1,08% | -31 261 |
| Rétributions versées aux ressources non institutionnelles | 686 275 | 1,32% | 677 316 | 1,25% | -8 959 |
| Entretien et réparations | 876 533 | 1,68% | 881 503 | 1,63% | 4 970 |
| Loyers | 145 223 | 0,28% | 344 538 | 0,64% | 199 315 |
| Créances douteuses | 4 302 | 0,01% | 5 746 | 0,01% | 1 444 |
| Autres charges | 8 203 837 | 15,76% | 7 951 896 | 14,68% | -251 941 |
| **Total** | **52 044 816** | **100%** | **54 174 742** | **100%** | **2 129 926** |
| **Surplus (déficit) de l'exercice** | **-127 638** | | **-1 922 682** | | **-1 795 044** |

[1] Rapport financier annuel AS-471 de l'établissement, page 200-00.
[2] Résolution du conseil d'administration de l'établissement (CA-2014-04-2060) en date du 2 juillet 2014.
[3] Rapport financier annuel AS-471 de l'établissement, page 202-00.

Deloitte.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
335, 2e Rue Est
La Sarre QC J9Z 2X9
Canada

Tél. : 819-333-2382
Téléc. : 819-333-2517
www.deloitte.ca

# Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration de
Centre de Santé et des Services Sociaux des Aurores-Boréales

**Rapport sur les états financiers**

Nous avons effectué l'audit des états financiers de Centre de Santé et des Services Sociaux des Aurores-Boréales inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

*Responsabilité de la direction pour les états financiers*

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

*Responsabilité de l'auditeur*

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

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

Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

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

*Fondement de l'opinion avec réserve*

Ainsi qu'il est exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pas été déterminées.

*Opinion avec réserve*

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe de fondement de l'opinion avec réserve, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre de Santé et des Services Sociaux des Aurores-Boréales au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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

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

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;

- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

- aux définitions contenues dans le *Manuel de gestion financière* publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.[1]

Deloitte s.e.n.c.r.l. / s.r.l.

Le 11 juin 2015

[1] FCPA auditeur, FCA permis de comptabilité publique n° A107817

# CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

## DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
## DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES AURORES-BORÉALES

En vertu de la Loi, le conseil d'administration a adopté un code d'éthique et de déontologie qui porte sur les devoirs et obligations des membres du conseil d'administration.

Entre autres, ce code :

- Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- Traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- Interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres du conseil;
- Traite des devoirs et obligations des membres même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- Prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées du code et la possibilité de sanctions.

En 2014-2015, aucun manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été signalé.

PRÉAMBULE

Suivant les articles 99.2 et suivants de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales (ci-après le « CSSS ») a principalement pour objet de réaliser les responsabilités dévolues à une instance locale. À cette fin, le CSSS exploite un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et a pour fonction d'assurer une prestation de services de qualité, qui soient continus, accessibles et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. Le CSSS doit gérer avec efficacité et efficience les ressources humaines, matérielles et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, le tout suivant les orientations régionales et celles du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le CSSS doit notamment :

1. Recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins;

2. Dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108 de la LSSSS;

3. Veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;

4. Diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services.

Pour la réalisation de ses mandats, l'établissement obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'établissement présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis plusieurs années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent Code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs du CSSS adhèrent.

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30) fixe, à son article 3.04, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux de se doter d'un code d'éthique et de déontologie. Cette disposition prévoit de plus qu'un tel code doit porter sur les devoirs et obligations des personnes visées et doit entre autres :

- Traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration d'intérêts;
- Traiter de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes;
- Traiter des devoirs et obligations de ces personnes même après qu'elles ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- Prévoir des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de l'application du code et la possibilité de sanctions.

Ce code doit être rendu accessible au public et être publié au rapport annuel. Le rapport annuel doit en outre faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, de leur décision et des sanctions imposées par l'autorité compétente ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2). En effet, l'article 174, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'établissement et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

*« 174. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements qu'ils administrent et de la population desservie. »*

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'un établissement de santé et de services sociaux peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'établissement et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

## DÉCLARATION DE PRINCIPE

ATTENDU l'article 174 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), qui prévoit que les administrateurs de l'établissement doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, des établissements qu'ils administrent et de la population desservie;

ATTENDU l'article 3.04 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'établissement de se doter d'un code d'éthique et de déontologie suivant certains paramètres;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité;

Les administrateurs du CSSS s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus décisionnel auquel ils seront appelés à participer :

- Primauté des intérêts de la population à desservir

- Utilisation efficiente et équitable des ressources de l'établissement

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs du CSSS. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

## I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs du CSSS déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'établissement, de favoriser la transparence au sein de l'établissement et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

   Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

   Notamment, il :

   - traite des mesures de prévention, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;

   - traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

   - traite des règles reliées à la rémunération et aux avantages;

   - traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;

   - prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

   L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine, des droits fondamentaux de la personne, des besoins de services des individus et des groupes le plus près possible de leur milieu de vie et d'une gestion efficiente des ressources mises à la disposition de l'établissement.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt du CSSS et de la population desservie.

4. Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

## II DÉFINITIONS

5. Dans le présent Code les mots et expressions suivantes ont le sens qui y apparaît, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

   a) « administrateur » désigne un membre du conseil d'administration du CSSS;

   b) « association ou entreprise » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;

   c) « Code » désigne le présent Code;

   d) « conflit d'intérêts » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

   e) « conseil d'administration » désigne le conseil d'administration du CSSS;

   f) « établissement » désigne le CSSS;

   g) « Loi ou LSSSS » désigne la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2);

   h) « proche » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

## III DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie

À cette fin, l'administrateur :

6. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.

7. Contribue à la réalisation des fonctions de l'établissement et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

8. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

9. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

10. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

**L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence**

### Disponibilité et participation active

11. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

### Soins et compétence

12. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'établissement; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

    Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toute règle en vigueur à l'établissement et contribue à leur respect.

**Neutralité**

13. Sous réserve des règles applicables en matière de conflit d'intérêts, l'administrateur doit exercer son droit de vote lorsque requis aux séances du conseil d'administration. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisanes. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

14. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

**Activités politiques**

15. Le président du conseil d'administration ou le directeur général doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisanes.

16. Le président du conseil d'administration ou le directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le conseil d'administration.

    Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

17. Le président du conseil d'administration ou le directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions dès la date de l'annonce de sa candidature.

18. Le directeur général qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

20. Le directeur général qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 du Code a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature s'il n'est pas candidat ou, s'il est candidat, au plus tard le 30e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

21. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur, le tout sous réserve des lois et règlements.

**Discrétion**

22. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard des informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer à une personne physique ou morale un avantage indu.

    Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur issu ou lié à un groupe d'intérêts particuliers de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

    L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements personnels et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'établissement respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

**Relations publiques**

23. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.

24. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le directeur général.

25. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

26. L'administrateur reconnaît que le président du conseil d'administration est le représentant du conseil et que le directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'établissement vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

**L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté**

À cette fin, l'administrateur :

27. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, entreprise ou association.

    L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'établissement dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'établissement et de l'administration de tous les biens qu'il possède ou dont il a la garde.

Notamment, l'administrateur doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration ou de l'établissement, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

28. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

29. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'établissement et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

30. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'établissement puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'établissement ou qu'un administrateur puisse faire des pressions pour l'obtention de services.

**Conflits de devoirs ou d'intérêts**

31. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

32. L'administrateur qui siège sur un comité ou une commission relevant du conseil d'administration doit déclarer les situations de conflits d'intérêts ou de conflits de rôles pour toute décision que le comité prend en vertu d'une délégation du conseil d'administration ou pour toute recommandation ou tout avis transmis au conseil d'administration.

**L'administrateur et les conflits d'intérêts**

33. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement.

    De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

    Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).

**L'administrateur et les conflits de rôles**

34. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'établissement.

    De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'établissement et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction est débattue.

**Le directeur général et les conflits d'intérêts**

35. Le directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge et de son congédiement, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement. Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

    Le conseil d'administration doit, dès qu'il constate que le directeur général se trouve en conflit d'intérêts, prendre des mesures afin d'intenter un recours en déchéance de charge contre lui. Il doit en outre, dans les 10 jours qui suivent, en informer par écrit l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue en lui indiquant la nature du cas et les mesures qu'il a prises.

    Le directeur général doit, dans les 60 jours qui suivent sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence de la santé et des services sociaux. Cette déclaration doit être mise à jour dans les 60 jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les 60 jours de l'anniversaire de sa nomination.

    Le directeur général doit également déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec un établissement ou avec une agence de la santé et des services sociaux par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires, dans les 30 jours qui suivent la conclusion de ce contrat.

**L'exclusivité de fonction du directeur général**

36. Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction.

Il peut toutefois occuper un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service si aucune rémunération ou aucun avantage quelconque, direct ou indirect, ne lui est accordé de ce fait.

Le directeur général peut de même, avec l'autorisation du conseil d'administration, occuper hors du domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé.

Il peut aussi, avec l'autorisation de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et du conseil d'administration, occuper dans le domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé. Toutefois, seule l'autorisation du conseil d'administration est requise s'il s'agit d'une charge ou d'une fonction occupée au sein d'une association regroupant la majorité des établissements exerçant des activités propres à la mission de centre de même nature ou au sein d'une association de directeurs généraux des services de santé et des services sociaux reconnue par décret à des fins de relations de travail ou au sein d'un organisme d'agrément des établissements.

Il peut aussi, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, exercer tout mandat que celui-ci lui confie.

Il peut également occuper une charge publique élective.

Le conseil d'administration doit, dès qu'il constate que le directeur général contrevient à l'une des règles prévues au présent article, le suspendre sans traitement ou prendre des mesures afin d'intenter un recours en déchéance de charge contre lui, selon la gravité de la contravention. Il doit en outre, dans les 10 jours qui suivent, en informer l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et le ministre de la Santé et des Services sociaux en leur indiquant la nature du cas et les mesures qu'il a prises. Une suspension imposée en vertu du présent alinéa peut varier de trois à six mois.

**Biens de l'établissement**

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'établissement. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'établissement pour ses besoins personnels.

**Avantages ou bénéfices indus**

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou au bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet

avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

Notamment, est considéré un avantage prohibé tout cadeau, faveur, don, legs, récompense, commission, ristourne, rabais, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromette ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.
41. Le directeur général ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

42. L'administrateur qui reçoit un avantage indu en contravention du présent code ou des lois et règlements est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu.

