



Attentif

Novateur

Au service de la collectivité

Depuis 1865



Un héritage d'entraide

Depuis 1856

Rapport annuel de gestion 2009-2010

HÔPITAL

Jeffery Hale-Saint Brigid's

*Adopté par le conseil d'administration
Le 21 septembre 2010*

Dépôt aux assemblées publiques annuelles de l'établissement
les 5 et 6 octobre 2010

Note au lecteur :

Le genre masculin a été utilisé afin d'alléger le texte.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Nous tenons à remercier les personnes qui ont collaboré
à la réalisation de ce rapport annuel.

Production :

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's
Direction générale
Communications et relations publiques
1250, Chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M6
Téléphone : 418 684-JEFF (5333)
www.jefferyhale.org

Message du président du conseil d'administration et du directeur général

L'année 2009-2010 s'est terminée sur une note des plus positives. Notre établissement a obtenu un premier agrément dans le cadre du programme Qmentum d'Agrément Canada. Les visiteurs ont tout particulièrement remarqué l'engagement de l'établissement et de son personnel et leur souci pour la qualité et la sécurité des soins et services. Les quelques améliorations suggérées après un effort très important consenti par nos équipes, nous incitent à poursuivre notre lancée vers l'amélioration sur une base continue.

De plus, nous sommes encouragés par un mouvement positif vers une meilleure compréhension de notre situation financière. Partant d'une récente étude à cet égard réalisée par le groupe Mallette, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale s'est engagée à réaliser une étude complémentaire visant à préciser davantage les résultats observés.

2009-2010 a également été une année de grand renouveau. Le départ de deux des véritables piliers du Jeffery Hale depuis le changement de mission en 1996, madame Joanne King, directrice générale adjointe, et de monsieur Clément Lacroix, directeur des ressources humaines et informationnelles, a eu un profond impact sur l'organisation. Ils sont regrettés au quotidien.

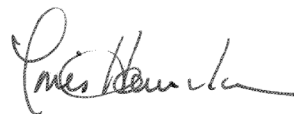
Nous avons toutefois eu la bonne fortune d'attirer au sein de notre équipe de direction, deux nouveaux membres de grande qualité, monsieur Mario Soucy, directeur général adjoint, et madame Ann Martell, directrice des ressources humaines. Ceux-ci ont rapidement fait leur marque, alliant leurs expertises professionnelles importantes avec une approche humaine à la couleur de notre milieu.

Enfin, sans être une année de grand développement, 2009-2010 nous a permis de progresser de façon significative dans de nombreux dossiers. Nous avons transformé nos dix lits polyvalents en lits d'Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF). Nous avons préparé la mutation de notre hôpital de jour vers le statut d'Équipe conseil spécialisée en gériatrie et psychogériatrie. De plus, nous avons accueilli six lits de transition pour personnes en perte d'autonomie en remplacement de nos lits de répit dépannage.

L'année 2009-2010 fut donc une année d'avancement certain vers notre but d'être un milieu reconnu qui offre des services pertinents et sécuritaires de la plus haute qualité dans un environnement empreint de chaleur et de compassion.



Didier Culat
Président du conseil d'administration



Louis Hanrahan
Directeur général

Table des matières

Message du président du conseil d'administration et du directeur général	3
Déclaration de fiabilité de la direction	7
Partie 1 – Présentation de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	8
1.1 Notre histoire, garante de notre avenir	8
1.2 Notre mission, ancrée dans la première ligne	8
1.3 Notre but	9
1.4 L'organisation administrative	9
Partie 2 – Faits saillants et bilan de l'année	13
2.1 Faits saillants de l'année	13
2.2 Orientations stratégiques	15
2.3 Priorités d'actions	16
2.4 Bilan des objectifs et perspective au 31 mars 2010	16
2.5 Bilan annuel des indicateurs de l'entente de gestion 2009-10	23
2.6 L'Agrément	24
2.7 Sécurité des soins et services	26
2.8 Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	28
2.9 Promotion des droits des usagers	29
Partie 3 - Activités de l'établissement	30
3.1 Direction des services aux personnes âgées PALV	30
3.2 Direction des services généraux et communautaires	36
3.3 Direction des services professionnels	41
3.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité	45
3.5 Direction des ressources humaines (DRH)	50
3.6 Direction des ressources financières et matérielles	52
3.7 Service des communications	55
Partie 4 – Conseils et comités de l'établissement	56
4.1 Membres du Conseil d'administration, de ses comités et autres instances	56
4.2 Conseils et comités institués en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux et les faits saillants	57
4.2.1 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	57
4.2.1.1 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique	58
4.2.1.2 Comité de pharmacologie	59
4.2.2 Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	60
4.2.3 Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)	60
4.2.4 Conseil multidisciplinaire	61
4.2.5 Comité des usagers	61
4.2.6 Comité de vigilance et de la qualité	62

4.2.7 Comité de gestion des risques et de la qualité.....	65
4.2.7 Comité de révision	68
4.2.8 Comité d'éthique clinique	68
Partie 5 L'Établissement en lien avec la communauté.....	69
<i>5.1 La contribution des bénévoles : le généreux don de soi.....</i>	<i>69</i>
<i>5.2 La contribution des fondations.....</i>	<i>70</i>
<i>5.3 La contribution de Saint Brigid's Guild.....</i>	<i>70</i>
<i>5.4 Les Partenaires communautaires Jeffery Hale.....</i>	<i>70</i>
<i>5.5 Exposition Révélation 2010.....</i>	<i>71</i>
<i>5.6 Tournoi de golf annuel de la Fondation des Amis du Jeffery Hale.....</i>	<i>71</i>
Partie 6 États financiers	72
<i>6.1 Rapport du vérificateur externe.....</i>	<i>72</i>
<i>6.2 État des résultats – Fonds d'exploitation.....</i>	<i>73</i>
<i>6.3 État des résultats – Fonds d'immobilisations.....</i>	<i>73</i>
<i>6.4 Bilan – Fonds d'exploitation.....</i>	<i>74</i>
<i>6.5 Notes aux états financiers.....</i>	<i>75</i>
Partie 7 Code d'éthique et de déontologie	78

HÔPITAL
Jeffery Hale-Saint Brigid's

www.jefferyhale.org



SAINT BRIGID'S

Un héritage d'entraide
1645, Chemin Saint-Louis
Québec (Québec) G1S 4M8
418-681-4687



Jeffery Hale

**Attentif, novateur,
au service de la collectivité**
1250, Chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M6
418-684-JEFF (5333)

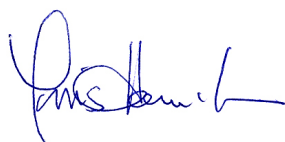
Déclaration de fiabilité de la direction de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

Les informations contenues dans le rapport annuel de gestion de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's pour l'exercice 2009-2010 relèvent de notre responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du présent rapport décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement. Ils présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus de même que des données exactes et fiables.

Nous déclarons que les renseignements qu'il contient de même que les contrôles afférents aux données présentées, sont fiables, c'est-à-dire objectifs, exempts d'erreurs et vérifiables. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Les membres du Comité de direction,



Louis Hanrahan
Directeur général



Mario Soucy
Directeur général adjoint



John Haberlin
Directeur des ressources financières et matérielles



Ann Martell
Directrice des ressources humaines



Dr Benoit Dumais
Directeur des services professionnels



Jennifer Hobbs Robert
Directrice des soins infirmiers et de la qualité

Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's
Québec, juin 2010.

Partie 1

Présentation de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

1.1 Notre histoire, garante de notre avenir

L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's est né de l'intégration, le 1^{er} avril 2007, de deux institutions qui ensemble comptent à leur actif, trois cent ans de services à la communauté d'expression anglaise de la grande région de Québec. Il a été créé pour consolider l'offre de service dans sa langue à la population minoritaire anglophone.

La démarche vers la création de notre établissement débute en 1856, alors que le révérend père Bernard McGauran fondait Saint Brigid's Home, refuge pour immigrants, veuves et orphelins irlandais. Quelques années plus tard, en 1865, Jeffery Hale léguait par testament une somme destinée à la fondation d'un hôpital pour malades et handicapés de religion protestante. De confessions religieuses différentes, les deux hommes n'en partageaient pas moins des qualités importantes : une remarquable clairvoyance et une vision commune de la compassion et de l'entraide.

C'est de cet héritage de prévoyance et de compassion que se sont inspirés les dirigeants actuels lorsqu'en avril 2007, les deux institutions renommées ont uni leurs destinées pour former l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Le regroupement donne naissance à une organisation solide, une force vive du milieu de la santé dans la région et tout particulièrement en ce qui concerne la réponse aux besoins de la population anglophone.

La cohésion et l'unité sont essentielles, mais il est également important de préserver l'identité distincte de chaque établissement d'origine. Notre objectif se résume à assurer la continuité en maintenant un sentiment d'appartenance chez la clientèle et chez le personnel tout en s'inspirant des meilleures pratiques de part et d'autre.

1.2 Notre mission, ancrée dans la première ligne

Guidés par les besoins de notre clientèle et des communautés que nous desservons, la mission globale de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's est solidement ancrée dans la prestation de soins de première ligne. Notre établissement exploite un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) avec, en complément, les missions de centre hospitalier (CH) et de services communautaires de langue anglaise (de type CLSC).

Nous avons le mandat particulier de desservir la population anglophone de la région et à ce titre, tous nos services sont disponibles en anglais. Nous assumons un rôle de premier plan d'initiatives visant à assurer l'accessibilité et l'adéquation des soins et services offerts en sa langue à la clientèle anglophone.

Nous contribuons activement au succès de nos employés et professionnels de même qu'à celui de nos partenaires du réseau de la santé et du milieu communautaire. Nous collaborons avec eux dans le but d'offrir :

- Des services aux personnes âgées en perte d'autonomie :
 - 264 lits de soins de longue durée (162 à Saint Brigid's Home et 102 au Jeffery Hale), 23 lits de gériatrie communautaire, dont 7 de soins palliatifs. À cela, s'ajoutent des services de consultation spécialisée en gériatrie et psychogériatrie.
- Services généraux et communautaires pour tous les groupes d'âge :
 - Services d'urgence mineure, services diagnostiques (imagerie médicale et prélèvements) et services en clinique externe.
 - Services communautaires (de type CLSC) de langue anglaise destinés à la population anglophone comprenant : les services aux jeunes et aux familles, de santé mentale et de soutien aux personnes âgées à domicile ainsi qu'un centre de jour.

1.3 Notre but

Assurer le développement continu d'un établissement autonome qui offre à la population, dans un environnement à dimension humaine, des services pertinents et sécuritaires de la plus haute qualité, qui contribue concrètement au succès de ses partenaires du réseau régional de services et qui, issu de la communauté anglophone de la région, répond toujours aux besoins de celle-ci.

Notre succès repose sur l'engagement de tous les intervenants d'offrir des services sécuritaires de grande qualité empreints de compassion.

1.4 L'organisation administrative

Suite au départ à la retraite, à l'automne 2009, de deux membres de l'équipe de direction, une nouvelle structure a été mise en place pour répondre aux besoins du milieu, d'où une nouvelle répartition des responsabilités entre les directions. Nos services se regroupent désormais sous deux grandes directions cliniques soutenues tant au plan clinique qu'aux plans administratifs et techniques :

Directions des programmes-clientèles

- Direction des services généraux et communautaires (*responsabilité est assumée par la Direction générale*)
- Direction des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) (*responsabilité est assumée par la Direction générale adjointe*)

Directions de soutien clinique

- Direction des services professionnels
- Direction des soins infirmiers et de la qualité

Directions de soutien administratif et technique

- La Direction des ressources humaines
- La Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles

Cette structure est quelque peu exceptionnelle, car, pour des raisons de disponibilité de ressources, les deux directions de programmes-clientèles, soit la Direction des services généraux et communautaires et la Direction des services aux personnes âgées PALV, sont assumées directement par le directeur général pour la première, et par le directeur général adjoint pour la deuxième.

Directions des programmes-clientèles

Direction des services généraux et communautaires

Monsieur Louis Hanrahan, directeur général, assume la direction de l'établissement et travaille sous l'autorité du conseil d'administration pour lequel il agit à titre de secrétaire. En plus de ses fonctions de directeur général, il assume, en collaboration avec la chef des Services généraux, madame Louise Lagacé, et la chef des Services communautaires, madame Brigitte Paquette, la responsabilité de la Direction des services généraux et communautaires et de ses deux programmes-clientèles, tous deux offerts au site Jeffery Hale, soit :

- les Services généraux comprenant :
 - l'urgence;
 - les services diagnostiques (*laboratoire, radiologie et électrophysiologie*);
 - les cliniques externes;
 - les archives, l'accueil, la stérilisation, le centre des rendez-vous;
- les Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale, lesquels regroupent les programmes-clientèles :
 - Famille - Enfance - Jeunesse;
 - Services psychosociaux et santé mentale;
 - Soutien à domicile;
 - Centre de jour.

Direction des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement

En collaboration avec la conseillère cadre en milieu de vie, madame Lucie Desmeules, le chef de l'hébergement Jeffery Hale, monsieur Stéphane Marcoux, la chef de l'hébergement Saint Brigid's, madame Marie Robitaille, et la chef de la gériatrie communautaire au Jeffery Hale, madame Nathalie Allaire, le directeur général adjoint, monsieur Mario Soucy, assume la responsabilité de la Direction des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement et de ses trois programmes-clientèles :

- l'hébergement Jeffery Hale;
- l'hébergement Saint Brigid's;
- la gériatrie communautaire au Jeffery Hale, laquelle comprend :
 - l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF);
 - le service de consultations spécialisées en gériatrie et psychogériatrie (*anciennement l'hôpital de jour*);
 - et les soins palliatifs.

Directions de soutien clinique

Direction des services professionnels (DSP)

Sous la direction du directeur des services professionnels, Dr Benoit Dumais (*poste à temps partiel 20%*), la Direction des services professionnels est chargée des activités médicales et professionnelles dans l'établissement, incluant :

- les services médicaux;
- les services de pharmacie;
- la prévention des infections
- la sécurité civile.

Docteur Dumais agit aussi à titre de médecin examinateur.

Direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ)

Sous la responsabilité de la directrice, madame Jennifer Hobbs Robert, et en collaboration avec la conseillère cadre clinicienne, madame Harriet Lépine, la Direction des soins infirmiers et de la qualité apporte un soutien clinique aux programmes-clientèles de l'établissement, notamment en regard du rehaussement de la pratique infirmière. Cette direction assure également la responsabilité des dossiers relatifs à la gestion des risques et de la qualité, de l'agrément et de l'éthique clinique.

Directions de soutien administratif et technique

Direction des ressources humaines (DRH)

La DRH est sous la responsabilité de la directrice, madame Ann Martell, et de la chef de service, madame Marie-Christine Collet. Les deux gestionnaires du programme apportent directement un soutien aux gestionnaires et aux équipes dans les matières suivantes :

- philosophie et gestion des ressources humaines;
- appréciation du rendement;
- programme de développement des ressources humaines;
- planification des effectifs;
- politiques et procédures, normes RH;
- interprétation convention collective et lois;
- qualité de vie au travail et climat de travail;
- programme mobilisation, motivation, valorisation du personnel.

La direction divise par ailleurs en quatre secteurs ses activités principales, soit la dotation, la présence au travail, les relations de travail, la rémunération et avantages sociaux.

Direction des ressources financières et matérielles (DRFM)

Sous la responsabilité de son directeur, monsieur John Haberlin, la DRFM assure la gestion des services financiers, des services techniques, des services alimentaires et des ressources informationnelles de l'établissement en collaboration avec madame Louise Bouchard, chef des services financiers, monsieur Marcel Péloquin, chef des services techniques, madame Lise Fontaine, chef des services alimentaires, et monsieur Christian Dufresne, responsable du service de l'informatique.

Service des communications

L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's ne comprend pas de service de communications comme tel dans sa structure administrative. En effet, les services de la conseillère en communications, madame Diane Kameen, nous sont fournis, depuis janvier 2007, par les Partenaires communautaires Jeffery Hale (*anciennement Holland Centre*). Madame Kameen joue un rôle conseil en lien avec la Direction générale, en matière de communication stratégique pour l'établissement. Son mandat vise principalement le développement et l'implantation de procédés de communications favorisant la promotion des réalisations du Jeffery Hale - Saint Brigid's et de son offre de service, et ce, plus spécifiquement auprès de la population d'expression anglaise de la région de la Capitale-Nationale.