**Transparence**

43. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

**Interventions abusives**

44. Hormis le directeur général, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du directeur général ou de tout cadre supérieur.

45. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

46. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'établissement.

47. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'établissement.

48. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

49. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'établissement; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

50. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

51. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

52. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'établissement, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

## IV DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

**L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat**

À cette fin, l'administrateur :

53. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

54. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

55. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

56. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'établissement.

57. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

58. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier concernant les affaires de l'établissement.

## V MÉCANISMES D'APPLICATION

59. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'établissement. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

60. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au vice-président si l'allégation concerne le président du conseil d'administration. Il précise alors le ou les motifs de sa dénonciation par écrit.

    Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu du présent Code, le président du conseil d'administration ou le vice-président, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

    Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration ou le vice-président, selon le cas, doit être transmise au comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

**Tenue de l'enquête**

61. Le comité sur l'éthique et la déontologie est chargé de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code et en informe le membre concerné.

62. Sous réserve de ce que prévoit le présent Code, les règles de fonctionnement applicables à ce comité sont celles prévues à la section II du *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration du Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores-Boréales*.

**Information de l'administrateur concerné**

63. Au moment où il le juge opportun, le comité sur l'éthique et la déontologie doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de 20 jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

64. L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas tenter de communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

**Transmission du rapport au président du conseil d'administration**

65. Suite à son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au vice-président, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel et doit être transmis dans les 30 jours de la réception de la dénonciation écrite.

**Décision**

66. Suite au rapport du comité sur l'éthique et la déontologie, le conseil d'administration doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut se faire entendre et faire des représentations avant que le conseil d'administration ne prenne sa décision. Cependant, il ne peut assister à la séance lorsque le conseil d'administration discute ou décide des mesures à prendre.

    Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

67. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la déchéance de charge prononcée par le conseil d'administration. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

## VI ENGAGEMENTS

68. Dans les 60 jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'Annexe II du présent Code.

    Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les 60 jours de son entrée en fonction.

    De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les 60 jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe III du présent Code.

## VII LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

69. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuites en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

    Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président et au vice-président du conseil d'administration ou au directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

    La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

## VIII PUBLICITÉ DU CODE

70. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du présent Code à toute personne qui en fait la demande.

71. L'établissement doit publier dans son rapport annuel le présent Code.

72. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- du nom des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées au cours de l'année.

## IX CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

73. Par le présent Code, un comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autre que le président du conseil d'administration et le directeur général.

    Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an.

74. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

75. Sous réserve de l'article 73, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

76. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 73 du présent Code.

77. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil d'administration.

78. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.

    Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

79. Les fonctions du comité sont les suivantes :

- S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;
- Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;

- Déterminer, suite à une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;
- Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

## X CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

80. Le directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

## XI DISPOSITIONS FINALES

81. Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent Code.

82. Le présent Code entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace et abroge tout code, règlement ou directive sur les mêmes objets.

**ANNEXE I**

## ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____, administrateur, domicilié et résidant au _____ ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales et m'engage à m'y conformer, à en faire la promotion et contribuer à son application. Je m'engage de plus à respecter l'ensemble des décisions que prendra le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales découlant de ce Code.

_____ _____

Signature Date

*Cet engagement, signé par chaque administrateur en début de mandat, sera consigné dans les registres du conseil d'administration pour la durée de son mandat.*

**ANNEXE II**

## DÉCLARATION DES INTÉRÊTS
## d'un administrateur autre que le directeur général

Je, (administrateur de l'établissement) : _____,
déclare les intérêts suivants :

1. Détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui sont susceptibles d'en faire.

_____
Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées

2. 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 qui est partie à un contrat avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui est susceptible de le devenir.

_____
Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés

3. Occupe les emplois suivants :

**Emploi** **Employeur**

_____Pré
ciser l'emploi et nommer l'employeur

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____
Le _____

_____
**Signature de l'administrateur**

**ANNEXE II.B**

## DÉCLARATION DES INTÉRÊTS
## du directeur général

Je, (directeur général du Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales), déclare les intérêts suivants :

1. Détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement ou une agence de la santé et des services sociaux régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LR.Q., c. S-4.2)*.

_____

**Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ainsi que les établissements et agences de la santé et des services sociaux concernés**

2. Détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement ou une agence de la santé et des services sociaux régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LR.Q., c. S-4.2)*.

_____

**Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées**

3. Agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

_____

**Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés**

4. Occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

**Emploi** _____ **Employeur**_____
**Préciser l'emploi et nommer l'employeur**

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts ou pour laquelle j'occupe une fonction est débattue.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____
LE _____

_____
**Signature du directeur général**

**ANNEXE III**

## CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES AURORES-BORÉALES

## SERMENT OU AFFIRMATION D'OFFICE ET DE DISCRÉTION DE L'ADMINISTRATION

Je, soussigné, *(désignation de la personne)*, responsable de l'application du *Code d'éthique et de déontologie*, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs adopté par le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales le *(date)*, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'établissement.

Dans cet esprit, je, *(désignation de la personne)*, jure *(ou affirme solennellement)* de remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, je jure *(ou affirme solennellement)* que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la loi et que je ne révélerai et ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance dans l'exercice de ma fonction.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____
LE _____

_____
**Signature du responsable (membre du comité sur l'éthique et la déontologie)**

# LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

| Sigles et acronymes | |
|---|---|
| A.-T. | Abitibi-Témiscamingue |
| AEO | Accueil, évaluation et orientation |
| AGA | Assemblée générale annuelle |
| AIC | Assistance infirmière-chef |
| AMPRO | Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux |
| BCM | Bilan comparatif des médicaments |
| C.difficile | Clostridium difficile |
| CA | Conseil d'administration |
| CAFE | Crise Ado-Famille-Enfance |
| CAT | Centre d'abandon du tabagisme |
| CECII | Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers |
| CEOR | Comité évaluation-orientation en hébergement permanent |
| CEPI | Candidate à l'exercice de la profession infirmière |
| CH | Centre hospitalier |
| CHQ | Corporation d'hébergement du Québec |
| CHSGS | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CHUM | Centre hospitalier de l'Université de Montréal |
| CII | Comité des infirmières et infirmiers |
| CIIA | Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires |
| CIR | Commission infirmière régionale |
| CJ | Centre jeunesse |
| CJAT | Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue |
| CLE | Centre local d'emploi |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CM | Conseil multidisciplinaire |
| CMDP | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens |
| CMQ | Collège des médecins du Québec |
| CMUR | Commission multidisciplinaire régionale |
| COPIN | Comité de planification des mesures d'urgence |
| CPE | Centre de la petite enfance |
| CPEJ | Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse |
| CR | Centre de réadaptation |
| CRDI | Centre de réadaptation en déficience intellectuelle |
| CRDIAT | Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue |
| CRDP | Centre de réadaptation en déficience physique |
| CSCD | Centre de soins de courte durée |

| Sigles et acronymes | |
|---|---|
| CSLA | Commission scolaire du lac Abitibi |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| CSSSAB | Centre de santé et de services sociaux des Aurores-Boréales |
| CSST | Commission de la santé et de la sécurité au travail |
| CUSM | Centre universitaire de santé McGill |
| DCI | Dossier clinique informatisé |
| DEA | Défibrillateur externe automatisé |
| DG | Directeur général |
| DI | Déficience intellectuelle |
| DP | Déficience physique |
| DRH | Directeur des ressources humaines |
| DRMG | Département régional de médecine générale |
| DSA | Directeur des services administratifs |
| DSH | Directeur des services hospitaliers |
| DSP | Directeur des services professionnels |
| DSPSI | Directeur des services à la population et des soins infirmiers |
| DSQ | Dossier de santé du Québec |
| EGI | Entente de gestion et d'imputabilité |
| EIJ | Équipe d'intervention jeunesse |
| EMS | Équipements médicaux spécialisés |
| ERV | Entérocoque résistant à la vancomycine |
| ETC | Équivalent temps complet |
| FADM | Feuille d'administration des médicaments |
| GAR | Groupe d'amélioration rapide |
| GBM | Génie biomédical |
| GDP | Groupe de pratique |
| GESTRED | Système de suivi de gestion et de reddition de compte |
| GMF | Groupe de médecine familiale |
| GPMO | Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre |
| HS | Hygiène et salubrité |
| I-CLSC | Cadre normatif système d'information sur la clientèle et les services des CLSC |
| IMP | Intervention multifactorielle personnalisée |
| INESSS | Institut national d'excellence en santé et en services sociaux |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| IPS | Infirmière praticienne spécialisée de première ligne |
| IRSC | Institut de recherche en santé du Canada |
| ISAR | Identification systématique des aînés à risque |
| ISQ | Institut de la statistique du Québec |
| ITSS | Infection transmissible sexuellement et par le sang |
| L.R.Q. | Lois refondues du Québec |
| LPJ | Loi sur la protection de la jeunesse |
| LSSSS | Loi sur les services de santé et les services sociaux |

| Sigles et acronymes | |
|---|---|
| LSST | Loi sur la santé et la sécurité du travail |
| MDDEP | Ministère du développement durable, de l'environnement et des parcs |
| MELS | Ministère de l'éducation, du loisir et du sport |
| MOI | Main-d'œuvre indépendante |
| MRC | Municipalité régionale de comté |
| MSSS | Ministère de la santé et des services sociaux |
| MTQ | Ministère du Transport du Québec |
| N/D | Non disponible |
| NEGS | Programme naître égaux et grandir en santé |
| NIT | Niveau d'intensité thérapeutique |
| OEMC | Outil d'évaluation multi clientèle |
| OIIQ | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec |
| OLO | Orange, lait, œuf |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PAB | Préposé aux bénéficiaires |
| PACE | Programme d'action communautaire pour les enfants |
| PACEC | Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres |
| PACS | Picture archiving and communication system |
| PCFI | Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière |
| PCI | Prévention et contrôle des infections |
| PCI | Prévention et contrôle des infections |
| PCNP | Programme canadien de nutrition prénatale |
| PDRH | Plan de développement des ressources humaines |
| PEB | Plan de retour à l'équilibre budgétaire |
| PEM | Plan d'effectifs médicaux |
| PFT | Programme fonctionnel et technique |
| PMU | Plan de mesure d'urgence |
| POR | Pratiques organisationnelles requises |
| PPH | Processus de production du handicap |
| PQDCS | Programme québécois de dépistage du cancer du sein |
| PREM | Plan régional d'effectifs médicaux |
| PSI | Plan de services individualisé |
| PSIAS | Plan de services individualisé et d'allocation de services |
| PSJP | Programme de soutien aux jeunes parents |
| PSOC | Programme de soutien aux organismes communautaires |
| PVPA | Personnes vieillissantes en perte d'autonomie |
| RAC | Résidence à assistance continue |
| RAMQ | Régie de l'assurance maladie du Québec |
| RFI | Réadaptation fonctionnelle intensive |
| RI | Ressources intermédiaires |
| RITM | Réseau intégré de télécommunication multimédia |