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Madame Christine Noëbert assume la responsabilité de la gestion des plaintes en lien avec la qualité de nos services. Elle est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. À cette fin, elle exerce les fonctions prévues par la Loi et par le règlement de l'Établissement portant sur la procédure d'examen des plaintes, dont notamment celle de promouvoir le régime d'examen des plaintes. Dans le cadre de ses fonctions, la commissaire locale doit également intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

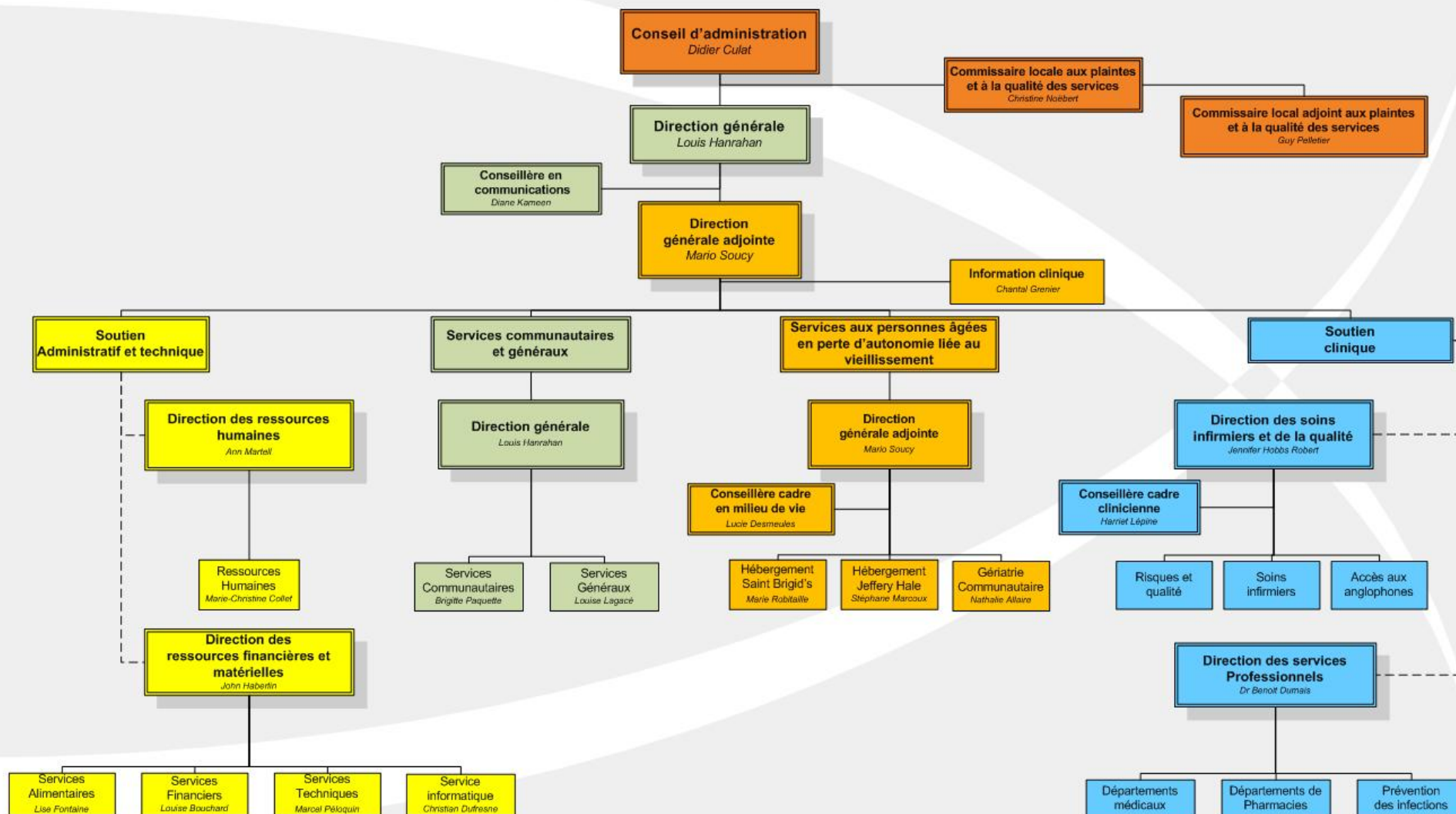
Madame Noëbert étant en absence de maladie, monsieur Guy Pelletier, commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité des services, exerce les fonctions que la commissaire locale lui délègue et agit sous son autorité.



Organigramme au 31 mars 2010

Jeffery Hale – Saint Brigid's

C. A. : 2010-01-26
Art. N° : 5.03



Partie 2

Faits saillants et bilan de l'année

2.1 Faits saillants de l'année

En avril 2010, Agrément Canada nous a octroyé le statut d'établissement agréé. C'est là une réalisation importante compte tenu des défis que nous avons dû relever, dont le départ de deux cadres supérieurs qui avaient joué un rôle majeur dans la préparation de la visite d'agrément. La réussite est d'autant plus grande, bien qu'il reste place à amélioration, que les résultats obtenus sont fort appréciables. Ce succès témoigne de la qualité de nos employés et de nos professionnels. Ils ont tenu le flambeau tout au long du processus d'agrément et ont bien compris que qualité, sécurité et compassion constituent la pierre angulaire de notre mission, servir les gens qui ont besoin de soins de santé.

Par ailleurs, je n'ai aucun doute quant au net consensus qui s'est fait au sein de l'organisation sur la grande valeur des personnes recrutées au cours des derniers mois. À la haute direction, nous avons accueilli Mario Soucy et Ann Martell. L'équipe des cadres intermédiaires se trouve également enrichie par l'arrivée de Stéphan Marcoux, responsable des soins de longue durée au Jeffery Hale et celle de Sherry Craig à Saint Brigid's et Nathalie Martel au Jeffery Hale à titre de conseillères en activité clinique pour les soins de longue durée.

Désormais complète, notre équipe de direction a déjà démontré que notre approche dynamique mais réaliste donne à chacun l'espace voulu pour contribuer à l'amélioration de notre milieu de travail. Nous avons également eu le bonheur pendant la dernière année de recruter des membres du personnel clinique et du personnel de soutien énergiques. Fait particulièrement intéressant, nous avons conservé au-delà de 70 % de nos recrues, ce qui est plutôt impressionnant lorsque l'on compare avec certains autres établissements de soins de santé de notre région.

Dans le contexte actuel, cela signifie que notre milieu professionnel demeure un environnement riche et attrayant, capable d'intégrer les recrues qui représentent notre avenir. Nous avons également atteint notre objectif de réduction de l'absentéisme. Ces deux facteurs indiquent que nous pouvons désormais nous appuyer davantage sur notre effectif permanent et réduire ainsi le recours aux agences privées et aux heures supplémentaires, rendant du coup notre établissement encore plus invitant. Voilà une autre réussite attribuable à une collaboration exemplaire à tous les niveaux de l'organisation et dont nous pouvons être fiers !

La gériatrie communautaire est probablement celui de nos programmes qui a connu le plus de changements dans la dernière année. Devenu réalité, le nouveau service de Consultations spécialisées en gériatrie a amené les équipes de l'ancien hôpital de jour et des soins ambulatoires à s'unifier. Cette nouvelle approche intégrée vise la population francophone d'un territoire délimité, ainsi que la population anglophone de l'ensemble de la région de la Capitale-Nationale. La raison d'être des lits polyvalents a fait l'objet d'une révision en fonction des paramètres régionaux qui s'appliquent aux unités de réadaptation fonctionnelle.

Le secteur des soins de longue durée fait l'objet d'une réorganisation importante, d'abord au Jeffery Hale. Pour consolider les initiatives qui s'ensuivent, nous renouvellerons la structure de soutien clinique et le personnel recevra une formation et un encadrement intensifs qui faciliteront la mise en place de nouveaux programmes et le renforcement de meilleures pratiques. Nous adapterons cette approche à Saint Brigid's à l'automne 2010. Je profite de l'occasion pour mentionner la concrétisation, le printemps dernier, d'une association novatrice et mutuellement avantageuse entre Saint Brigid's (un établissement public) et le Manoir McGreevy (un organisme de logement communautaire sans but lucratif).

Quant à nos Services communautaires de langue anglaise, ils ont proposé à l'Agence régionale une offre de service renouvelée. Nous avons également négocié des ententes de service avec les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord en vue d'offrir des services aux familles dont un membre présente des besoins particuliers. Les Services communautaires procèdent également à une consultation de nos partenaires sur un plan d'action en santé publique pour la population de langue anglaise; une première !

Sur le plan des communications, nous disposons de plusieurs outils nouveaux pour vous informer comme nos sites web attractifs et conviviaux (jefferyhale.org et <http://jefferyhale.org/fr/chsld-saint-brigids>), ainsi que nos bulletins *Géri-Active* en gériatrie et *Action prévention* en contrôle des infections et prestation sécuritaires des soins.

Nos services généraux ont pour leur part essuyé quelques tempêtes, mais ils ont réussi à maintenir et même à consolider l'offre de service. Je rends hommage tout particulièrement au personnel de ce secteur pour sa contribution très positive à la préparation de l'éventuelle mise en place d'une clinique spécialisée pour la grippe H1N1. Nous avons également eu le bonheur de recruter de nouveaux médecins qui permettront le maintien de l'urgence ainsi que d'une nouvelle infirmière de liaison qui facilitera l'orientation et le suivi des usagers auprès des établissements et cliniques partenaires. Enfin, l'Imagerie médicale (Radiologie) est passée avec succès à l'âge numérique avec la mise en place d'un système PACS. Félicitations à tous ceux qui ont contribué à ces réalisations.

Défis qui persistent

Notre situation financière demeure un défi de taille. Nos anciens vérificateurs ont produit des études, revues par l'Agence régionale, qui démontre un sous-financement important, particulièrement en ce qui concerne la gestion générale et clinique. Cela étant dit, l'Agence n'a pas proposé de solutions immédiates. Dans l'attente de plus amples discussions et d'une éventuelle solution, nos finances demeurent précaires et ne laissent aucune marge de manœuvre. Il nous est pratiquement impossible d'absorber les récentes réductions budgétaires du gouvernement dans les secteurs mêmes que nous savons sous-financés. Le conseil d'administration a donc demandé à l'Agence de nous exempter de ces restrictions. Le conseil a pris cette initiative pour des motifs d'équité et pour préserver le budget qui nous est minimalement nécessaire pour maintenir l'efficacité et la qualité de nos activités.

Dans le même ordre d'idées, tandis que nous devons offrir au personnel une formation intensive dans le cadre du processus d'agrément, les restrictions nous obligent à diminuer nos budgets de formation. Nous n'avons d'autre choix que d'explorer de nouvelles formes de formation qui, nous l'espérons, nous permettront d'atteindre les exigences d'agrément tout en réduisant les coûts.

Nous offrons également à nos gestionnaires des outils plus efficaces de suivi budgétaire essentiels en ces temps de contraintes budgétaires. Nous pourrions nous assurer plus facilement que tous les secteurs respectent leur budget et apportent des ajustements au besoin.

Par ailleurs, comme tout établissement du système de santé, nous accusons des pénuries de personnel dans plusieurs secteurs clés dont les soins infirmiers. En raison de la récente vague de départs à la retraite qui devrait se poursuivre pendant un certain temps, nous considérons le recrutement et la fidélisation du personnel comme une priorité absolue. Nous devons poursuivre nos efforts concertés même si nous semblons bien réussir grâce à notre milieu de travail dont la dimension humaine le rend si attrayant pour plusieurs et engager encore du personnel. Bien entendu, nous devons former et orienter les nouveaux employés. Nous sommes bien conscients des efforts auxquels les plus anciens consentent à cet égard, en plus de leurs tâches habituelles, et nous leur en sommes reconnaissants.

Enfin, nous continuerons d'effectuer des sondages de satisfaction de la clientèle, pratique instaurée l'année dernière à l'initiative du Comité des usagers et du secteur des services alimentaires. Les précédents sondages nous ont révélé que notre clientèle se montre généralement satisfaite et nous ont aidés à cibler les aspects qui demandent des améliorations.

Projets à l'horizon

Au cours de l'automne, nous entreprendrons un processus de planification stratégique auquel plusieurs d'entre vous seront invités à participer. Notre organisation s'est toujours dotée d'un plan annuel qui définissait ses priorités en fonction d'une stratégie générale de développement continu. Cette fois, le plan stratégique que nous proposerons portera sur quelques années. L'exercice me paraît stimulant et j'ose espérer que vous le percevrez ainsi.

Parmi nos nombreux projets de développement stratégique des dernières années, nous comptons faire passer à 15 le nombre de lits de l'unité de soins palliatifs. L'Agence a récemment confirmé son accord quant à l'ajout de huit lits de soins palliatifs aux sept lits existants. Bien que le financement nécessaire au fonctionnement de ces lits supplémentaires n'ait pas encore été arrêté, nous travaillons avec l'Agence à plusieurs scénarios et nous sommes passablement certains que les fonds seront disponibles pour l'année 2011-2012. Des discussions sont

en cours avec l'Agence pour la transformation de nos 6 lits de transition en lits de réadaptation (UTRF) ce qui permettrait de consolider nos services de réadaptation en passant de 10 à 14 lits.

Par ailleurs, il est presque certain que la construction d'un complexe immobilier privé pour personnes âgées se fera sur une partie du stationnement du Jeffery Hale, au coin du chemin Sainte-Foy et de l'avenue Saint-Sacrement. Les travaux devraient commencer à l'automne. La Fondation Jeffery Hale, le propriétaire actuel du terrain, et le Groupe Maurice, le promoteur et futur propriétaire, nous ont tous deux assurés qu'ils prendraient toutes les précautions voulues pour réduire au minimum les inconvénients pour notre clientèle et notre personnel pendant la construction. N'oublions pas que cette transaction nous apporte certains avantages. Entre autres choses, notre accès au chemin Sainte-Foy sera beaucoup plus fonctionnel et plus sécuritaire.

Nous prévoyons également la réalisation de certains projets dans nos murs pendant les prochains mois. La pharmacie principale sera installée au Jeffery Hale et logera un nouveau système monodose automatisé qui approvisionnera l'ensemble de nos sites. Un réaménagement des aires communes et des postes de soins à l'hébergement du Jeffery Hale sera réalisé sur deux ans. Un projet de « *rue principale* » est également à l'étude pour Saint Brigid's. De plus, nous entreprendrons cet automne la première phase du projet d'amélioration de l'entrée principale du Jeffery Hale qui prévoit l'agrandissement du hall et l'aménagement d'une nouvelle entrée réservée à l'urgence. Grâce à ces améliorations conviviales, notre clientèle accèdera plus facilement à nos services médicaux primaires et nous lui offrirons un accueil des plus chaleureux.

Enfin, dans les prochains mois, nous entreprendrons un projet pilote de deux ans qui vise à mieux intégrer et à rationaliser les demandes de services de nos différentes clientèles. Centré principalement autour de nos Services communautaires de langue anglaise, le point d'accès intégré (le guichet) facilitera la liaison avec les CSSS et leur mécanisme d'accès unique. Cela nous permettra également d'offrir davantage de soutien aux usagers anglophones qui ont de la difficulté à accéder aux services du système de santé auxquels ils ont besoin.

Conclusion

Malgré les défis qui persistent à l'échelle du système de santé en général, notre établissement se positionne comme chef de file à plusieurs niveaux, et cela, en composant avec une réalité financière plutôt difficile. Un vent d'optimisme dans différents secteurs de notre établissement se justifie par le calibre et la vitalité de notre personnel et leur engagement envers la qualité, la sécurité et la compassion. Ces ingrédients sont au cœur de notre réussite et du bien-être de notre clientèle.

2.2 Orientations stratégiques

Guidé par les besoins des clientèles et des communautés qu'il dessert, l'établissement poursuit ses objectifs stratégiques en agissant sur quatre grands axes :

- Demeurer un établissement autonome lié à la communauté anglophone.
- Assurer le développement continu de l'établissement.
- Offrir des services sécuritaires de grande qualité centrés sur l'humain qui en est la raison d'être.
- Assurer l'adéquation des ressources.

Ces derniers, tout en étant très liés, permettent de structurer les efforts afin que ceux-ci convergent tous vers les priorités stratégiques.

Demeurer un établissement autonome lié à la communauté anglophone

L'établissement est une institution qui contribue à la vitalité de la communauté anglophone de la région. Pour ce faire, il doit demeurer autonome et assurer la participation active de représentants de la communauté dans sa gouvernance. Il doit connaître les besoins de la population anglophone et avoir les moyens d'assumer un rôle de leadership dans la provision et le développement de services qui répondront à ces besoins. Il agira en faveur de la population anglophone en offrant lui-même des services ou en créant des alliances avec des établissements partenaires concernés et en assurant la liaison avec les instances de la communauté anglophone.

Assurer le développement continu de l'établissement

L'établissement, tout en ayant comme mission particulière de desservir et de soutenir la communauté anglophone, contribue des services pertinents aux efforts de ses partenaires du réseau de la santé pour le maintien et le recouvrement de la santé de la population en général et, tout particulièrement, de la population du territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. Afin de répondre aux besoins de ses clientèles, l'établissement croit nécessaire d'assurer son développement continu. Il doit miser sur l'innovation et la pertinence des services

offerts de même que sur leur qualité. Il doit également pouvoir compter sur un niveau de ressources adéquat que ce soit en regard du financement, du personnel compétent, de l'environnement physique ou de l'équipement.

Offrir des services sécuritaires de grande qualité centrés sur l'humain qui en est la raison d'être

La qualité des services est au cœur même de la raison d'être de l'établissement. La qualité doit caractériser l'ensemble des services offerts directement ou indirectement à la clientèle de même qu'à ses proches. Les services de qualité sont ceux qui respectent les plus hautes normes de pratique et qui sont sécuritaires tout en étant personnalisés. Le souci de la qualité doit également se percevoir à travers la richesse des relations humaines qui sous-tendent tout service du domaine de la santé. La qualité prend ses assises sur un personnel stable, compétent et engagé dont l'établissement doit soutenir le développement. Les efforts d'amélioration de la qualité s'inspirent des pratiques exemplaires reconnues ainsi que des diverses normes d'agrément, mais ils sont avant tout centrés sur les pratiques internes en regard du rehaussement des compétences, de l'amélioration continue des pratiques et de l'organisation du travail, de gestion des risques et de la prévention et de la personnalisation des soins. Ces efforts seront appuyés par des mécanismes de communication efficaces permettant le maintien essentiel d'un esprit de transparence, de collaboration et d'entraide à tous les niveaux de l'établissement.

Assurer l'adéquation des ressources

Tout établissement doit pouvoir compter sur les ressources financières, humaines, informationnelles et matérielles qui lui permettront d'accomplir sa mission avec un niveau de qualité suffisant. L'historique de l'établissement, dont une partie importante traîne un lourd passé de sous-financement, fait que l'accès à un financement adéquat est particulièrement difficile et la recherche de solutions durables s'impose. À l'instar de l'ensemble des établissements du système de santé, le défi de recruter et de retenir le personnel requis est important pour assurer la continuité des services. Les initiatives qui permettront à l'établissement de se distinguer à cet égard seront davantage centrées sur le soutien individualisé, un milieu de travail stimulant et des relations humaines enrichissantes. L'adéquation des ressources matérielles en appui aux efforts du personnel prend plusieurs formes. La disponibilité des fournitures et des petits équipements, la mise à jour des équipements diagnostiques, la technologie informatique et la fonctionnalité et l'esthétique des lieux physiques sont autant de facteurs dont dépendent la qualité des services et la satisfaction de la clientèle, du personnel et des professionnels de l'établissement.

2.3 Priorités d'actions

L'établissement centre ses efforts sur sept actions incontournables qui favoriseront sa contribution optimale et la consolidation de sa position stratégique dans la région :

1. Assurer des ressources à la mesure des missions, des mandats et des responsabilités de l'établissement.
2. Préparer l'établissement à la visite d'agrément prévue au printemps 2010.
3. Développer et consolider les services destinés à la communauté anglophone de la région.
4. Soutenir l'amélioration continue des services notamment par le biais de l'innovation et du développement de la qualité des relations humaines.
5. Assurer la stabilité des équipes de travail et les initiatives visant l'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement continu des compétences.
6. Développer davantage les services actifs destinés à la clientèle gériatrique et en fin de vie.
7. Assurer la consolidation de la mission des services généraux et communautaires.

2.4 Bilan des objectifs et perspective au 31 mars 2010

L'établissement a posé un ensemble de gestes (*lesquels sont présentés dans aucun ordre particulier*) visant l'atteinte de chacune de ses priorités stratégiques. Des responsabilités ont été assignées et des échéances fixées tout en sachant que ni l'établissement ni les secteurs visés ne contrôlent l'ensemble des conditions de réussite. Certaines échéances sont spécifiques à l'année en cours, d'autres devront s'échelonner sur les deux années à venir.

Action 1. Assurer des ressources à la mesure des missions, des mandats et des responsabilités de l'établissement

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
Maintien de l'équilibre budgétaire	L'équilibre budgétaire est atteint en fin d'exercice	Le déficit prévisible pour l'année s'est actualisé.	L'atteinte de l'équilibre budgétaire pour 2010-11 est réaliste dans le contexte d'une coupure budgétaire annoncée de 212 000 \$ que si l'ensemble des postes budgétaires sont respectés.
Écarts de financement	Les écarts de financement ont été identifiés. Des mesures de rattrapage ont été convenues avec l'Agence.	L'Agence s'est engagée à entreprendre une analyse en utilisant des modèles de financement qui ont été développés par le Ministère.	Le dépôt du deuxième rapport par l'Agence en début de juin permettra de mieux comprendre la situation et dégager des pistes de solution.
Aménagement de l'accueil du Jeffery Hale	Un poste d'accueil centralisé a été aménagé. Une (des) nouvelle(s) salle(s) d'attente a (ont) été aménagée(s).	La phase I du projet est en élaboration avec un groupe de travail qui s'assure que les travaux répondront aux besoins. Un architecte a élaboré le concept, mais les coûts anticipés dépassent le budget disponible.	Les plans et devis révisés d'une première phase réalisable seront finalisés pour permettre d'être en mesure d'actualiser les travaux à l'automne 2010.
Salon des résidents du Jeffery Hale	Des salons des résidents ont été aménagés à l'endroit des actuels postes de garde.	Le financement du projet par l'Agence a été confirmé. Le concept est en élaboration avec l'équipe de travail du secteur qui a été mise en place. L'opportunité d'implanter des lits de soins palliatifs et d'UTRF requiert une remise en question des plans.	Les plans et devis de cette première phase seront finalisés dès que tous les éléments seront connus, nous permettant d'être en mesure d'actualiser les travaux au printemps.
Services de gériatrie communautaire	Les réaménagements autorisés ont été réalisés.	Ces travaux n'ont pas encore été actualisés, car nous sommes en attente de confirmation de l'Agence quant à l'ajout et à la transformation de certains lits du programme gériatrie communautaire.	L'actualisation des travaux dépendra des orientations quant à l'ajout et à la transformation de ces lits et le financement qui sera disponible. Les décisions doivent se prendre, après étude, au cours de l'automne.
Lien entre le Manoir McGreevy et Saint Brigid's	Le « Main Street » a été aménagé au rez-de-chaussée de Saint Brigid's. Les aires extérieures ont été réaménagées.	Le financement de ce projet a été confirmé grâce à des dons de nos fondations. Des rencontres, afin de clarifier les besoins et élaborer les plans, sont prévues en début d'automne.	Nous prévoyons que ce projet sera complété en cours d'année.
Corridor diagnostique	Le corridor où est regroupé l'ensemble des services diagnostiques, a été réaménagé.	Un groupe de travail se penche sur l'aménagement des espaces destinés aux clientèles sur l'ensemble du 1 ^{er} étage du Jeff.	Un plan de réaménagement sera disponible cet automne et un PFT préparé.
Mise à normes de la pharmacie	L'ensacheuse et les autres équipements connexes sont opérationnels.	Le groupe chargé du dossier a proposé l'aménagement de la pharmacie et de l'ensacheuse cet automne. Les modes de distribution des médicaments sont déjà en révision dans les unités visées.	Poursuivre ce projet et compléter avant la fin 2010-11.

Action 2. Préparer l'établissement à la visite d'Agrément Canada prévue au printemps 2010

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
Plan d'action	Le plan d'action pour la préparation à l'agrément a été révisé et implanté.	Le plan d'action en trois phases a été développé et respecté. Les priorités ont été adressées avant la visite.	Le plan dans son ensemble sera déployé, phase 2 au cours des six mois suivants et la phase 3 d'ici mars 2013.
Visite d'agrément	Le processus d'agrément a été complété avec succès.	Les résultats très positifs ont été diffusés au cours du printemps 2010.	Le plan d'amélioration continue est en implantation.

Action 3. Développer et consolider les services destinés à la communauté anglophone de la région

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
Accessibilité des services visés	Le portrait de l'accessibilité des services est disponible. Un plan d'amélioration a été adopté.	Cet objectif n'a pas encore été adressé, mais la responsabilité est dorénavant partagée entre la DSIQ pour la composante Services et la DRH pour la composante Ressources humaines.	Maintenir l'objectif de développer un plan d'action, lequel est davantage requis dans le contexte de la révision anticipée en cours d'année du plan régional d'accès aux services en langue anglaise.
Services communautaires	Consolider les services, et en particulier les services courants et l'aide à domicile.	Un petit groupe de travail conjoint a déposé un document de travail à l'Agence régionale pour validation dans les CSSS. Certains enjeux subsistent en regard de certains services, telle l'aide à domicile. Les services de soutien à la clientèle au prise avec une déficience (DI-DP-TED) a fait l'objet d'une entente avec les CSSS.	Cet objectif ne sera jamais tout à fait atteint, car les besoins de la population continueront d'évoluer. La capacité de suivre cette évolution est à réfléchir en 2010-11.
Communications	Un plan permettant la communication efficace avec la population anglophone de la région est implanté.	Les bases du plan sont établies, mais le contenu est toujours en développement. Toutefois, des pas en avant concrets ont été réalisés, tel le lancement en phase validation d'un nouveau site web.	La pression des besoins concrets demeure un défi important pour l'avancement de ce dossier compte tenu du peu de ressources disponibles. On prévoit un avancement plus soutenu en regard de la communication avec la population anglophone.
Réseau de partenaires	Un réseau des partenaires institutionnels et communautaires est fonctionnel.	Le financement d'un projet temporaire visant la mise en place du réseau a été obtenu et les services d'une chargée de projet retenus en fin 2009. Une rencontre se voulant de démarrage s'est tenue à la fin mars.	Maintenir et soutenir ce réseau de partenaires aux services de la population anglophone.

Action 4. Soutenir l'amélioration continue des services notamment par le biais de l'innovation et du développement de la qualité des relations humaines

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
Humanisation du milieu	Un plan visant à placer les personnes au centre de toute action dans l'établissement a été adopté.	Le plan d'ensemble n'a pas été adopté, mais un groupe de travail sur les services de première ligne intègre cette préoccupation dans son plan afin de débiter l'implantation d'une approche dite attentionnée. Ceci s'ajoute à un ensemble de mesures adoptées et constitue le premier jalon du plan d'humanisation.	Cet objectif sera plutôt fondu dans le plan d'amélioration continue et sa dimension visant à valoriser la compassion dans l'ensemble de nos interventions.
Gestion des risques	Un programme proactif et d'avant-garde de gestion systématique des risques	Le fonctionnement du comité de gestion des risques et de la qualité a été allégé et l'implantation d'un plan qui	Le nouveau comité revoit les liens avec le comité de vigilance et le conseil d'administration et des suivis plus

Action 4. Soutenir l'amélioration continue des services notamment par le biais de l'innovation et du développement de la qualité des relations humaines

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
	est adopté et implanté.	rencontre les exigences d'Agrément Canada débutée.	rigoureux seront implantés. La possibilité qu'il soit chargé de suivre le plan d'amélioration continue est à l'étude.
Suivi des recommandations d'amélioration	Un programme de suivi systématique des recommandations du commissaire aux plaintes et du comité de vigilance est implanté	Le suivi est fait à chaque réunion par le comité de vigilance qui fait rapport au conseil d'administration. Les suivis sont plus rigoureux et les obligations de résultats plus clairs.	Ce travail sera maintenu.
Amis des bébés	L'établissement a obtenu la certification Ami des bébés.	Plusieurs mesures sont en place, mais la démarche serait difficile à compléter compte tenu du manque de ressources. L'appui de la Santé publique est possible.	En 2011, adopter une politique assortie d'un plan de mise en œuvre progressive si possible, mais ceci ne ferait pas partie des actions prioritaires.
Normes d'hygiène et salubrité	Les mesures correctives et les ressources requises ont été identifiées. La mise aux normes est complète.	Des ajustements au plan de travail ont été apportés afin d'améliorer l'entretien sanitaire des lieux notamment à Saint Brigid's où il y a un manque de ressources. L'implantation d'un logiciel spécialisé (GES) a permis de mieux évaluer le respect des normes en fonction de critères objectifs. Ceci permettra une répartition plus équitable des ressources et de la main-d'œuvre et l'adoption de nouveaux plans de travail visant un respect des normes.	Les ajustements requis seront complétés.
Information clinico-administrative	Les informations clinico-administratives pouvant aider à la décision sont disponibles et utilisées par les secteurs concernés.	Suite au départ de la DGA, ce dossier n'a pas beaucoup progressé. Il a été réassigné en début 2010-11 suite à la réorganisation des responsabilités dans l'équipe de direction.	Le dossier sera relancé cet automne en développant un meilleur portrait des besoins d'information pour aider à la gestion et pour rendre compte de nos activités et résultats.
Distribution sécuritaire des médicaments	L'ensacheuse, les chariots de distribution et à narcotiques ainsi que les autres mesures visant à assurer la distribution sécuritaire des médicaments sont implantés.	Les chariots sont en implantation progressivement pour l'ensemble. La distribution sécuritaire des narcotiques est assurée. Un comité chargé de l'implantation de la distribution sécuritaire des médicaments est avancé dans sa planification.	Les chariots seront utilisés comme prévu dans tous les secteurs. Formation aura été complétée selon le plan d'implantation des différentes composantes. L'utilisation de l'ensacheuse débutera au début 2011.
Rehaussement de la pratique infirmière	Le plan thérapeutique infirmier est utilisé dans tous les secteurs. La méthode SOPE est utilisée dans tous les secteurs.	Progrès lent notamment au Jeffery Hale dû au manque de ressources pour soutenir le momentum requis. Il y a un enjeu lié à l'informatisation des outils. Peu d'avancement dû notamment à l'effort requis pour l'Agrément, lequel a tout de même facilité la tenue de plusieurs activités de formation des infirmières et auxiliaires.	Réactiver le dossier suite à la visite d'agrément de concert avec le Conseil des infirmières (CII) et en faire un projet porteur pouvant contribuer au recrutement et à la rétention de personnel infirmier.
Qualité de vie des résidents	Les plans d'action visant l'amélioration de la qualité de vie des résidents sont implantés et révisés sur une base continue.	Le nouveau DGA est maintenant responsable des deux sites d'hébergement. Le comité de qualité de vie au Jeffery Hale a pris plusieurs initiatives significatives. Le plan à Saint Brigid's a pris du retard.	La réorganisation des soins au Jeff est en voie de réalisation. Une réorganisation semblable à Saint Brigid's est à prévoir. La qualité de vie des résidents sera un des objectifs centraux de ces exercices.

Action 4. Soutenir l'amélioration continue des services notamment par le biais de l'innovation et du développement de la qualité des relations humaines

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
Distribution de l'alimentation	L'ensemble des clientèles concernées reçoivent des repas de qualité, adaptés à leurs besoins et servis dans des conditions optimales.	Suite à la consultation qu'il y a eue au printemps 2009, un plan d'action a été élaboré afin de mieux répondre aux attentes de la clientèle. À l'automne, nous avons instauré des collations au Jeffery Hale, une pratique qui n'existait pas antérieurement.	La distribution de l'alimentation sera un volet qui fera partie des travaux de réorganisation en cours des programmes d'hébergement dans les deux sites.
Mesures d'urgence	Les plans de mesures d'urgence sont connus de tous. Des exercices et des mises à jour sont faits sur une base continue.	Un seul plan de mesures d'urgence a été élaboré pour les deux sites. Tout le personnel a reçu une formation sur les plans de mesures d'urgence avant la visite de l'agrément. Des exercices ont eu lieu dans certains secteurs et un calendrier adopté pour la prochaine année.	Cet objectif est largement atteint. Le défi est de maintenir à jour les connaissances, notamment chez le nouveau personnel. Un calendrier d'exercices doit être respecté.
Impact sur l'environnement	Un plan visant à réduire progressivement notre impact sur l'environnement aura été adopté	La documentation et le cadre de référence du Ministère ont été acheminés aux établissements. Certaines mesures concrètes ont eu des impacts bénéfiques : ➤ le remplacement de la bouilloire au Jeffery Hale pour des gains énergétiques importants jumelé à l'utilisation d'un fuel plus propre. ➤ Le passage à l'impression recto/verso sur les étages. ➤ L'usage systématique de produits de nettoyage « verts ».	Une approche basée sur la réduction de l'utilisation des matières pouvant être dommageables pour l'environnement est à étudier.
Éthique	Un comité d'éthique est opérationnel	Le comité de bioéthique a été remis sur pied et pourra procéder à l'élargissement de son mandat et le rendra conforme aux meilleures pratiques recherchées par Agrément Canada. La DSIQ assume maintenant la responsabilité du dossier.	Le fonctionnement du comité est à consolider et un cadre de réflexion éthique à adopter.

Action 5. Assurer la stabilité des équipes de travail et les initiatives visant l'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement continu des compétences

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
Recrutement	Nous recrutons sur une base continue le personnel requis pour le maintien des équipes et les remplacements.	Les moyens requis sont en place et commencent à donner des résultats constatés dans le nombre d'embauches dans les secteurs clés. Le processus de titularisation des postes qui a été enclenché ce printemps permettra de clarifier les besoins davantage.	Cet objectif est atteint quand aux moyens à mettre en œuvre, mais le défi du recrutement continu demeura actuel encore quelque temps.
Assiduité	Le personnel respecte ses assignations et ses disponibilités.	Il y a eu beaucoup d'amélioration depuis le début de l'été suite à l'adoption de certaines mesures visant à mieux répondre aux besoins du personnel.	Il serait nécessaire d'évaluer les différentes mesures en fonction des résultats et de renforcer les pratiques gagnantes.

Action 5. Assurer la stabilité des équipes de travail et les initiatives visant l'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement continu des compétences

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
Reconnaissance	Un programme de reconnaissance de la contribution du personnel est implanté.	Une proposition est en préparation par la DRH et sera prête pour consultation sous peu.	La mise en œuvre du programme est plus complexe et sensible. Les stratégies de déploiement sont mises en œuvre graduellement depuis le printemps.
Appréciation du rendement	Tout le personnel de l'établissement fait l'objet d'une appréciation du rendement selon la politique en vigueur.	La phase deux du plan adopté l'an passé est passablement avancée et la majorité des professionnels et des chefs d'équipes auront été évalués d'ici la fin mars.	La phase 3 du plan concerne la masse d'employés et comporte des défis très importants dû au faible taux d'encadrement dans notre établissement. Il sera déployé sur les deux prochaines années.
Engagement	Un plan global de participation a été adopté et implanté.	Plusieurs initiatives visant la fidélisation du personnel ont vu jour, mais il n'y a pas de plan d'ensemble.	Cet objectif serait intégré en 2010-11 dans la grande stratégie de titularisation et de stabilisation des équipes qui débutera ce printemps. Il ne sera donc pas explicitement retenu parmi les actions prioritaires.
Développement et formation	Un plan donnant à chaque employé(e) accès aux formations et aux opportunités de développement dont il (elle) a besoin pour son épanouissement professionnel est implanté.	Les négociations locales étant terminées, le développement d'un plan global de formation devient prioritaire. Le processus est connu et est, depuis ce printemps, déployé de concert avec les syndicats, en débutant par la phase d'identification des besoins.	Malgré les coupures budgétaires annoncées, cet objectif demeure prioritaire compte tenu des besoins importants.
Qualité de vie au travail	L'établissement adhère à la Charte de leadership en matière de soins de santé de qualité et de qualité de vie au travail et a adopté un plan de travail en conséquence.	L'information sur cette initiative est disponible, mais suite au départ du DRH, le dossier a pris du retard.	La nouvelle DRH poursuivra en 2010-11.

Action 6. Développer davantage les services actifs destinés à la clientèle gériatrique et en fin de vie

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
Unité transitoire de récupération fonctionnelle	Les six lits additionnels sont opérationnels. La modification de mission des lits polyvalents est complète.	Nos propositions ont été déposées à l'Agence et celle-ci a indiqué un intérêt, mais le financement ne serait pas acquis. Les 6 lits pressentis pour la première phase ayant, entre-temps, été repris pour des lits de transition dans le cadre de la pandémie, font l'objet d'étude pour un projet de conversion en un nombre de lits UTRF à spécifier, lequel doit être autofinancé.	Ce dossier devrait être actualisé avec le concours de l'Agence à court terme.
Soins palliatifs	La proposition d'unité de 15 lits a été approuvée. Le programme global de soins palliatifs est adopté et implanté.	La proposition d'unité de 15 lits a été approuvée en principe, mais il reste à assurer le financement. Un comité stratégique est chargé de réactiver le dossier.	L'actualisation complète du programme sera priorisée à court terme.
Services gériatriques communautaires	La réorganisation des territoires et la révision des programmes sont	Les territoires sont établis et la révision du programme bien avancée, mais la mise en œuvre est retardée par la	On prévoit la mise en œuvre en septembre 2010 et nous prévoyons être prêts.