| Sigles et acronymes | |
|---|---|
| RLS | Réseau local de services |
| RQSUCH | Relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier |
| RREGOP | Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics |
| RSIPA | Réseau de services intégrés pour personnes âgées |
| RTF | Ressource de type familial |
| RTSS | Réseau de télécommunications sociosanitaire |
| RUIS | Réseau universitaire intégré de santé |
| RUM | Règle d'utilisation des médicaments |
| S.O. | Sans objet |
| SARDM | Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments |
| SARDO | Système d'archivage de données oncologiques |
| SARM | Staphylococcus Aureus résistant à la méthicilline |
| SIDEP | Service intégré de dépistage et de prévention |
| SIGDU | Système d'information de gestion des départements d'urgence |
| SIGPACS | Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services |
| SIHM | Service internet hors mission |
| SIPPE | Service intégré en périnatalité et pour la petite enfance |
| SI-PQDCS | Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein |
| SISSS | Système d'information sur la sécurité des soins et services |
| SIV | Soutien d'intensité variable |
| SRMO | Stratégie régionale de main-d'œuvre |
| SST | Santé et sécurité au travail |
| TCR | Temps complet régulier |
| TED | Trouble envahissant du développement |
| TNO | Territoires non organisés |
| UMF | Unité de médecine familiale |

# ÉTATS FINANCIERS



Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

## ÉTAT DES RÉSULTATS

| | | Budget | Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4) | Immobilisations Exercice courant (Note 1) | Total Ex.courant C2+C3 | Total Ex. préc |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| REVENUS | | | | | | |
| Subventions Agence et MSSS (FI:P408) | 1 | 46 224 600 | 48 241 292 | 3 705 589 | 51 946 881 | 49 986 568 |
| Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294) | 2 | | | | | 20 796 |
| Contributions des usagers | 3 | 2 628 942 | 2 586 845 | XXXX | 2 586 845 | 2 805 958 |
| Ventes de services et recouvrements | 4 | 609 900 | 565 703 | XXXX | 565 703 | 720 739 |
| Donations (FI:P294) | 5 | | | 131 697 | 131 697 | 138 287 |
| Revenus de placement (FI:P302) | 6 | 20 500 | 27 905 | 5 864 | 33 769 | 42 696 |
| Revenus de type commercial | 7 | 700 479 | 604 924 | XXXX | 604 924 | 742 277 |
| Gain sur disposition (FI:P302) | 8 | | | | | 43 757 |
| | 9 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 10 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres revenus (FI:P302) | 11 | 746 629 | 225 391 | | 225 391 | 454 885 |
| TOTAL (L.01 à L.11) | 12 | 50 931 050 | 52 252 060 | 3 843 150 | 56 095 210 | 54 955 963 |
| CHARGES | | | | | | |
| Salaires, avantages sociaux et charges sociales | 13 | 38 413 767 | 40 453 052 | XXXX | 40 453 052 | 38 746 708 |
| Médicaments | 14 | 1 292 200 | 1 711 401 | XXXX | 1 711 401 | 1 617 746 |
| Produits sanguins | 15 | | 526 621 | XXXX | 526 621 | 246 347 |
| Fournitures médicales et chirurgicales | 16 | 893 665 | 1 036 755 | XXXX | 1 036 755 | 900 670 |
| Denrées alimentaires | 17 | 601 199 | 585 914 | XXXX | 585 914 | 617 175 |
| Rétributions versées aux ressources non institutionnelles | 18 | 610 999 | 677 316 | XXXX | 677 316 | 686 275 |
| Frais financiers (FI:P325) | 19 | | | 828 521 | 828 521 | 890 343 |
| Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations | 20 | 861 201 | 881 503 | 1 414 810 | 2 296 313 | 1 433 899 |
| Créances douteuses | 21 | | 5 746 | XXXX | 5 746 | 4 302 |
| Loyers | 22 | 69 332 | 344 538 | XXXX | 344 538 | 145 223 |
| Amortissement des immobilisations (FI:P422) | 23 | | XXXX | 1 554 319 | 1 554 319 | 1 591 044 |
| Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421) | 24 | | XXXX | 45 500 | 45 500 | |
| | 25 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 26 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres charges (FI:P325) | 27 | 8 188 687 | 7 951 896 | | 7 951 896 | 8 203 869 |
| TOTAL (L.13 à L.27) | 28 | 50 931 050 | 54 174 742 | 3 843 150 | 58 017 892 | 55 083 601 |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28) | 29 | 0 | (1 922 682) | 0 | (1 922 682) | (127 638) |