Action 6. Développer davantage les services actifs destinés à la clientèle gériatrique et en fin de vie

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
Aide à domicile	complétées. Nous avons repris la responsabilité de desservir la clientèle anglophone.	région. Il y a un enjeu budgétaire en lien avec le transport. Il y a eu des discussions avec l'Agence, mais peu d'avancement concret. Un modèle développé par la communauté Juive de Montréal et ses CLSC voisins est prometteur.	Reprendre des discussions avec les CSSS plutôt qu'avec l'Agence.
Soutien au manoir McGreevy	Une entente balisant le soutien offert par l'établissement aux personnes en perte d'autonomie vivant au Manoir McGreevy est conclue.	La construction est terminée selon l'échéancier. La clientèle emménage graduellement. Le processus de planification des services est bien avancé.	L'objectif est largement atteint et sera dorénavant géré dans les opérations courantes.

Action 7. Assurer la consolidation de la mission des services généraux et communautaires

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan au 31 mars 2010	Perspectives 2010-11
Relance de l'urgence	L'urgence fonctionne 16 heures par jour et 7 jours par semaine Une forme de partenariat a été établie avec les cliniques médicales du territoire L'urgence est en mesure de garder des patients sous observation 24 heures par jour	L'urgence fonctionne 12 heures par jour, sept jours sur sept. Plusieurs nouveaux médecins ont été recrutés et les médecins envisagent un retour au fonctionnement sur 16 heures dès l'automne. Les services d'infirmières de liaison-réseau sont en implantation de même que des nouvelles procédures de référence en spécialité et en clinique médicale.	Le retour au fonctionnement sur 16 heures est à assurer en priorité. Le DG du CSSS ayant quitté, il est nécessaire de relancer le dossier avec la personne qui le succèdera. L'observation sur 24 heures avec des infirmières spécialement formées ne sera pas possible si l'urgence ne fonctionne pas 16 heures par jour.
Accueil / rendez-vous intégrés	L'ensemble des clientèles pour lesquelles c'est pertinent, est accueilli pour les appels, la prise de rendez-vous ou les visites ou séjours dans un seul service	Un groupe de travail intersectoriel se penche sur cette préoccupation et a atteint l'étape de planification d'une première phase des travaux requis. La situation demeure complexe à cerner, car les besoins évoluent constamment.	Compléter le manuel d'organisation de projet en l'élargissant pour y inclure l'ensemble des éléments pertinents. Débuter l'implantation progressive dès cet automne par la phase un des travaux.
Cliniques externes	Les cliniques externes sont utilisées de façon optimale et contribuent pleinement à la gestion en première ligne des maladies chroniques	Les cliniques externes ont été réduites de façon importante pour faire place au Centre de grippe prévu pour le secteur. Un certain nombre d'activités ont repris, mais le secteur doit opérer de façon plus optimale.	Le plan stratégique de la direction est en gestation et portera notamment sur la revalorisation des cliniques externes.

2.5 Bilan annuel des indicateurs de l'entente de gestion 2009-10

	Indicateur	Service / Secteur	Cible 09-10	Résultat 09-10	% atteinte de la cible	Commentaire
1.6.1	Nombre d'utilisateurs (<i>jeunes et leur famille</i>) rejoins en CSSS.	Jeunes en difficulté - Services de première ligne en CSSS.	137	191	139 %	
1.6.2	Nombre moyen d'interventions par utilisateur (<i>jeunes et leur famille</i>) en CSSS.	Jeunes en difficulté - Services de première ligne en CSSS.	8,60	7,51	87,3 %	Il y a eu une hausse marquée du nombre d'utilisateurs dans ce secteur, sans ajout de ressources supplémentaires, donc moins de rencontres avec chacun des utilisateurs.
1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS.	Perte d'autonomie liée au vieillissement - Services de soutien à domicile.	170	154	90,5 %	La mise en place de l'entente multipartite incluant la venue des TSR, n'est pas complètement déployée sur toutes les unités dans les CHSGS. Donc, l'effet d'arrivée massive de références n'a pas encore eu d'impact vers les Services communautaires de langue anglaise. Malgré cela, le nombre d'utilisateurs n'a pas connu de baisse comparativement à 2008-2009.
1.3.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie.	Perte d'autonomie liée au vieillissement - Services de soutien à domicile.	18,37	17,37	94,5 %	Application plus rigoureuse du cadre normatif afin de saisir les interventions sur les services réels rendus aux utilisateurs et non les efforts mis par les intervenants pour en arriver à fournir les services (<i>ex.: coder moins de discussions de cas, d'échanges d'information, etc., afin de respecter les règles du cadre normatif I-CLSC</i>).
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance en CHSLD.	Perte d'autonomie liée au vieillissement - Services en CHSLD.	3,247	3,333	102,5 %	Une croissance des troubles envahissants du comportement chez la clientèle hébergée a nécessité l'ajout de ressource pour plus de sécurité. Le déploiement de l'offre de service régionale en lien avec la clientèle en gériopsychiatrie, aura permis, fin 2009-10, de retrouver l'équilibre.
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD.	Perte d'autonomie liée au vieillissement - Services en CHSLD.	0,206	0,232	112,6 %	Le déploiement du nouveau cadre de référence pour l'Unité transitoire de réadaptation (UTRF) et l'Équipe de consultation spécialisée en gériatrie et de psychogériatrie, ont généré l'ajout de ressources professionnelles en réadaptation.
3.1.1	(MSSS:3.1) Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	Ressources humaines - Assurance salaire	5,60	5,21	107 %	
3.1.2	(MSSS:3.2) Ratio des heures supplémentaires en personnel infirmier par rapport aux heures travaillées.	Ressources humaines	4,30	3,46	124%	
3.1.3	(MSSS:3.3) Ratio des heures MOI en personnel infirmier par rapport aux heures travaillées	Ressources humaines	2,93	12,82	-437 %	Deux éléments sont à considérer. La cible était très ambitieuse si l'on se compare au niveau régional. De plus, afin d'éviter l'épuisement de nos ressources, nous avons fait le choix de requérir à de la main-d'œuvre indépendante, réduisant ainsi le temps supplémentaire (3.1.2).
3.1.4	(MSSS:3.4) Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières.	Ressources humaines	60	59,38	98,9 %	Nous sommes dans le processus de titularisation des infirmières.

Indicateur	Service / Secteur	Cible 09-10	Résultat 09-10	% atteinte de la cible	Commentaire
1.8.2 Nombre d'usagers (18 ans et+) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement.	Santé mentale - Services de première ligne en CSSS.		54	90 %	Se référer à l'indicateur 1.8.9
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS.	Santé mentale - Services de première ligne en CSSS	60	54	90 %	Poursuite de la codification adéquate du profil 410. Nous constatons tout de même une augmentation du nombre d'usagers comparativement à 2008-2009.
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile.	Santé physique - Services de soins palliatifs en CSSS.	4	2	50 %	Idem à 2008-2009: La cible est difficile à prévoir sur un volume d'activités très bas.
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.	Santé physique - Services de soins palliatifs en CSSS	4	3,50	87,5 %	Nous avons eu deux usagers et sept interventions en soins palliatifs pour 2009-10, d'où une réponse à 100% considérant le niveau de demande.
1.1.11 Pourcentage d'établissement ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme prévention.	Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales	1,10	1,00	90,9 %	Le besoin supplémentaire de ressources étant de ½ journée / semaine et la titularisation d'un tel poste étant difficile, le surcroît est donc comblé par nos gestionnaires et cliniciens selon l'évaluation des besoins.
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS.	Services généraux - Services psychosociaux généraux en CSSS	131	57	43,5 %	Nous constatons une baisse significative en comparaison avec 2008-09; celle-ci est attribuable au respect plus pointu du cadre normatif depuis avril 2009.
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS.	Services généraux - Services psychosociaux généraux en CSSS	2,15	1,53	71,2 %	Commentaires de l'indicateur 1.2.2 applicables. L'AEO fait des interventions de garde ou de crise à l'occasion. Le reste de ses actions sont compilées dans les demandes de services et les activités ponctuelles. L'indicateur ne tient pas compte de ces données dans le calcul de l'indicateur. Il est donc normal que la moyenne soit faible puisqu'il y a très peu d'interventions de suivi dans ce CA.

2.6 L'Agrément

L'établissement a reçu la visite d'Agrément Canada du 21 au 25 mars 2010. Une démarche qui s'inscrit dans notre programme d'amélioration continue de la qualité de nos soins et services. Avec une note de passage de 87 %, nous avons obtenu le statut d'Agrément avec conditions. Soulignons l'importante mobilisation et contribution du personnel, des bénévoles et des différentes instances à qui nous devons le succès de cette démarche considérant la réorganisation engendrée par le départ à la retraite de directeurs de deux importantes directions. En suivi des recommandations émises au rapport final d'Agrément Canada, nous avons élaboré un plan d'action des mesures à prendre à court terme pour répondre aux normes de pratiques organisationnelles requises d'ici le 25 août 2010. Si certaines mesures sont réalisées d'ici au 25 février 2011, l'établissement pourra obtenir le statut d'Agrément sans condition.



Il est important aussi de remercier la Fondation du Jeffery Hale pour leur importante contribution financière dans la réalisation des étapes qui ont mené à l'agrément de l'établissement.

Plan d'action des mesures à court terme

Recommandations d'Agrément Canada (issues de la visite du 21 au 25 mars 2010)	Suites apportées aux recommandations d'Agrément Canada
À réaliser d'ici le 25 août 2010 Présenter un plan d'amélioration du rendement de la qualité, les preuves et les mesures prises par rapport aux critères précises dans les sections de normes qui suivent :	
Gestion des incidents et accidents (6.4) L'organisme adopte un mécanisme de déclaration des événements sentinelles, des événements défavorables et des incidents ou accidents évités de justesse, y compris un processus de suivi approprié.	• Développer les politiques : • Approbation par : Comité de gestion des risques et de la qualité • Approbation par : Comité de gestion clinique • Approbation par : Comité de direction • La (les) politique(s) sera ou seront adoptée(s) par le conseil d'administration le 22 juin. • La politique sera diffusée dans le milieu d'ici le 25 août 2010.
Pompes à Perfusion (19.4) Le personnel ciblé a été formé sur l'usage des pompes à perfusion. Application différenciée pour chaque secteur ciblé : ➤ 6^e étage du Jeffery Hale ➤ Urgence ➤ Soins de longue durée (SLD) ➤ Soins à domicile (SAD)	Stratégie et politique pour encadrer l'administration des médicaments par intraveineuse avec ou sans pompe dans tous les secteurs sauf l'urgence où la pompe à perfusion demeure. • Plan de formation continue pour l'urgence • Plan de formation des formateurs pour autres secteurs • Diffusion de la politique
Bilan comparatif des médicaments (BCM) 11.3 Le bilan comparatif des médicaments est utilisé par les équipes visées : ➤ 6^e étage du Jeffery Hale ➤ Urgence ➤ Soins de longue durée (SLD) ➤ Soins à domicile (SAD)	• Plan de déploiement à jour spécifique à chaque secteur : Arrivée clientèle et transfert clientèle • Adhésion des médecins
Prévention des chutes (15.2) 1. Le programme de prévention des chutes est en place dans les secteurs suivants : ➤ 6^e étage du Jeffery Hale ➤ Équipe de consultation spécialisée en gériatrie et psycho gériatrie 2. Les pratiques sont évaluées sur une base continue.	• Déposer le « Programme Marche » et le bilan de l'utilisation du programme (<i>nombre de clientèle, etc.</i>) • Préparer le plan d'évaluation continue et les consignes pour les suivis correctifs.
Information aux familles / usagers (15.4) 1. Les clientèles sont informées systématiquement de la sécurité et de leurs responsabilités à cet égard dans les secteurs suivants : ➤ Ambulatoires ➤ Équipe de consultation spécialisée en gériatrie et psychogériatrie ➤ 6^e étage du Jeffery Hale 2. La clientèle indique systématiquement avoir reçu l'information sur la sécurité	• Document d'information générale sur les rôles à préparer. • Méthode écrite sur la sécurité pour que le personnel fasse le transfert d'information verbale. • Procédure pour que la clientèle indique avoir reçu l'information sur la sécurité et que la preuve soit conservée. • Document (<i>Politique</i>) sur la diffusion de l'information sur la sécurité dans tous les secteurs visés.

Engagement de l'établissement

Qualité, sécurité, compassion : Une constante, s'améliorer !

Pour une évolution continue de la qualité des soins et services pour le mieux être de nos clientèles

Notre établissement s'engage à offrir à ses diverses clientèles un milieu accueillant, chaleureux et attentionné, soucieux d'assurer qualité, sécurité et compassion dans la prestation de soins et services visant le mieux-être de nos usagers et une expérience de soins satisfaisante.

L'approche préconisée

L'amélioration continue des soins et services, notamment en regard de la sécurité des soins et services, est une responsabilité partagée à tous les niveaux de l'établissement et des initiatives à cet égard sont encouragées dans tous les secteurs. Dans le but d'assurer la cohérence des actions, il est souhaitable que l'ensemble des efforts d'amélioration de la qualité et de la sécurité convergent vers les instances que le conseil d'administration a mandaté à cet égard, le comité de vigilance et de la qualité, qui assure la veille, et principalement, le comité de gestion des risques et de la qualité qui assure la coordination tactique et le suivi régulier des initiatives d'amélioration.

Cette approche est compatible avec la réalité d'un plus petit établissement aux moyens restreints qui doit assurer l'efficacité et l'efficacité optimale de chacune de ses initiatives.

Des responsabilités partagées

L'avancement vers l'amélioration continue des services et le produit de l'exercice de responsabilités collectives et individuelles.

1) Affirmer les responsabilités collectives

a) Responsabilités du Conseil d'administration :

- S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés.
- S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.
- S'assurer du maintien des compétences et du développement du personnel.
- Établir une procédure d'examen des plaintes.

b) Responsabilités du Comité de vigilance

- Coordonner, analyser et établir des liens systémiques entre les rapports et les recommandations transmis au conseil d'administration
 - qui portent sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus,
 - le respect des droits des usagers et
 - le traitement de leurs plaintes,
- Tirer les conclusions nécessaires pour soumettre au conseil d'administration
 - des recommandations intégrées
 - un plan d'ensemble portant sur les suites à donner
 - dans une perspective d'amélioration de la qualité des services.
- Assurer le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (ou du Protecteur des usagers), suivant les recommandations découlant de l'analyse et des conclusions apportées aux plaintes (rapport annuel).
- Coordonner l'ensemble des activités des autres instances de l'établissement pour exercer ses responsabilités.
- Assurer le suivi des recommandations de ces instances.

c) Responsabilités du Comité de gestion des risques et de la qualité

- 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 et,
 - plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents;

- Recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu ;
- S'assurer que des méthodes, des politiques, des procédures, des normes et des directives soient mises en place afin d'identifier, de prévenir et de réduire les risques d'accidents et d'incidents et s'assurer de leur mise à jour;

Le Comité de gestion des risques et de la qualité fait rapport périodique au Comité de vigilance et celui-ci fait de même à l'endroit du Conseil d'administration. Les deux instances font rapport annuel au Conseil d'administration.

Consolider la plaque tournante de l'amélioration continue - Le comité de gestion des risques et de la qualité assure la coordination

Le comité de gestion des risques et de la qualité, pour assurer l'amélioration des soins et services, soutient les efforts en aval et en amont de la prestation de soins et services. Le comité est constitué principalement de représentants des risques et de la qualité pour chacun de 8 champs d'activité considérés comme comportant des risques importants. Sont également actifs au sein du comité, des représentants d'instances formels de l'établissement ayant un intérêt pour la sécurité et la qualité des soins et services, tel le comité des usagers et les instances professionnelles.

Le comité est bien placé pour agir comme plaque tournante des initiatives de l'établissement pour s'améliorer sur une base continue. Il a la vision globale requise et réuni autour d'une même table, l'expertise voulue pour assurer la coordination des actions prioritaires. Dans l'exercice de ce mandat, le comité fera rapport au Comité de vigilance et au Comité de direction.

Nos stratégies pour assurer l'amélioration continue

Nos stratégies se fondent sur la conformité aux normes d'agrément Canada et s'appuie sur l'ajustement constant aux meilleures pratiques observées. Elles impliquent des suivis systémiques en aval et amont des manquements à la qualité.

2) Intervenir en amont - trois initiatives

Le comité de gestion des risques et de la qualité agit dans le but de prévenir l'actualisation des risques en mettant en place des groupes de travail formels et informels ayant comme mandat d'identifier les améliorations requises dans la prestation de soins et services. Les mesures correctives requises, de même que les activités pour assurer le transfert des connaissances et la modification des pratiques seront également identifiées et actualisées.

a) Comités formels

- Comité de prévention des infections
- Comité de coordination de la sécurité civile
- Comité de pharmacologie
- Comité sur l'application des mesures de contrôle

b) Cellules de qualité entourant les Représentants de risques et de qualité

- Activités de la vie quotidienne
- Hygiène du milieu
- Sécurité des installations
- Sécurité informatique

c) Analyses prospectives

Au moins une analyse prospective sera réalisée chaque année par des comités spécifiques constitués à cette fin. Ils feront rapport au comité de gestion des risques et de la qualité, lequel assurera le suivi de l'implantation des recommandations.

3) Intervenir en aval - trois initiatives

En dépit de tous les efforts pour les prévenir, des incidents ou accidents ayant des conséquences ou ayant pu avoir des conséquences pour les usagers se produiront. Il importe d'apporter un suivi systématique approprié à chacun de ceux-ci et d'en identifier les causes ainsi que les correctifs requis en empêcher la récurrence.

De même, les faiblesses du système donnant lieu à des plaintes doivent également donner lieu à des apprentissages propices à l'amélioration.

Enfin, certains événements ayant ou ayant pu avoir des conséquences importantes pour nos usagers doivent être étudiés de façon particulière et en toute transparence avec la victime ou ses proches. Ils sont identifiés comme événements sentinelles.

a) Gestion des plaintes des usagers

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services assure le suivi de toute plainte reçue et après analyse, formule les recommandations qui s'imposent. Il assure que les recommandations sont suivies

b) Gestion des incidents et accidents

Selon la politique en vigueur, la gestionnaire de risques et ses associés assurent l'analyse et le suivi des incidents et accidents en fonction de l'échelle de gravité retenue. Ils font les recommandations requises.

c) Suivi des événements sentinelles

La gestionnaire de risques, de concert avec le comité de gestion des risques et de la qualité, assure une analyse rigoureuse de tout événement sentinelle selon la politique en vigueur. Elle propose les mesures d'amélioration requises et s'assure de la mise en place des correctifs par les équipes visées.

Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle des mesures de contrôles des usagers (art. 118.1).

Nous observons une diminution dans l'utilisation des mesures de contrôle par la mise en place de mesures alternatives telles: Système Tabs, fauteuil de marche, Bed chek, etc. Le déploiement de notre nouveau programme sur l'utilisation des mesures de contrôle et alternatives est prévu pour l'automne 2010.

2.8 Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

En l'absence de madame Christine Noëbert, affectée par la maladie, monsieur Guy Pelletier a assumé la fonction de commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's au cours de l'année 2009-2010.

Se rapportant directement au conseil d'administration, le commissaire local doit, par le traitement des plaintes qui lui sont adressées ou par toute autre activité appropriée, contribuer à l'amélioration continue de la qualité des services dans l'Établissement.

Cette année, le commissaire local adjoint aux plaintes a reçu trente **(30)** plaintes parmi lesquelles quatre **(4)** ont été référées au médecin examinateur et une **(1)** a été jugée irrecevable parce que vexatoire.

Sur les vingt-neuf **(29)** plaintes traitées par le commissaire local adjoint et le médecin examinateur :

- vingt-huit **(28)** provenaient du Jeffery Hale :
 - neuf **(9)** du secteur de la longue durée;
 - dix-neuf **(19)** du secteur de la courte durée;
- une **(1)** plainte provenait de Saint Brigid's.

Concernant les **motifs** à l'origine des vingt-huit **(28)** plaintes pour le Jeffery Hale, huit **(8)** visaient les relations interpersonnelles; dix **(10)**, l'accessibilité et les délais de service; sept **(7)**, la dispensation des soins et services; trois **(3)**, l'organisation du milieu et des services et les ressources matérielles.

Même si les plaintes touchant l'**accessibilité et les délais de services ne comptent que pour 36 % des plaintes reçues**, il importe de signaler que **50 % d'entre elles concernent le temps d'attente à l'urgence**; et qu'un **nombre considérable de plaintes touchant les délais d'attente au téléphone au Centre des rendez-vous** ont été recueillies verbalement par les téléphonistes de l'hôpital et par le commissaire.

Au chapitre de la **dispensation des soins**, les principales plaintes avaient trait à une erreur de médicament (1), à l'absence d'un consultant en psychogériatrie dans l'Établissement (1), à l'attitude d'un médecin en gastroentérologie (1), et à une allégation de faute professionnelle à l'urgence (1).

Les plaintes **touchant les relations interpersonnelles** ont soulevé des problèmes d'empathie (5), d'attitude et de politesse (3). Cinq (5) plaintes provenaient des services généraux ; trois (3), de l'hébergement.

L'une des quelques plaintes concernant l'**organisation des ressources** provenant de **Saint Brigid's** avait pour motif l'ordre et la propreté de la chambre d'un résident.

Douze (12) des vingt-neuf (29) plaintes traitées ont fait l'objet de recommandations auprès des intervenants susceptibles d'améliorer les soins et services impliqués. Recommandations qui ont suscité, à date, des actions ou des mesures correctives jugées appropriées par le commissaire.

Cependant, **six (6) plaignant(e)s se sont dit(e)s insatisfait(e)s des conclusions de l'examen de leur plainte, et deux (2) se sont prévalu(e)s de leur droit de porter leur plainte auprès du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Aucun avis n'a encore été rendu à leur propos.**

2.9 Promotion des droits des usagers

Les usagers peuvent accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, sur la satisfaction des usagers et sur le respect de leurs droits et au *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's* :

- ➡ En consultant le site Internet de l'établissement aux adresses : www.jefferyhale.org et www.saintbrigidshome.org;
- ➡ En demandant une copie au bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou à la Direction générale;
- ➡ En demandant une copie au comité des usagers;

Par ailleurs, le commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité des services est invité à adresser la parole aux proches des nouveaux résidents dans le cadre d'un programme d'accueil destiné aux personnes admises depuis peu à l'hébergement de l'Hôpital Jeffery Hale et de Saint Brigid's. Au cours de son allocution, le commissaire situe sa fonction en lien avec les droits aux usagers prévus à la loi et avec les mécanismes qui y sont prévus pour promouvoir et assurer le respect de la personne et la qualité des services proposés dans l'établissement. Ensuite, il informe les participants sur ce qu'il faut faire pour lui adresser une plainte et sur le processus prévu à l'examen d'une plainte.

Partie 3

Activités de l'établissement

3.1 Direction des services aux personnes âgées PALV

L'année 2009-2010 aura été ponctuée par de grands changements organisationnels, tout particulièrement par les départs à la retraite de deux importantes directions menant ainsi à des changements de responsabilités au sein des différents directorats.

C'est donc en novembre 2009 que les services d'hébergement et soins de longue durée de nos deux installations, de même que les services de gériatrie communautaire, furent regroupés sous la direction des services aux personnes âgées. C'est la direction générale adjointe qui assume maintenant ce directorat. On y retrouve 162 lits d'hébergement à Saint Brigid's, 102 lits d'hébergement au Jeffery Hale, les services de gériatrie communautaire incluant une équipe de consultation spécialisée, 10 lits en unité transitoire de réadaptation fonctionnelle, 6 lits de transition ainsi que 7 lits de soins palliatifs.

Notre offre de service a globalement progressé au regard du volume des interventions réalisées auprès de notre clientèle gériatrique. À ce propos, soulignons l'ajout de 2 lits de soins palliatifs, la transformation de nos lits polyvalents en unité transitoire de récupération fonctionnelle, la transformation de 6 lits de répit dépannage en lits de transition de même que le déploiement d'un nouveau cadre de référence pour l'hôpital de jour et l'équipe ambulatoire externe devenant ainsi l'équipe de consultation spécialisée en gériatrie et psychogériatrie.

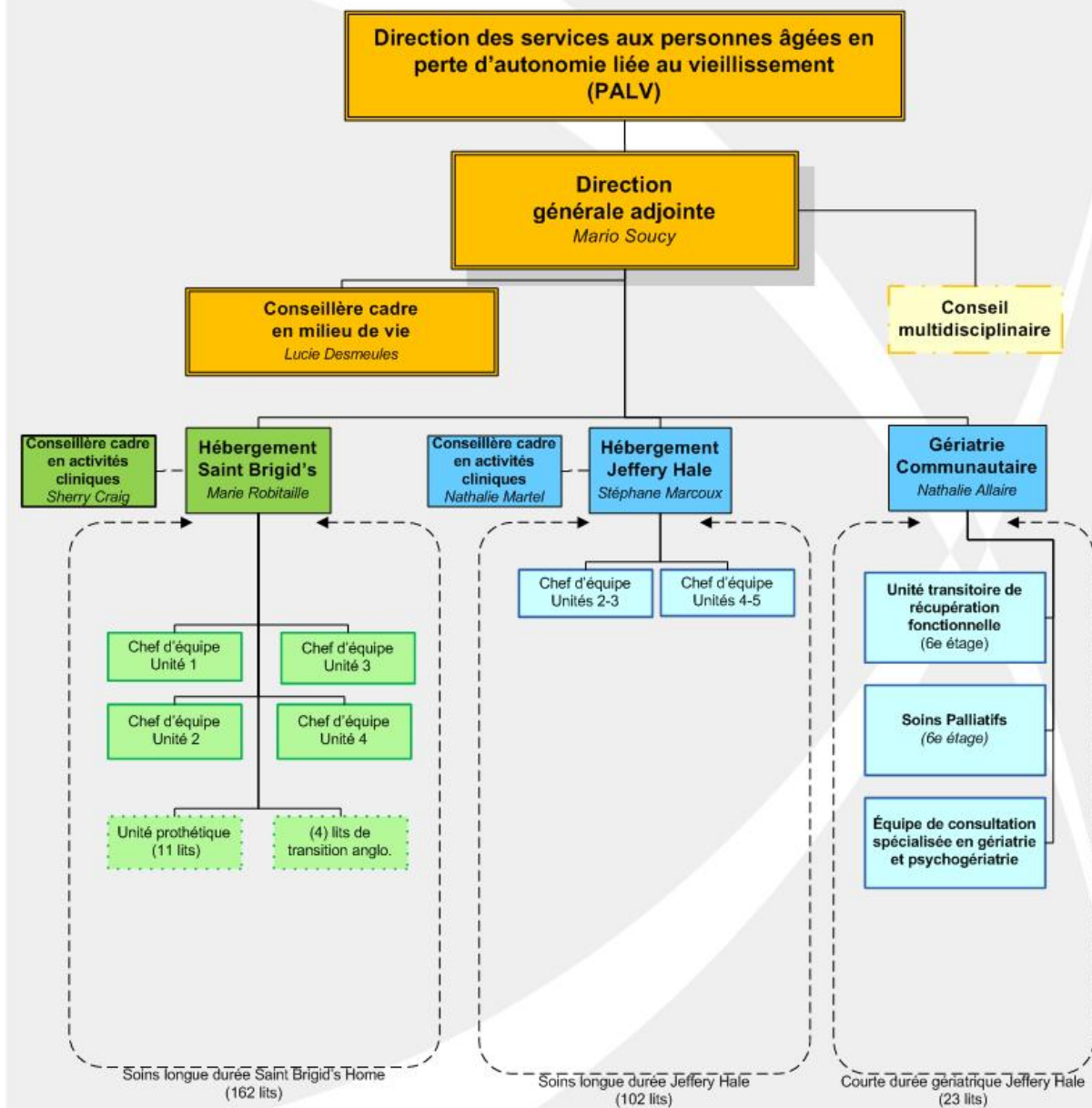
De nombreux projets et travaux ont été menés conformément aux orientations de notre plan stratégique, notamment les activités préparatoires à la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), et la mise en place de mesures concrètes visant la stabilité des équipes de travail. De plus, nous avons poursuivi le déploiement de notre plan d'action pour la mise en œuvre des orientations ministérielles. Chacune de ces actions a été menée dans une volonté d'amélioration continue de la qualité des soins et services.

Finalement, notre équipe de gestion est particulièrement fière de tous les efforts et du travail accompli cette année par nos employés et bénévoles qui représentent notre force vive. C'est par leur engagement et leur dévouement qu'ils apportent l'âme nécessaire pour mener à bien notre mission.

Mario Soucy
Directeur général adjoint



Jeffery Hale – Saint Brigid's



31 mars 2010

Hébergement et soins de longue durée

Les services de l'hébergement et des soins de longue durée sont dispensés au site Jeffery Hale et au site Saint Brigid's. Ces services sont sous la responsabilité du directeur général adjoint, M. Mario Soucy, de la conseillère cadre en milieu de vie, M^{me} Lucie Desmeules, du chef de l'hébergement au Jeffery Hale, M. Stéphane Marcoux, du chef de l'hébergement à Saint Brigid's, M^{me} Marie Robitaille, et du chef de la gériatrie communautaire, M^{me} Nathalie Allaire. Ce secteur d'activités a entre autres pour objectifs :

- d'optimiser la qualité de vie et l'autonomie fonctionnelle des résidents;
- de dispenser des soins et services personnalisés et adaptés le plus possible aux besoins et aux désirs du résident et de ses proches;
- d'aborder les problématiques en tenant compte de la globalité bio-psycho-sociale et spirituelle du résident dans un milieu de vie substitut;
- de favoriser la concertation entre le résident, ses proches et les intervenants lors des prises de décision.

Résidence Jeffery Hale

L'Hôpital Jeffery Hale offre un programme d'hébergement et soins de longue durée donnant accès à **102 lits** qui s'adressent à des personnes âgées ou des adultes qui ne peuvent plus demeurer à domicile en raison d'une lourde perte d'autonomie. Dispensées dans un contexte de milieu de vie substitut, les interventions visent le maintien des capacités résiduelles dans le but d'assurer la meilleure qualité de vie possible aux résidents. Nous disposons de 86 chambres privées et 8 chambres semi-privées.

Résidence Saint Brigid's

Le programme d'hébergement et de soins de longue durée du Saint Brigid's Home offre **162 lits** en chambres privées, dont quatre lits sont utilisés pour de la transition. Ces quatre lits s'adressent exclusivement à la clientèle anglophone, âgée ou adulte dont le maintien à domicile est compromis en raison d'une lourde perte d'autonomie. Dans le but d'assurer aux résidents une qualité de vie optimale et le maintien de leur autonomie le plus longtemps possible, ils bénéficient de tous les services médicaux, sociaux et de réhabilitation que requière leur condition dans un contexte de milieu de vie substitut. Le milieu comprend une unité spécialisée de 11 lits pour une clientèle présentant des syndromes comportementaux liés à la démence nécessitant un encadrement plus étroit.

Réalisations en fonction de l'amélioration de la qualité des soins et services

Réalisation : Consolidation des connaissances quant au plan thérapeutique infirmier (PTI).

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Formation dispensée auprès des infirmières. • Évaluation de la version PTI informatisée dans clinibase. • Migration vers la nouvelle version de clinibase.	• Capsule de formation auprès des infirmières dans nos deux installations. • Évaluation de la version informatisée réalisée en décembre 2009. • Nouvelle version informatisée de clinibase incluant le PTI installée sur les postes de travail à l'hiver 2010. Le déploiement reste à faire pour 2010-2011. • PTI au dossier pour le Jeff 70% des résidents. • PTI au dossier pour Saint Brigid's 67% des résidents.

Réalisation : Coordination des activités préparatoires à la visite de l'agrément.

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Déploiement des questionnaires afin d'établir le diagnostic organisationnel avant la visite. • Capsules de formations : ○ Plan de mesures d'urgence ○ Simdut ○ Gestion des risques (déclaration/divulgaration, abréviations dangereuses et bilan comparatif des médicaments) ○ Prévention des infections ○ Gestion de la douleur ○ Prévention des plaies ○ Prévention des chutes	• Questionnaires administrés à 90% de nos effectifs. • 90% des employés formés • 80 % des bénévoles et quelques membres de famille.

Réalisations en fonction de l'amélioration de la qualité et de l'approche milieu de vie

Réalisation : Activité de promotion du code d'éthique

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
- Organisation d'une activité de consolidation des connaissances du code d'éthique « <i>Trouver les erreurs</i> ». - Conférences « <i>L'éthique en interdisciplinarité</i> ». - Présentation d'une pièce de théâtre ayant pour thème les droits des usagers.	55 participants à l'activité « <i>Trouver les erreurs</i> ». 75 participants au Jeff / 60 à Saint Brigid's. 50 résidents et employés au Jeff.

Réalisation : Déploiement du programme national de formation des préposés aux bénéficiaires (PAB) « AGIR »

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
Formation « <i>Agir pour prévenir</i> »	20 PAB au Jeff 20 PAB à Saint Brigid's - Formation se poursuit en 2010-11

Réalisation : Harmonisation des processus d'admission à l'hébergement

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
- Révision du Guide d'accueil du Jeffery Hale. - Mise à jour du Guide d'accueil de Saint Brigid's et distribution à tous les résidents ou répondants. - Ateliers de soutien dispensés aux proches. - Réévaluation et harmonisation des outils et des pratiques liés à l'admission au Jeff.	- Lancement du nouveau Guide d'accueil du Jeffery Hale en mars 2010. - Processus de validation en cours auprès des résidents, des répondants et des différents comités consultatifs. - Distribution réalisée en mars 2010. (Saint Brigid's). - Trois ateliers de soutien (<i>4 rencontres de 2 heures</i>) réalisés au Jeff en 2009-10. Déploiement à Saint Brigid's - Déploiement prévu pour 2010-11.

Réalisation : Développement et implantation de nouvelles activités de stimulation cognitive.

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
« Chit Chat Health Club » implanté à Saint Brigid's.	18 résidents ont pu profiter de ces nouvelles activités.

Réalisation : Collaboration avec le service alimentaire dans la révision des collations.

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
- Amélioration de la variété des collations : yogourt, fruits frais, etc. - Mise en place d'un nouveau mode de distribution pour le Jeff. Panier à la chambre pour le choix.	- Moins de retour sur la collation. - Aucune plainte concernant la collation depuis les changements.