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

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

## ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

| | | Fonds Exploitation Ex.courant | Fonds immobilisations Ex.courant | Total Ex.courant (C1+C2) | Total Ex.préc. | Notes |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS | 1 | 1 203 623 | 11 257 | 1 214 880 | 1 342 518 | |
| Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser) | 2 | | | | | |
| Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser) | 3 | | | | XXXX | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03) | 4 | 1 203 623 | 11 257 | 1 214 880 | 1 342 518 | |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE | 5 | (1 922 682) | | (1 922 682) | (127 638) | |
| Autres variations: | | | | | | |
| Transferts interétablissements (préciser) | 6 | | | | | |
| Transferts interfonds (préciser) | 7 | | | | | |
| Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser) | 8 | | XXXX | | | |
| | 9 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | |
| TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09) | 10 | | | | | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10) | 11 | (719 059) | 11 257 | (707 802) | 1 214 880 | |
| Constitués des éléments suivants: | | | | | | |
| Affectations d'origine externe | 12 | XXXX | XXXX | | | |
| Affectations d'origine interne | 13 | XXXX | XXXX | | | |
| Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13) | 14 | XXXX | XXXX | (707 802) | 1 214 880 | |
| TOTAL (L.12 à L.14) | 15 | XXXX | XXXX | (707 802) | 1 214 880 | |

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

## ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

| | FONDS | Exploitation | Immobilisations | Total Ex.courant (C1+C2) | Total Ex.préc. |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ACTIFS FINANCIERS | | | | | |
| Encaisse (découvert bancaire) | 1 | 1 233 518 | 637 190 | 1 870 708 | 3 377 290 |
| Placements temporaires | 2 | | | | |
| Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408) | 3 | 1 212 943 | 262 723 | 1 475 666 | 1 460 667 |
| Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400) | 4 | 669 448 | 23 305 | 692 753 | 839 946 |
| | 5 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Créances interfonds (dettes interfonds) | 6 | 1 085 469 | (1 085 469) | 0 | |
| Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408) | 7 | 5 008 357 | 16 755 356 | 21 763 713 | 20 274 575 |
| Placements de portefeuille | 8 | | | | |
| Frais reportés liés aux dettes | 9 | XXXX | 58 659 | 58 659 | 67 173 |
| | 10 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 11 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres éléments (FE: P360, FI: P400) | 12 | 11 551 | 467 | 12 018 | 19 505 |
| TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12) | 13 | 9 221 286 | 16 652 231 | 25 873 517 | 26 039 156 |
| PASSIFS | | | | | |
| Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403) | 14 | | 1 132 497 | 1 132 497 | 1 121 665 |
| Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408) | 15 | | | | |
| Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401) | 16 | 4 167 994 | 271 549 | 4 439 543 | 4 013 104 |
| Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées | 17 | XXXX | 3 137 929 | 3 137 929 | 855 515 |
| Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401) | 18 | | 262 725 | 262 725 | 229 697 |
| Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294) | 19 | 916 544 | 1 139 839 | 2 056 383 | 1 793 269 |
| | 20 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Dettes à long terme (FI: P403) | 21 | XXXX | 28 146 772 | 28 146 772 | 27 667 089 |
| Passifs environnementaux (FI: P401) | 22 | XXXX | | | |
| Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363) | 23 | 5 704 260 | XXXX | 5 704 260 | 5 624 087 |
| | 24 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres éléments (FE: P361, FI: P401) | 25 | 268 353 | | 268 353 | |
| TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25) | 26 | 11 057 151 | 34 091 311 | 45 148 462 | 41 304 426 |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26) | 27 | (1 835 865) | (17 439 080) | (19 274 945) | (15 265 270) |
| ACTIFS NON FINANCIERS | | | | | |
| Immobilisations (FI: P420, 421, 422) | 28 | XXXX | 17 450 338 | 17 450 338 | 15 486 656 |
| Stocks de fournitures (FE: P360) | 29 | 798 617 | XXXX | 798 617 | 714 354 |
| Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400) | 30 | 318 188 | | 318 188 | 279 140 |
| TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30) | 31 | 1 116 805 | 17 450 338 | 18 567 143 | 16 480 150 |
| CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT | 32 | | XXXX | | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32) | 33 | (719 060) | 11 258 | (707 802) | 1 214 880 |

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

*Éventualités (pages 636-01 et 636-02)*

*Colonne 2: Établissements publics seulement*

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

*Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement*

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

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

| | | Budget | Fonds Exploitation | Fonds Immobilisations | Total - Ex.Courant (C2+C3) | Total - Ex.Précédent |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS | 1 | (15 159 094) | 210 129 | (15 475 399) | (15 265 270) | (16 041 419) |
| Modifications comptables avec retraitement des années antérieures | 2 | | | | | |
| Modifications comptables sans retraitement des années antérieures | 3 | | | | | XXXX |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03) | 4 | (15 159 094) | 210 129 | (15 475 399) | (15 265 270) | (16 041 419) |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29) | 5 | | (1 922 682) | | (1 922 682) | (127 638) |
| VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS: | | | | | | |
| Acquisitions (FI:P421) | 6 | | XXXX | (3 563 500) | (3 563 500) | (702 314) |
| Amortissement de l'exercice (FI:P422) | 7 | | XXXX | 1 554 319 | 1 554 319 | 1 591 044 |
| (Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208) | 8 | | XXXX | 45 500 | 45 500 | (43 757) |
| Produits sur dispositions (FI:P208) | 9 | | XXXX | | | 47 200 |
| Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00) | 10 | | XXXX | | | |
| | 11 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 12 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 13 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13) | 14 | | XXXX | (1 963 681) | (1 963 681) | 892 173 |
| VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE: | | | | | | |
| Acquisition de stocks de fournitures | 15 | | (84 263) | XXXX | (84 263) | (64 800) |
| Acquisition de frais payés d'avance | 16 | | (39 049) | | (39 049) | 76 414 |
| Utilisation de stocks de fournitures | 17 | | | XXXX | | |
| Utilisation de frais payés d'avance | 18 | | | | | |
| TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18) | 19 | | (123 312) | | (123 312) | 11 614 |
| Autres variations des surplus (déficits) cumulés | 20 | | | | | |
| AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20) | 21 | | (2 045 994) | (1 963 681) | (4 009 675) | 776 149 |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21) | 22 | (15 159 094) | (1 835 865) | (17 439 080) | (19 274 945) | (15 265 270) |