Quelques statistiques de la clientèle hébergée

Données pour 2009-2010 en date du 31 mars 2009

102 lits au Jeff / 162 lits à Saint Brigid's	2008-2009	2009-2010
Taux d'occupation au Jeff	98%	98%
Taux d'occupation à Saint Brigid's	99%	98%
Nouvelles admissions au Jeff	42	53
Nouvelles admissions à Saint Brigid's	33	46
Moyenne d'âge au Jeff	84 ans	84 ans
Moyenne d'âge à Saint Brigid's	86 ans	85 ans
Durée de séjour au Jeff	1095 jours	954 jours
Durée de séjour à Saint Brigid's	1182 jours	1039 jours

Gériatrie communautaire

Les services de gériatrie communautaire dispensés au site Jeffery Hale comprennent :

- l'Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF);
- les Soins palliatifs.
- le Service de consultations spécialisées en gériatrie (*anciennement l'hôpital de jour*);

Unité transitoire de récupération fonctionnelle - UTRF (6^e étage au Jeff)

Nous disposons de 10 lits de courte durée pour des épisodes de soins allant de 40 à 50 jours à des fins d'évaluation, de traitement et de réadaptation. Le service s'adresse à des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ayant un profil gériatrique, aux prises avec des problèmes complexes qui nécessitent une hospitalisation à l'extérieur d'un CHSGS. L'UTRF est en soutien aux équipes locales (*SAD, GME, médecins de famille, résidences privées*) et les CHSGS, dans leurs interventions de maintien à domicile ou d'orientation vers un changement de milieu de vie. L'UTRF visent les objectifs suivants :

- offrir une évaluation interdisciplinaire permettant de déterminer le niveau de perte d'autonomie et le potentiel de récupération;
- assurer à la personne âgée un retour à domicile avec les ressources appropriées à sa condition;
- offrir des services de réadaptation permettant une récupération maximale;
- assurer une orientation adéquate si le retour à domicile est compromis;
- contribuer au désengorgement des lits de courte durée et des services d'urgence des CHSGS du territoire.

Réalisation : Déploiement du nouveau cadre de référence des lits d'UTRF (novembre 2009)

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
- Transformation des lits polyvalents en lits d'UTRF. - Révision de la structure de soins et services afin de répondre au nouveau cadre de référence.	82 admissions en 2009-10. - Très haut niveau de satisfaction de notre clientèle selon le <i>Rapport du projet pilote sur l'appréciation de la satisfaction par le comité des usagers</i>.

Soins palliatifs (6^e étage au Jeff)

Sept lits de soins palliatifs sont disponibles à la clientèle en phase terminale nécessitant des soins pour atténuer la souffrance globale (biopsychosociale et spirituelle). Le service s'adresse à la personne de tout âge aux prises avec une maladie incurable ou liée au processus de vieillissement dont la durée de vie s'évalue à moins de 4 mois. Les soins palliatifs a pour objectifs de :

- prodiguer des soins de confort aux personnes en phase terminale;
- offrir l'intensité des services requis et selon les normes reconnues de pratique;
- offrir une aide psychosociale à la personne en phase terminale et à ses proches.
- Favoriser le maintien à domicile en étant une ressource d'hébergement temporaire.
- Développer une expertise de formation et un milieu de stage pour différents groupes d'intervenants.

Réalisation : Ajout de 2 lits de soins palliatifs (juillet 2009)

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
- En 2009-10, le nombre de lits en soins palliatifs est passé de 5 à 7 lits en tout. - Révision de la structure de soins dans son ensemble afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle et d'assurer un suivi clinique adéquat.	88 admissions en 2009-10. - Très haut niveau de satisfaction de notre clientèle selon le <i>Rapport du projet pilote sur l'appréciation de la satisfaction par le comité des usagers</i>.

Réalisation : Collaboration à la démarche d'appréciation de la satisfaction des soins et services, menée par le comité des usagers.

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
- Participation à la validation du questionnaire d'appréciation. - Projet pilote dans le secteur de la gériatrie communautaire, plus spécifiquement dans les lits de soins palliatifs.	- Projet pilote réalisé pour la clientèle en soins palliatifs à l'hiver 2010 - Déploiement au secteur hébergement en 2010-11

Équipe de consultation spécialisée en gériatrie et psychogériatrie (*anciennement Hôpital de jour*)

L'équipe de consultations spécialisées en gériatrie du Jeffery Hale reçoit en externe des personnes en perte d'autonomie, surtout des personnes âgées qui, en raison de certains problèmes physiques et cognitifs, parfois associés à des troubles psychosociaux, requièrent des soins médicaux, infirmiers et de réadaptation qu'elles ne pourraient recevoir ailleurs sans être hospitalisées. Le programme offre 25 places par jour. En moyenne, la durée du traitement est d'environ 12 semaines à raison de deux à trois visites par semaine. Le transport est assuré par un minibus à un coût minime pour l'utilisateur. Ses objectifs sont de :

- procéder à l'évaluation globale des besoins de la personne en vue d'orienter un plan d'intervention permettant le maintien de la personne dans son milieu de vie naturel;
- assurer le rendement optimal des fonctions bio-psycho-sociales d'une personne;
- assurer l'accessibilité, la continuité et la coordination des services offerts;
- retarder l'hébergement;
- raccourcir les durées d'hospitalisation en permettant un retour rapide à domicile;
- assurer le support de l'équipe interdisciplinaire aux usagers et à leur famille, pour permettre le maintien à domicile, en concertation avec les autres ressources du milieu;
- assurer à la clientèle des soins continus et globaux, en collaboration avec le médecin traitant et les autres professionnels des services à domicile;
- constituer un milieu propice à la recherche et à la formation en gériatrie et en gérontologie.

Réalisation :	Déploiement du nouveau cadre de référence de l'équipe de consultation spécialisée en gériatrie et psychogériatrie (septembre 2009)
----------------------	---

Résultats obtenus	Indicateurs de performance
- Comité de suivi du cadre de référence, les travaux se poursuivent en 2010-2011. - Comité de transport suite à la redéfinition des territoires, les travaux se poursuivent en 2010-2011. - Collaboration avec le guichet temporaire de Christ-Roi dans l'attente du déploiement du guichet unique.	344 clients inscrits pour évaluation en 2009-2010. - Processus d'appréciation de la satisfaction menée par le comité des usagers en cours.

3.2 Direction des services généraux et communautaires

L'année 2009-2010 a vu une réorganisation des responsabilités dans les secteurs des services généraux et communautaires. Nous avons intégré dans une nouvelle direction, sous la responsabilité directe du directeur général, nos programmes de Services généraux et de Services communautaires de langue anglaise. Cette structure renouvelée a favorisé l'émergence d'une nouvelle dynamique de collaboration entre ces deux secteurs s'adressant à une clientèle élargie de tout âge.

Dans une initiative conjointe, la pertinence et la faisabilité de l'intégration éventuelle et graduelle des services de première ligne afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle sont à l'étude. La localisation rapprochée et conviviale des services et, dans un premier temps, l'accueil attentionné et simplifié des clientèles, sont prioritaires dans cet exercice.

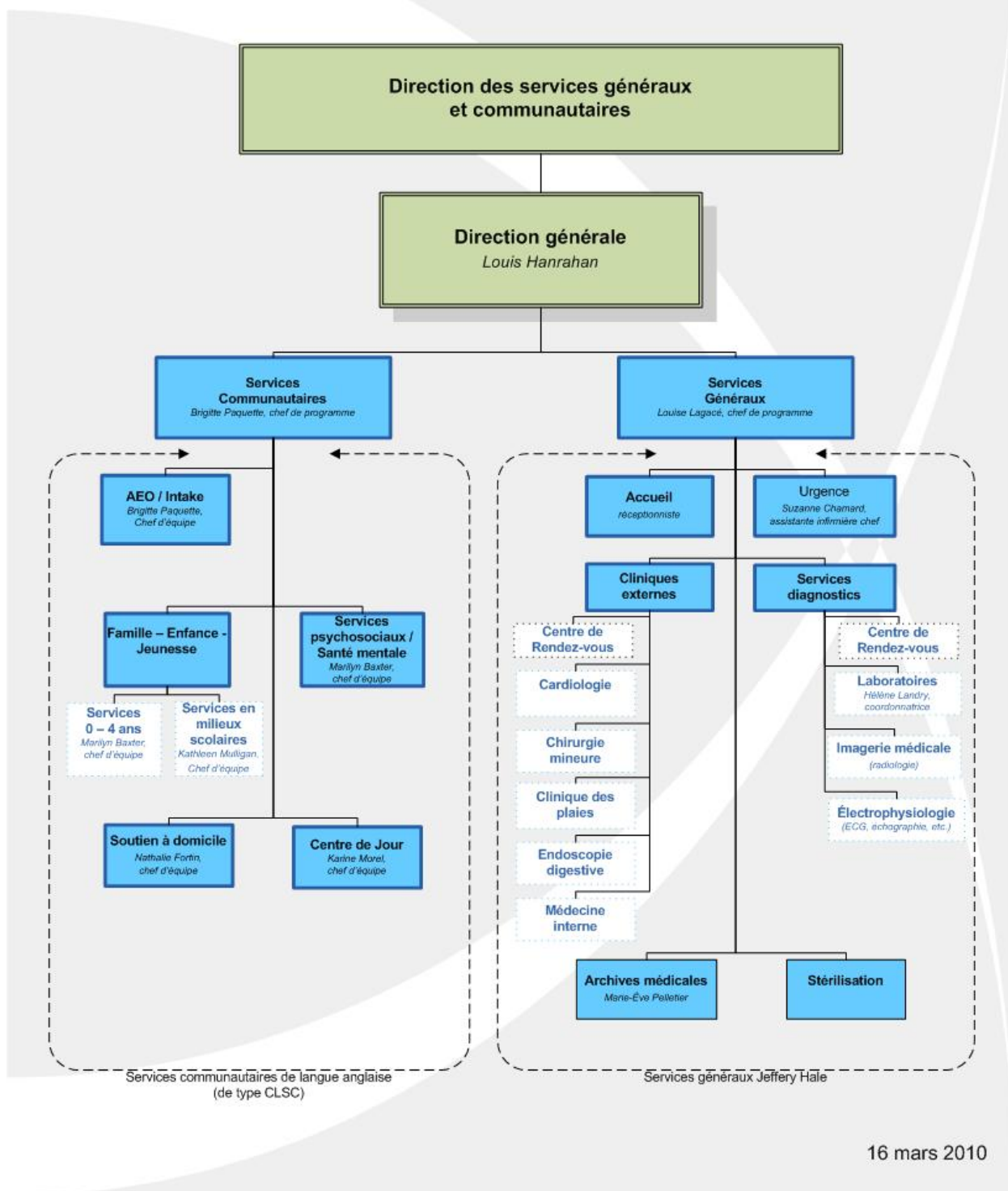
Du côté des services généraux, des difficultés liées à la pénurie de personnel spécialisé qui sévit, ont constitué des défis importants qui ont nécessité une attention particulière pour assurer la continuité des services. Ils ont pu nuire à l'avancement des projets de consolidation du secteur. Par contre, la réorganisation réussie du secteur des cliniques externes, dans l'éventualité d'y installer une clinique régionale pour la Grippe H1N1, témoigne de la qualité de l'engagement du personnel du secteur à servir la population de la région.

Par ailleurs, le Programme des services communautaires de langue anglaise a fait d'importants progrès en regard de la clarification de son offre de service. Les partenaires régionaux sont effectivement à étudier une proposition d'offre de service et se sont montrés ouverts à convenir d'ententes de services et de collaboration dans l'intérêt de la clientèle anglophone de la région. À cet égard, une table de concertation réunissant des partenaires du réseau de la santé et du secteur communautaire anglophone a été constituée en fin d'année. Enfin, les débuts d'une programmation spécifique en santé publique pour la population anglophone est en préparation en lien avec le Plan d'action régional.

M. Louis Hanrahan
Directeur général



Jeffery Hale – Saint Brigid's



Services généraux

Les services généraux sont sous la responsabilité du directeur général, monsieur Louis Hanrahan, et de la chef de programme, madame Louise Lagacé.

Pour l'ensemble des services généraux, l'année 2009-2010 se caractérise par le départ à la retraite de plusieurs employés et le recrutement important de personnel dans un contexte de pénurie des ressources dans plusieurs titres d'emploi. L'arrivée de nouveaux employés en 2009-2010 dans l'ensemble des services généraux a permis de maintenir de façon adéquate l'ensemble des soins et services. L'année 2009-2010 est également caractérisée par la préparation à la venue probable d'un site non traditionnel dans le contexte de la grippe A H1N1. Beaucoup de temps et d'énergie ont été consacrés à ce mandat particulier.

L'urgence

La clinique d'urgence offre à une clientèle ambulatoire de tout âge un accès rapide et continu, 16 heures par jour et 7 jours par semaine, aux services médicaux sans rendez-vous pour tous les problèmes de santé pour lesquels la personne peut se présenter sur pied. Elle répond par une intervention à court terme (traitement, observation, conseil, soutien, référence) ou par une référence appropriée. La clinique d'urgence constitue une porte d'accès universelle à l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Ses objectifs sont :

- d'assurer la population de la région de la Capitale Nationale l'accès à une gamme de services médicaux de première ligne requérant le soutien d'un plateau technique de base;
- d'intervenir rapidement pour stabiliser l'état du patient et référer la clientèle sans délai aux ressources spécialisées si elles sont jugées requises;
- de limiter la consommation ou la surconsommation de services médicaux en milieu spécialisé;
- d'orienter l'utilisateur de manière appropriée vers des soins médicaux spécialisés ou sur-spécialisés selon le cas s'il y a lieu;
- de privilégier les interventions les plus efficaces, au moindre coût possible.

Il est intéressant de noter que malgré l'absence de couverture médicale la nuit, depuis mars 2007, en raison de la pénurie de médecins dans notre région, le volume d'activité demeure encore très significatif avec ses 22 386 visites enregistrées.

Les services diagnostiques (*laboratoire et radiologie*)

Les services diagnostics comprennent un laboratoire de base avec un centre de prélèvements, un service de radiologie offrant la graphie simple, l'examen digestif par fluoroscopie, l'échographie non-obstétricale, de même qu'un service d'électrophysiologie (ECG, tapis roulant, Holter, MAPPA, échocardiographie). Les services diagnostiques ont pour objectifs :

- d'assister les médecins dans l'établissement du diagnostic ou du traitement du patient;
- d'assurer le suivi des patients qui sont référés par l'urgence ou un professionnel externe;
- de compléter l'action des autres intervenants et assurer la continuité des services.

Laboratoire

L'équipe du laboratoire a poursuivi, en 2009-10, sa démarche visant à se conformer aux normes Iso afin de répondre aux exigences de l'agrément. Le nombre de procédures pondérées est de 203 217 pour 2009-2010.

Radiologie (imagerie médicale)

Cette année, la radiologie a enregistré 12 131 examens et 184 658 unités techniques.

Les cliniques externes

Les cliniques externes spécialisées offrent, dans un environnement de première ligne, un accès rapide à des services de consultation médicale en spécialité sur rendez-vous. Les services offerts sont : la cardiologie, la chirurgie mineure, la clinique des plaies, l'endoscopie digestive et la médecine interne. Les objectifs visés consistent à :

- assurer l'accès rapide à des services de santé spécialisés de haute qualité;
- fournir une expertise pour le diagnostic et le traitement du patient;
- assurer le suivi des patients qui sont référés, soit par l'urgence de l'hôpital ou un professionnel externe.

L'ensemble de nos cliniques externes demeure toujours très actif comme le démontre le tableau suivant avec un aperçu des volumes d'activités.

	2008-2009	2009-2010
Consultations externes	3 470 visites	3 065 visites
Endoscopie digestive	1 416 examens	1 518 examens
Électrophysiologie*	62 253 unités techniques	52 539 unités techniques*

*Cette diminution d'unités techniques en électrophysiologie s'explique par l'arrêt temporaire de ce service en raison de la grippe H1N1 et de l'utilisation de ces locaux pour l'installation d'une clinique antigrippale (SNT).

Réalisation : Comblent l'ensemble de départs à la retraite.

Centres d'activités des Services généraux	Nouvelles embauches	Indicateurs de performance
• Urgence • Accueil • Archives • Radiologie • Laboratoire	• 7 embauches pour 7 départs. • 6 embauches pour 5 départs. • 1 embauche pour 1 départ. • 2 embauches pour 1 départ. • 0 embauche pour 2 départs.	• Objectif atteint. • Objectif dépassé. • Objectif atteint. • Objectif dépassé. • Objectif non-atteint.

Services communautaires de langue anglaise

Les *Services communautaires de langue anglaise* du Jeffery Hale assument un leadership reconnu pour promouvoir la santé et le bien-être de la population d'expression anglaise de la grande région de la Capitale-Nationale. Sous la responsabilité du directeur général, monsieur Louis Hanrahan, et de la chef de programme, madame Brigitte Paquette, cette équipe interdisciplinaire unique travaille en partenariat pour assurer la promotion et la prestation de programmes et de services innovateurs et de qualité, en utilisant une approche humaine et qui favorise l'autodétermination. Les membres de l'équipe se développent dans un environnement professionnel stimulant et soutenant.

Un ensemble de services variés, accessibles et de qualité de type CLSC, est offert à la communauté d'expression anglaise de la région. Ainsi, l'offre de service répond de plus en plus aux besoins de la communauté par le développement, entre autres, des services généraux et par l'élaboration, au cours de l'année, de l'offre de service formelle. Une diffusion auprès des partenaires et de la communauté est prévue pour l'année 2010-2011.

Guichet Jeffery Hale

Le premier contact privilégié des personnes d'expression anglaise avec les services s'effectue via une travailleuse sociale et l'ajout, au cours de l'année 2009-2010, de deux infirmières-réseau. Cette équipe de professionnels de liaison dirige ensuite la personne ou sa famille vers le meilleur service de santé et de service sociaux. Au cours de l'année 2009-2010, 1037 activités d'information, d'analyse ou de suivis ont été effectuées. Le développement de cette équipe de services généraux s'inscrit dans le projet *Front line – première ligne* qui vise l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et de services sociaux à la population d'expression anglaise de la région au cours des trois prochaines années.

Famille-Enfance-Jeunesse

Un ensemble d'interventions personnalisées de santé et sociales telles que la clinique prénatale, les visites prénatales et postnatales, les programmes OLO et SIPPE ont permis de rejoindre quatre-vingt-deux (82) familles en 2009-2010. De nombreuses activités de groupe telles que les rencontres prénatales, *Take-a-Break Drop In*, *Baby Chat Café*, *Toddler Time*, *Baby Book Bags* et *Toddler Talk Online* ont favorisé la socialisation des parents de jeunes enfants.