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

| | | Exercice courant 1 | Exercice précédent 2 |
|---|---|---|---|
| **ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT** | | | |
| Surplus (déficit) de l'exercice | 1 | (1 922 682) | (127 638) |
| **ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:** | | | |
| Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts | 2 | | |
| Stocks de fournitures et frais payés d'avance | 3 | (123 312) | 11 614 |
| Perte (gain) sur disposition d'immobilisations | 4 | 45 500 | (43 757) |
| Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille | 5 | | |
| Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations: | | | |
| - Gouvernement du Canada | 6 | | |
| - Autres | 7 | | |
| Amortissement des immobilisations | 8 | 1 554 319 | 1 591 044 |
| Réduction pour moins-value des immobilisations | 9 | | |
| Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes | 10 | | |
| Amortissement de la prime ou escompte sur la dette | 11 | | |
| Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations | 12 | (1 493 434) | |
| Autres | 13 | | (597 126) |
| TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13) | 14 | (16 927) | 961 775 |
| Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement | 15 | 3 236 042 | (2 879 077) |
| FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15) | 16 | 1 296 433 | (2 044 940) |
| **ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS** | | | |
| Acquisitions d'immobilisations | 17 | (3 293 530) | (702 314) |
| Produits de disposition d'immobilisations | 18 | | 47 200 |
| FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18) | 19 | (3 293 530) | (655 114) |
| **ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT** | | | |
| Variation des placements temporaires | 20 | | |
| Placements de portefeuille effectués | 21 | | |
| Produits de disposition de placements de portefeuille | 22 | | |
| Placements de portefeuille réalisés | 23 | | |
| FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23) | 24 | | |

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

| | | Exercice courant 1 | Exercice précédent 2 |
|---|---|---|---|
| ACTIVITÉS DE FINANCEMENT | | | |
| Dettes à long terme: | | | |
| Emprunts effectués - Dettes à long terme | 1 | 1 866 039 | 10 160 636 |
| Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme | 2 | | (5 532 395) |
| Emprunts remboursés - Dettes à long terme | 3 | (1 386 356) | (2 598 957) |
| Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme | 4 | | |
| Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette | 5 | | |
| Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation | 6 | | |
| Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations: | | | |
| Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations | 7 | 1 897 490 | 4 207 883 |
| Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations | 8 | | |
| Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations | 9 | (20 619) | (22 292) |
| Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations | 10 | (1 866 039) | (4 760 641) |
| Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement | 11 | | 1 249 919 |
| Autres | 12 | | |
| FLUX DE TRESORERIE LIES AUX ACTIVITES DE FINANCEMENT (L.01 à L.12) | 13 | 490 515 | 2 704 153 |
| AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13): | 14 | (1 506 582) | 4 099 |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT | 15 | 3 377 290 | 3 498 458 |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15) | 16 | 1 870 708 | 3 502 557 |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT: | | | |
| Encaisse | 17 | 1 870 708 | 3 502 557 |
| Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois | 18 | | |
| TOTAL (L.17 + L.18) | 19 | 1 870 708 | 3 502 557 |

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

| | | Exercice courant 1 | Exercice précédent 2 |
|---|---|---|---|
| VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT: | | | |
| Débiteurs - Agence et MSSS | 1 | (14 999) | 501 283 |
| Autres débiteurs | 2 | 147 193 | 69 790 |
| Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs | 3 | 4 296 | |
| Frais reportés liés aux dettes | 4 | 8 514 | (3 826) |
| Autres éléments d'actifs | 5 | 7 487 | 396 559 |
| Créditeurs - Agence et MSSS | 6 | | |
| Autres créditeurs et autres charges à payer | 7 | 156 469 | (1 432 507) |
| Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées | 8 | 2 282 414 | (2 304 679) |
| Intérêts courus à payer | 9 | 33 028 | 27 577 |
| Revenus reportés | 10 | 263 114 | 428 452 |
| Passifs environnementaux | 11 | | |
| Passifs au titre des avantages sociaux futurs | 12 | 80 173 | |
| Autres éléments de passifs | 13 | 268 353 | (561 726) |
| TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13) | 14 | 3 236 042 | (2 879 077) |
| AUTRES RENSEIGNEMENTS: | | | |
| Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars | 15 | 269 970 | |
| Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars | 16 | | |
| Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie | 17 | | |
| Intérêts: | | | |
| Intérêts créditeurs (revenus) | 18 | | |
| Intérêts encaissés (revenus) | 19 | | |
| Intérêts débiteurs (dépenses) | 20 | | |
| Intérêts déboursés (dépenses) | 21 | | |
| Placements temporaires: | | | |
| Échéance inférieure ou égale à 3 mois: | | | |
| -Solde au 31 mars de l'exercice précédent | 22 | | |
| -Solde au 31 mars de l'exercice courant | 23 | | |
| Échéance supérieure à 3 mois: | | | |
| -Solde au 31 mars de l'exercice précédent | 24 | | |
| -Placements effectués | 25 | | |
| -Placements réalisés | 26 | | |
| -Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26) | 27 | | |