Les services scolaires aux jeunes en difficulté ont été maintenus dans les écoles anglophones de la région au cours de l'année. Les programmes réguliers de vaccination, d'éducation, de prévention et de suivis ont été offerts auprès de quatre cent quatre-vingt-cinq (485) jeunes et à leur famille. Le développement d'une collaboration avec la Commission scolaire *Central Quebec*, selon une perspective *École en santé*, permet d'améliorer l'offre de service auprès de ces jeunes et de leur famille.

Santé mentale

Les services de santé mentale de première ligne ont offert l'aide nécessaire auprès de cent treize (113) personnes vivant des difficultés de santé mentale. Ces personnes ont reçu les services d'une travailleuse sociale pour une moyenne de dix (10) rencontres. L'équipe a aussi offert l'atelier *Winds of Change* à deux reprises cette année, en collaboration avec *Voice of English-Speaking Quebec*, afin de normaliser les difficultés associées à l'adaptation interculturelle.

Déficiência intellectuelle, déficiencia physique et trouble envahissant du développement

Afin de mieux répondre aux besoins de ces familles, l'équipe a travaillé à développer le rôle d'intervenant-pivot en collaboration avec ses principaux partenaires, le Centre de santé de la Vieille-Capitale et le Centre de santé de Québec-Nord. Ainsi, seize (16) familles reçoivent des services sociaux concertés, et l'objectif pour l'année prochaine est de joindre encore plus de familles en intégrant l'intervenant-pivot dans les équipes spécialisées des centres de santé partenaires. Du support est aussi offert à des familles grâce aux programmes *Special Needs et After School Program* en collaboration avec les *Partenaires communautaires Jeffery Hale* et la Commission scolaire *Central Quebec*.

Personnes âgées en perte d'autonomie

L'équipe du soutien à domicile a maintenu ses activités afin de favoriser le maintien des personnes dans leur milieu naturel en offrant des services tels que du répit, du soutien aux aidants naturels, des suivis psychosociaux et de santé, des adaptations du domicile et le programme *Marche*. Pour l'année 2009-2010, le premier évaluateur pour les personnes âgées en perte d'autonomie d'expression anglaise a permis d'améliorer l'accessibilité à une première intervention et la coordination des services pour quarante-six (46) nouvelles personnes.

Centre de jour

Le but de ce programme est d'offrir aux personnes âgées d'expression anglaise en perte d'autonomie une activité de groupe misant sur la prévention et la promotion de la santé et la socialisation. Nous avons accueilli cent quarante-trois (143) personnes âgées d'expression anglaise dont vingt-quatre (24) nouveaux usagers lors des différents groupes. En plus de ces activités reconnues, des programmes complémentaires sont offerts tels que le programme *Équilibre*, *Telephone Check-in*, *Caregivers Group*, *In-Home Stimulation*, *Living Room*, *Creative Expression Art Program* et le programme *Frozen Meals*.

Activités bénévoles

Pour terminer, la communauté peut compter sur une organisatrice communautaire qui anime des activités dans le milieu telles que *Community Christmas Hamper Campaign*, tout en coordonnant les activités bénévoles. La contribution extraordinaire de quatre cent soixante-dix (470) bénévoles a ainsi permis d'actualiser de nombreux programmes et services décrits antérieurement par l'engagement bénévole de trois mille cinq cent (3500) heures auprès de la communauté.

Secteurs d'activités	Nombre d'activités de suivis en 2008 - 2009	Nombre d'activités de suivis en 2009 - 2010
Santé mentale	993	1082
Famille-enfance	680	1026
Scolaire	1 836	1605
Soutien à domicile	3 224	3062
Centre de jour	3508 jours-présence	3138 jours-présence

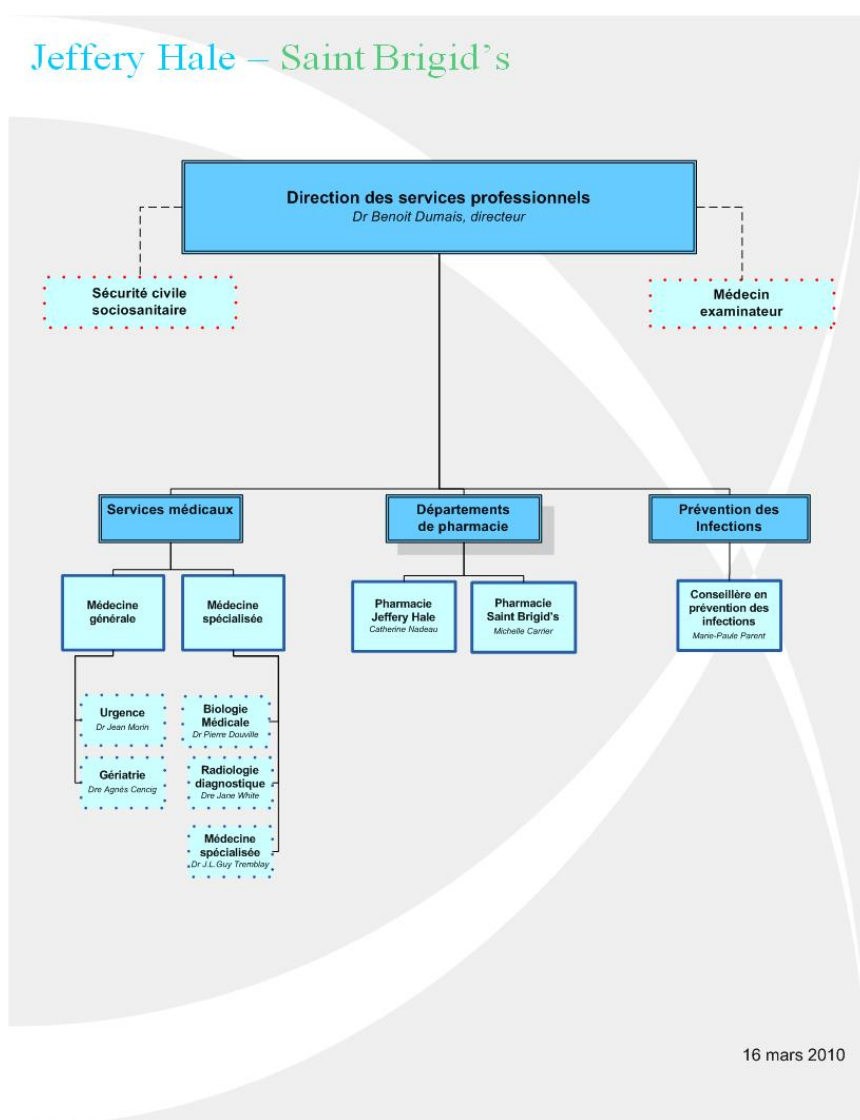
3.3 Direction des services professionnels (DSP)

La Direction des services professionnels de notre établissement doit voir au bon fonctionnement des structures médicales au sein des programmes-clientèle et du programme de prévention des infections afin d'assurer un milieu sécuritaire sous ce volet à notre clientèle, ainsi que de la préparation et la distribution adéquate des médicaments par le biais des services de pharmacie.

Au cours de l'année, le directeur des services professionnels, Dr Benoît Dumais, a coordonné le travail des équipes lors de la pandémie de grippe H1N1 comme coordonnateur local de Sécurité civile. Il a également assumé son rôle de médecin examinateur lorsque des situations concernant la qualité du travail réalisé par des membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ont été questionnées.

Enfin, le directeur des services professionnels agit comme directeur-conseil auprès du comité de direction pour toute autre question administrative et professionnelle.

Dr Benoît Dumais
Directeur des services professionnels
Médecin examinateur



Faits saillants DSP

La Direction des services professionnels est sous la responsabilité du directeur des services professionnels, Dr Benoit Dumais (*poste à temps partiel 20 %*) en collaboration avec :

- les chefs de départements médicaux de : gériatrie - Dr^{re} Agnès Cencig, urgence - Dr Jean Morin, biologie médicale - Dr Pierre Douville, radiologie diagnostique - Dr^{re} Jane White et médecine spécialisée - Dr J. L. Guy Tremblay;
- les chefs des pharmacies Jeffery Hale, M^{me} Catherine Nadeau, et Saint Brigid's, M^{me} Michelle Carrier;
- l'infirmière spécialiste en prévention des infections, M^{me} Marie-Paule Parent.

Les activités de la DSP peuvent ainsi se résumer :

- Coordination, harmonisation
- Évaluation de la qualité des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques
- Fonctionnement des comités des CMDP
- Plan des effectifs médicaux
- Recrutement, privilège et statut des médecins, dentistes et pharmaciens
- Liste de garde
- Disponibilité et qualité des consultants médicaux et paramédicaux
- Confidentialité et accès aux dossiers cliniques des résidents et des usagers
- Avancements scientifiques et techniques
- Demande et évaluation de régimes de protection
- Pharmacies
- Prévention des infections
- Sécurité civile sociosanitaire (*cette responsabilité sera assumée, à compter de 2010-11, par le coordonnateur des services techniques, M. Marcel Péroquin, sous la Direction des ressources financières et matérielles*).

Services médicaux

Les services médicaux se divisent en deux grands programmes : la **médecine générale** et la **médecine spécialisée**.

- La **médecine générale** couvre principalement le département de l'urgence et tous les programmes-clientèles PALV (*soins palliatifs, UTRF, hébergement Jeffery Hale et hébergement Saint Brigid's*).
- La **médecine spécialisée** œuvre dans les spécialités suivantes : la biologie médicale, la radiologie diagnostique et la médecine spécialisée.

Réalisation : Recrutement de médecins en gériatrie et à l'Urgence.

Résultats obtenus

- Stabilisation de ces deux équipes.

Indicateurs de performance

- Amélioration de nos plans d'effectifs médicaux.

Réalisation : Révision de l'offre de services médicaux à l'Urgence

Résultats obtenus

- Consolidation des effectifs médicaux de l'Urgence Jeffery Hale entre 8 h et 20 h.

Indicateurs de performance

- Plages horaires revues et réorganisation des effectifs en soins infirmiers de nuit.

Services de pharmacies

L'établissement compte deux départements de pharmacie : un au site Jeffery Hale et l'autre au site Saint Brigid's. Chacun de ces sites est sous la responsabilité d'une chef de pharmacie et relève du directeur des services professionnels.

La mission principale des pharmacies est de fournir des soins de qualité aux usagers de l'établissement en offrant des services pharmaceutiques conformément au code d'éthique professionnelle et satisfaisant à toutes les exigences légales. Ces services complètent et soutiennent les services médicaux de l'établissement. Nos services de pharmacies Jeffery Hale et Saint Brigid's ont ainsi pour objectifs :

- d'assurer une pharmacothérapie optimale à la clientèle de l'hôpital;

- de veiller à ce que le bon patient reçoive le médicament et la dose les mieux adaptés à son état particulier, grâce à une forme pharmaceutique et un régime posologique rationnel durant une période de temps appropriée;
- de fournir de l'information sur l'usage adéquat des médicaments à l'ensemble du personnel soignant et à l'usager ou ses répondants, ainsi qu'aux aidants naturels, s'il y a lieu;
- de diffuser de l'information écrite et verbale auprès du personnel de la santé de l'établissement sur l'usage des médicaments, par le biais des conférences-midi par exemple ou du programme de formation générale du personnel.

Réalisation : Actualisation du projet SARDM (distribution des médicaments automatisée)	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Disponibilité de chariots de médicaments, d'armoires à narcotiques et des procédures afférentes.	• Formation faite, politiques et procédures adoptées par le C.A. et disponibles et équipements en place.

Réalisation : Participation étroite à la visite d'Agrément Canada	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Rencontre des normes sur les médicaments et la prévention des infections.	• Rapport d'évaluation d'Agrément Canada.

Prévention des infections

Sous la responsabilité du directeur des services professionnels, la conseillère en prévention des infections, M^{me} Marie-Paule Parent :

- Élabore, révisé et adapte les protocoles de prévention des infections en s'appuyant sur les normes, lois, règlement et données de la littérature et en assure l'actualisation.
- Exerce une vigilance à l'égard des problèmes infectieux et émet des recommandations pour prévenir la transmission.
- Veille à l'application des politiques, règlements et protocoles de contrôle des infections.
- Collabore au développement de stratégies concernant la prévention des infections.
- Met à jour les fichiers informatiques sur les infections nosocomiales et émet les recommandations nécessaires.
- Élabore et dispense le programme de formation en prévention des infections à l'ensemble du personnel de l'établissement ainsi qu'aux stagiaires et aux bénévoles.
- Agit à titre d'experte-conseil auprès des professionnels et gestionnaires des différents secteurs d'activité pour l'instauration et le maintien des normes et protocoles reliés à la prévention des infections.
- Agit comme agente de liaison entre les intervenants internes et externes (Santé publique).
- Agit à titre d'experte auprès du comité de prévention des infections.
- Siègent au comité de gestion des risques et de la qualité en sa qualité de membre représentant le risque rattaché aux infections nosocomiales.
- Travaille en étroite collaboration avec les conseillères en soins de l'établissement pour améliorer la pratique liée à la prévention des infections.

Réalisation : Mise en place de mesures pour la prévention des infections.	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Formation sur le lavage des mains. • Réalisation d'un audit sur le lavage des mains jour-soir-nuit. • Déploiement du plan de lutte local contre la pandémie d'influenza automne 2009. • Collaboration à la campagne de vaccination à l'automne 2009. • Mise en place de chariots pour le rangement du matériel nécessaire dans les cas d'isolation.	• Amélioration des pratiques selon le rapport d'audit de mars 2010. • Pas d'éclosion d'influenza en 2009-2010. • Taux de vaccination du personnel à 86% pour H1N1.

Réalisation : Gestion et contrôle des infections nosocomiales	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
Situation sécuritaire pour notre clientèle	Taux de prévalence des infections et des périodes d'éclosion.
Réalisation : Participation étroite à la visite d'Agrément Canada	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
Rencontre des normes sur les médicaments et la prévention des infections.	Rapport d'évaluation d'Agrément Canada.

Sécurité civile

Déoulant du Plan national, chaque Agence régionale dispose d'un **Plan régional de sécurité civile (PRÉSCIS)**, lequel fait le lien entre les plans locaux mis de l'avant par les établissements et le Plan national de sécurité civile. La responsabilité de la **mission santé**, comprend cinq volets, soit : la santé physique (*pré-hospitalier, centre hospitalier, centre de santé de première ligne*), la santé publique, les services psychosociaux, le maintien des activités et la communication.

Le conseil d'administration a adopté, le 20 novembre 2007, le **Plan local de sécurité civile (PLSCS)**, lequel s'inscrit dans la continuité de cette chaîne d'intervention et devient pour l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's le cadre de référence et le fondement des politiques et procédures spécifiques qui viendront le compléter. Ce plan poursuit quatre objectifs :

- 1 Préserver la vie, la santé et le bien-être des personnes avant, pendant et après un sinistre;
- 2 Spécifier la contribution attendue de l'établissement et de ses intervenants en situation normale et lors d'un sinistre;
- 3 Assurer une intervention coordonnée lors d'un sinistre;
- 4 Assurer le lien et la cohérence avec le Plan régional de sécurité civile et les autres plans avec lesquels le Plan local est en interdépendance.

Réalisation : Coordination du plan de pandémie H1-N1	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
- Opération de vaccination massive faite avec succès. - Site non traditionnel opérationnel au Jeffery Hale.	Taux de vaccination optimal.

Amélioration de la qualité, la sécurité et la compassion

Réalisations :	
- Gestion de la Sécurité civile - Gestion de la Prévention des infections - Utilisation optimale des mesures de contrôles	- Distribution sécuritaire des médicaments. - Participation active à la gestion des risques.

Enjeux de la DSP

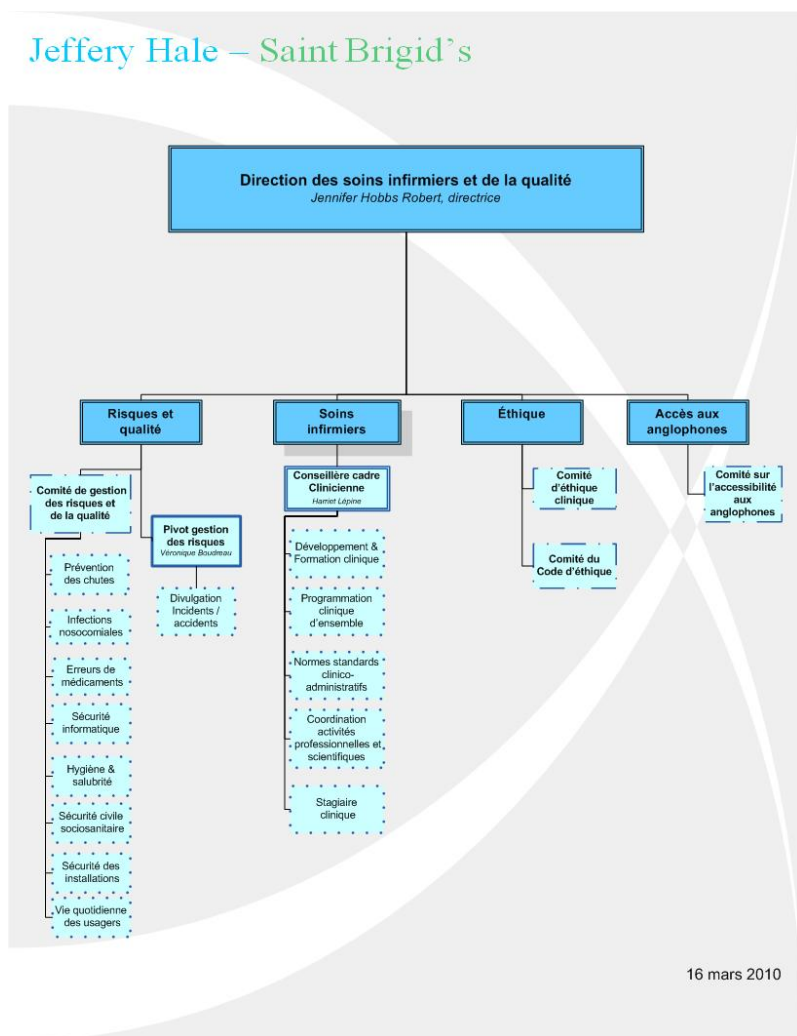
Défis	Orientations
- Compléter SARDM par l'acquisition d'un robot de préparation des médicaments. - Déploiement des bilans comparatifs des médicaments.	- Compléter la gestion de projet. - Collaboration étroite avec les soins infirmiers.
- Aménagement de la Pharmacie au Jeff dans de nouveaux locaux. - Consolidation des effectifs médicaux.	- Collaboration pertinente avec la Direction des ressources financières et matérielles. - Recrutement actif et entente contractuelle avec Médi-Sources.
Plan d'actions en prévention des infections et audit organisé.	Plan pertinent suite à la visite d'Agrément Canada et présentation du plan au Comité de direction en mai 2010.

3.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ)

Le regroupement de l'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et des soins infirmiers au sein d'une même direction a marqué l'année 2009-2010. La coordination du processus d'agrément a été pour notre petite équipe un dossier critique pour la période allant de novembre 2009 à mars 2010 et a suscité un formidable esprit d'équipe et de solidarité entre le personnel, les bénévoles, les usagers de notre établissement et leurs proches. Grâce à cet effort concerté, nous avons atteint notre objectif.

Travailler en vue d'une constante amélioration de la qualité autant au niveau des soins infirmiers que de la gestion des risques, demeure la priorité de la Direction des soins infirmiers et de la qualité. La vigilance en ce domaine assurera à notre clientèle une qualité optimale des soins et services. La collaboration entre l'exécutif du Conseil des infirmières et des infirmiers, le Conseil des infirmiers et des infirmières auxiliaires, le Comité de gestion des risques et de la qualité, le Comité d'amélioration continue de la qualité et le Comité d'éthique clinique a été fructueuse et enrichissante. Nous envisageons déjà une année 2010-2011 stimulante et productive où l'amélioration de la qualité et l'optimisation de l'éventail des pratiques de soin figureront à l'avant-plan de notre ordre du jour.

Jennifer Hobbs Robert
Directrice des soins infirmiers et de la qualité



Soins infirmiers

La Direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ) assume un ensemble de responsabilités qui visent à assurer la qualité des soins infirmiers, le maintien des compétences cliniques et le développement et la promotion d'une pratique professionnelle avancée en soins infirmiers. Parmi ses nombreuses responsabilités, mentionnons notamment :

- les règles de soins;
- l'enseignement et la recherche;
- les effectifs en soins infirmiers;
- le soutien au CII et au CIIA;
- l'organisation des soins infirmiers;
- le développement clinique;
- la programmation clinique d'ensemble;
- la coordination des activités professionnelles et scientifiques;
- la formation clinique;
- les stages cliniques;
- les normes standards clinico-administratives.

Gestion des risques et amélioration continue de la qualité

La DSIQ assume également le rôle de gestionnaire de risques pour l'établissement. À tel titre, elle est responsable de la gestion globale liée à la gestion des risques. En plus de réaliser les diverses fonctions prévues, la gestionnaire de risques participera aux travaux de plusieurs comités qui ont des liens avec la sécurité dans l'établissement, afin d'assurer une bonne marche du programme de gestion des risques.

En tant que responsable de l'amélioration continue de la qualité, la direction offre un support soutenu aux multiples efforts de l'établissement en matière d'amélioration des soins et services. Elle s'assure de la coordination des activités d'amélioration et de leur convergence vers les objectifs prioritaires de l'établissement. À ce titre, elle est partie prenante de plusieurs comités et groupes de travail :

- Coordination et liaison en regard de l'Agrément;
- Comité d'amélioration continue de la qualité;
- Comité de vigilance et de la qualité;
- Comité de prévention des infections;
- Comité des mesures d'urgence;
- Comité de pharmacologie;
- Comité de gestion clinique, etc.

Éthique

La DSIQ doit veiller à ce que le milieu soit doté des cadres de référence et des outils requis pour inclure les considérations éthiques dans ses processus de décision. Elle s'assurera que des forums de discussions éthiques soient en place et adéquatement animés. Elle assume quatre principaux rôles :

- **L'accompagnement** lors de discussions de cas : supporter le processus, en interdisciplinarité, de consultation ou une étude de situation quand une décision de traitement ou de non-traitement est difficile à prendre.
- **La sensibilisation** : les démarches d'information et d'éducation de l'ensemble du personnel non seulement aux jeux éthiques pouvant être vécus dans le cadre des activités et de la mission de l'établissement, mais également afin de faire connaître les diverses ressources disponibles en éthique clinique.
- **La formation** : vise essentiellement à former des membres du personnel en éthique clinique.
- **Le développement des politiques** : d'ordre général ou des protocoles (s'il y a lieu) en regard de la bioéthique dans notre milieu tant d'hébergement qu'hospitalier.

L'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's est le seul établissement de la Capitale-Nationale reconnu comme devant rendre tous ses services accessibles à la population de langue anglaise de la région. Il doit mettre en œuvre un certain nombre d'actions pour s'assurer de bien s'acquitter de cette responsabilité importante. Les responsabilités de la DSIQ à cet égard sont de trois ordres :

- 1 l'offre de service à la population anglophone de la région dans sa langue;
- 2 la diffusion de l'information à la communauté anglophone;
- 3 la promotion de l'accessibilité aux services de langue anglaise au plan régional.

Pour l'aider à réaliser ce mandat, la DSIQ est assistée d'un comité nommé par le Conseil d'administration : le **Comité sur l'accessibilité des services à la population d'expression anglaise**

1. L'offre de service à la population anglophone de la région dans sa langue

L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's (JHSB) a le mandat de desservir la population anglophone de la région. À ce titre, nous poursuivons des initiatives afin de lui assurer l'accessibilité aux soins et services dans sa langue. Tous nos services sont donc disponibles en anglais.

2. La diffusion de l'information à la communauté anglophone

De plus, notre établissement est responsable d'assurer que la population anglophone soit mise au courant de toutes les campagnes d'information de la santé et des services sociaux. Dans le but de remplir ce mandat, le JHSB travaille en association avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, tous les CSSS de la région et en particulier, le CSSS de la Vieille-Capitale, et avec d'autres organismes qui desservent ce segment de la population.

3. La promotion de l'accessibilité aux services de langue anglaise au plan régional

Le Jeffery Hale joue un rôle clé en matière d'information sur les services de santé et les services sociaux offerts en langue anglaise dans d'autres établissements publics de la grande région de Québec et sur les moyens d'y avoir accès selon le *Programme d'accès aux services en langue anglaise 2006-2009*.

Comité sur l'accessibilité des services à la population d'expression anglaise

Le comité sur l'accessibilité des services à la population d'expression anglaise a pour mandat de voir à l'atteinte et au maintien d'un niveau optimal d'accessibilité à la population d'expression anglaise des services de l'établissement. Son mandat consiste à :

- Évaluer l'accessibilité des services sur une base continue tant en regard de la qualité que de la quantité.
- Développer les critères et les outils d'évaluation requis.
- Formuler des recommandations visant à améliorer l'accessibilité.

Faits saillants DSIQ

Réalisation : Instauration d'une nouvelle démarche de gestion des risques (incluant l'élaboration de politiques et procédures)	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Une seule méthode de gestion des risques en ayant une personne attitrée. • Des suivis plus rapides.	• La démarche étant assez récente et encore en développement, les résultats seront évalués ultérieurement par l'observation de la récurrence des événements, l'évaluation de l'efficacité des suivis et les recommandations faites et l'évaluation de la collaboration pivot en gestion des risques-chef de programme.
Réalisation : Renforcement de la culture de gestion des risques auprès du personnel soignant (hébergement, urgence, ECSG)	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Le personnel soignant est à l'aise de déclarer les événements indésirables.	• Nombre de déclarations faites. • Sondage effectué avant la visite de l'agrément.
Réalisation : Formation sur la culture de gestion des risques (déclaration-divulgaration) et implantation du mécanisme de déclaration à l'aide de Gesrisk aux Services communautaires	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Déclarations faites au moyen de l'application informatique Gesrisk. • Analyses des incidents et accidents effectuées à l'aide de Gesrisk..	• Sondage effectué avant la visite de l'agrément. • Nombre de déclarations faites. • Nombre de suivis effectués.
Réalisation : Introduction à la culture gestion des risques (déclaration-divulgaration) pour le personnel du laboratoire	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Ce point étant en développement, les résultats se préciseront ultérieurement	• Nombre de déclarations. • Assiduité à la déclaration des incidents et accidents. • Application des mesures de prévention recommandées.
Réalisation : Orientation du nouveau personnel	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Orientation de : 10 infirmières, 1 candidate à l'exercice de la profession infirmière, 3 infirmières auxiliaires, et 1 éducatrice spécialisée.	• Rétention de nouveau personnel. • Performance du nouveau personnel.
Réalisation : Préparation de programmes	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Préparation de programmes : candidate à l'exercice de la profession infirmière, externes, préposés aux bénéficiaires, Saint-Lawrence College, infirmières et infirmières auxiliaires, orientations.	• Amélioration de la qualité
Réalisation : Formations et présentations diverses	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
• Application Gesrisk, algorithme post chute, chute, douleur, plaies, IV, PV's, RCR-DEA Heimlich et premiers soins, hydratation, rehaussement du rôle infirmière et infirmière auxiliaire, influenza, installation IV's, RX vigilance, PTI & I-PTI, notes au dossier (Inf, Inf. Aux et Éd. SP.), Manrex, chariots& SARDM, zona.	• Vérification ultérieure des acquis.

Réalisation : Déploiement de la formation suivant des recommandations des événements sentinelles	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
Sécurité et rehaussement de compétences en soins infirmiers.	Vérification ultérieure des acquis.

Réalisation : Révision et mise à jour des ordonnances collectives, des politiques et procédures (RCR, pompes volumétriques, etc.)	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
Plusieurs documents produits pour consultation et implantation.	Sécurité et qualité des actes en soins infirmiers.

Réalisation : Accueil de stagiaires	
Résultats obtenus	Indicateurs de performance
Infirmières auxiliaires et infirmières de l'Université Laval dans le Programme Soins aux aînés.	Nombres de stages réussis.

Enjeux de la DSIQ

Défis	Orientations
- L'offre et la demande selon les besoins ainsi que l'accès et le partage de l'information. - Assurer la relève. - Consulter les intervenants. - Rechercher les intérêts communs- développement collectif. - Redonner aux cliniciens leurs responsabilités, le pouvoir et les moyens d'agir - Valoriser la compétence et l'interdisciplinarité - Évaluation de la performance clinique - Créativité, initiative, innovation et curiosité (voir ce qui se fait ailleurs). - Renforcer la culture de gestion des risques (déclaration-divulgaration) pour les secteurs suivants : maintenance-hygiène-salubrité, services alimentaires, équipes d'éducateurs spécialisés et agents administratifs des accueils - Diminuer la résistance par rapport à la culture de gestion des risques de certains secteurs - Créer un poste permanent de pivot en gestion des risques et de la qualité. - Poursuivre l'implantation de la démarche de gestion des risques - Terminer la saisie des rapports d'incidents et accidents de SBH fait dans Clinibase entre 1^e avril 2009 et 6 décembre 2009.	- Standardiser les points de chutes par rapport aux demandes. - Intégrer les jeunes dans les différents mandats/ comités. - Sondages - Sondages - Loi 90 et le rehaussement des rôles - Reconnaissance - Appréciation - Faire plus avec moins. - Formation débutée dès mai 2010 - Renforcement et feedback - Formation - Support - Corrections des fausses croyances - Implication des chefs de programme concernés. - Maintien de l'assignation pour une année supplémentaire. - Approbation des politiques et procédures - Évaluation de la démarche et ajustements si nécessaire - Maintien et mises à jour des connaissances. - Poursuivre la saisie. - Assignation d'une personne à la tâche.

3.5 Direction des ressources humaines (DRH)

Le service des ressources humaines joue un rôle conseil et supporte les gestionnaires dans la gestion de leur personnel. Nous gérons les quelque six cent 600 dossiers des membres de notre personnel. Le recrutement, la liste de rappel, la paie, les services de santé, l'interprétation des conventions collectives, la formation, la reconnaissance et la gestion de la santé et la sécurité au travail sont parmi les responsabilités de notre service.

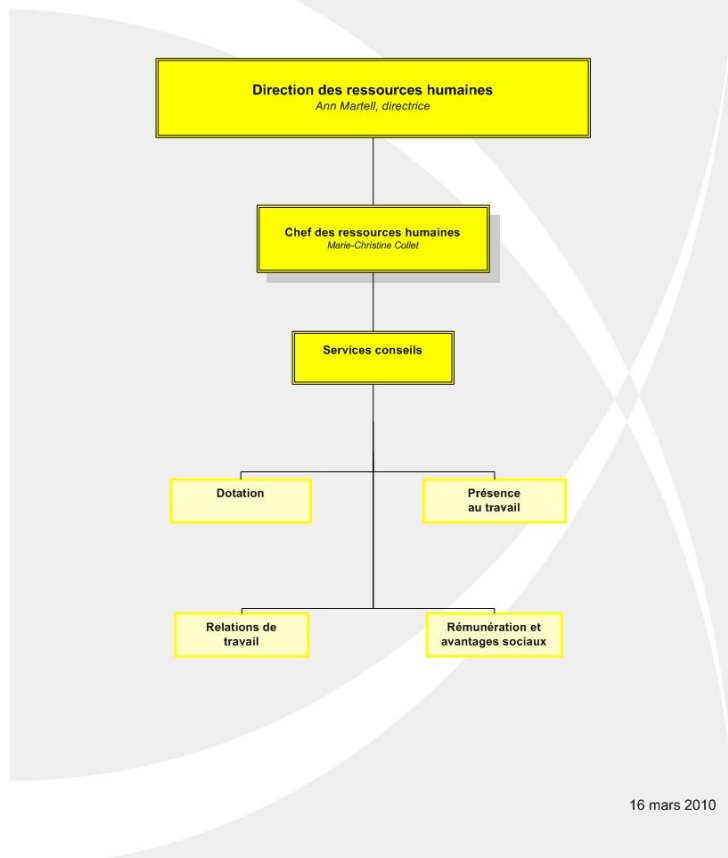
La négociation des conventions collectives locales a été une priorité au cours de la première partie de l'année 2009-2010. Des ententes ont été conclues dans un esprit de collaboration et de respect mutuel avec nos trois syndicats locaux : SPSQ (FIQ), APTS et CSN. Le départ à la retraite de monsieur Clément Lacroix, directeur des ressources humaines et informationnelles, au début du mois de novembre, est survenu au même moment que la mise en place d'importants changements dans notre structure organisationnelle. Et c'est à compter du mois de décembre que j'ai pris la relève comme directrice des ressources humaines. Une importante décision prise au printemps 2009, celle de vouer une ressource aux activités de recrutement et de dotation, a été consolidée au cours de 2010. L'ajout d'une personne qui aura comme responsabilité première de faire rayonner l'établissement auprès d'employés potentiels, devient un incontournable dans le contexte de la pénurie présente et future de main-d'oeuvre. L'attraction de nouvelles ressources humaines est jumelée aux nouvelles pratiques que Jeffery Hale – Saint Brigid's développe pour assurer l'engagement de notre personnel à long terme. D'autres changements sont amorcés en 2010 en regard des outils informatiques utilisés pour la gestion de la liste de rappel. De plus, le processus de titularisation, tel que le prévoient les conventions collectives, a commencé au cours de la dernière année financière et se terminera à l'automne 2010.

La Direction des ressources humaines compte contribuer activement à la mission du Jeffery Hale – Saint Brigid's. Nous croyons fermement en la force d'attraction de notre milieu, car il est à dimension humaine et il offre une vie au travail de qualité. Nous poursuivons nos efforts pour être une organisation accueillante, compétente, apprenante et reconnaissante.

Ann Martell

Directrice des ressources humaines

Jeffery Hale – Saint Brigid's



Faits saillants DRH

Services des Ressources humaines

Réalisation : Négociations locales de trois conventions collectives

Résultats obtenus

- Signature des conditions de travail faite sans recours à la médiation

Indicateurs de performance

- Lettre de félicitations du représentant syndical CSN
- Relations harmonieuses avec les trois syndicats.

Réalisation : Politique d'appréciation du rendement

Résultats obtenus

- Amorcer les évaluations (mesure de reconnaissance)

Indicateurs de performance

- 66 évaluations faites en date du 5 mai 2010.

Réalisation : Autonomie en matière de gestion médico-administrative de l'assurance salaire

Résultats obtenus

- Fin de contrat avec *l'Institut universitaire en santé mentale de Québec* et économie de 28 000 \$ investis dans une ressource supplémentaire.

Indicateurs de performance

- Trop récent.

Réalisation : Révision des classes salariales des cadres

Résultats obtenus

- Ajustements des salaires suite à une évaluation des postes faite par une tierce partie.

Indicateurs de performance

-

Réalisation : Attribution d'une ressource au mandat d'attraction et rétention de la main-d'œuvre

Résultats obtenus

- Être capable d'agir plus rapidement pour la dotation des postes à l'interne et à l'externe.
- Représentation dans les foires d'emploi et autres
- Centralisation des entrevues qui dégage les gestionnaires.

Indicateurs de performance

- Diminution de la main-d'œuvre indépendante (MOI)
- Diminution du taux d'absentéisme
- 95 embauches (mai à décembre 2009)

Amélioration de la qualité, la sécurité et la compassion

Réalisations :

- Gestion disciplinaire
- Débuter le renouvellement des descriptions d'emploi
- Gestion humaine des personnes qui sont en absence pour maladie
- Achat du logiciel de la gestion de la formation
- Politique et programme de reconnaissance (en voie de réalisation)

Enjeux de la DRH

Défis

- Gestion de la formation (PDRH)
- Stabilisation de la main-d'œuvre (en situation de grande pénurie)
- Développement de la prévention
- Amélioration de nos habiletés d'enquête (discipline, performance, accident de travail, etc.)
- Harmonisation des cultures et pratiques ressources humaines intrasites et intersites

Orientations