Fonds d'exploitation — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

## ÉTAT DES RÉSULTATS

| | | Budget | Activités principales | Activités accessoires | Total (C2+C3) | Exercice précédent |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **REVENUS** | | | | | | |
| Subventions Agence et MSSS (P362) | 1 | 46 224 600 | 48 199 763 | 41 529 | 48 241 292 | 47 136 636 |
| Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291) | 2 | | | | | 20 796 |
| Contributions des usagers (P301) | 3 | 2 628 942 | 2 586 845 | XXXX | 2 586 845 | 2 805 958 |
| Ventes de services et recouvrements (P320) | 4 | 609 900 | 565 703 | XXXX | 565 703 | 720 739 |
| Donations (C2:P290/C3:P291) | 5 | | | | | |
| Revenus de placement (P302) | 6 | 20 500 | 27 905 | | 27 905 | 35 887 |
| Revenus de type commercial (P351) | 7 | 700 479 | XXXX | 604 924 | 604 924 | 742 277 |
| Gain sur disposition (P302) | 8 | | | | | |
| | 9 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 10 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres revenus (P302) | 11 | 746 629 | 62 821 | 162 570 | 225 391 | 454 885 |
| TOTAL (L.01 à L.11) | 12 | 50 931 050 | 51 443 037 | 809 023 | 52 252 060 | 51 917 178 |
| **CHARGES** | | | | | | |
| Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351) | 13 | 38 413 767 | 40 069 809 | 383 243 | 40 453 052 | 38 746 708 |
| Médicaments (P750) | 14 | 1 292 200 | 1 711 401 | XXXX | 1 711 401 | 1 617 746 |
| Produits sanguins | 15 | | 526 621 | XXXX | 526 621 | 246 347 |
| Fournitures médicales et chirurgicales (P755) | 16 | 893 665 | 1 036 755 | XXXX | 1 036 755 | 900 670 |
| Denrées alimentaires | 17 | 601 199 | 585 914 | XXXX | 585 914 | 617 175 |
| Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650) | 18 | 610 999 | 677 316 | XXXX | 677 316 | 686 275 |
| Frais financiers (P325) | 19 | | | XXXX | | |
| Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800) | 20 | 861 201 | 881 503 | | 881 503 | 876 533 |
| Créances douteuses (C2:P301) | 21 | | 5 746 | | 5 746 | 4 302 |
| Loyers | 22 | 69 332 | 344 538 | | 344 538 | 145 223 |
| | 23 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres charges (P325) | 24 | 8 188 687 | 7 608 355 | 343 541 | 7 951 896 | 8 203 837 |
| TOTAL (L.13 à L.24) | 25 | 50 931 050 | 53 447 958 | 726 784 | 54 174 742 | 52 044 816 |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25) | 26 | 0 | (2 004 921) | 82 239 | (1 922 682) | (127 638) |

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

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

| ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Description des réserves, commentaires et observations** | **Année 20XX-XX** | **Nature (R, O ou C)** | **Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée** | **État de la problématique au 31 mars 2014** | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | **R** 5 | **PR** 6 | **NR** 7 |
| ***Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers*** | | | | | | |
| Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrat de location-acquisition. | 2011-2012 | R | Les incidences de cette dérogation ne peuvent être déterminées au prix d'un effort raisonnable. | | | NR |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ***Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées*** | | | | | | |
| aucun | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ***Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres*** | | | | | | |
| aucun | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ***Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)*** | | | | | | |
| Nos travaux d'audit relatifs à la section auditée du rapport financier annuel ont permis de détecter une déficience au niveau des unités de mesure du centre d'activités 6870 - Physiothérapie. | 2013-2014 | C | Discussion avec la personne responsable et modifications apportées | R | | |
| Nos travaux d'audit relatifs à la section auditée du rapport financier annuel ont permis de détecter une déficience au niveau des unités de | 2013-2014 | C | Discussion avec la personne responsable et modifications apportées | R | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| mesure du centre d'activités 6710 - Électrophysiologie | | | | | | |
| Nos travaux d'audit relatifs à la section auditée du rapport financier annuel ont permis de détecter une déficience au niveau des remboursements de compte de dépenses | 2013-2014 | C | Discussion avec la personne responsable et modifications apportées | R | | |
| Nos travaux d'audit relatifs à la section auditée du rapport financier annuel ont permis de détecter une déficience au niveau de la détermination du statut de contractuel | 2013-2014 | C | Discussion avec la personne responsable et modifications apportées | R | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ***Rapport à la gouvernance*** | | | | | | |
| Recommandation concernant la détermination de la proportion des activités commerciales versus les activités exonérées aux fins des taxes de ventes | 2011-2012 | O | | | | NR |
| Recommandation concernant l'obligation pour un fournisseur de restauration de se servir d'un module d'enregistrement les ventes pour la cafétéria. | 2011-2012 | O | L'utilisation du module d'enregistrement n'est plus nécessaire car le seuil de ventes à la cafétéria n'est plus ateint | R | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |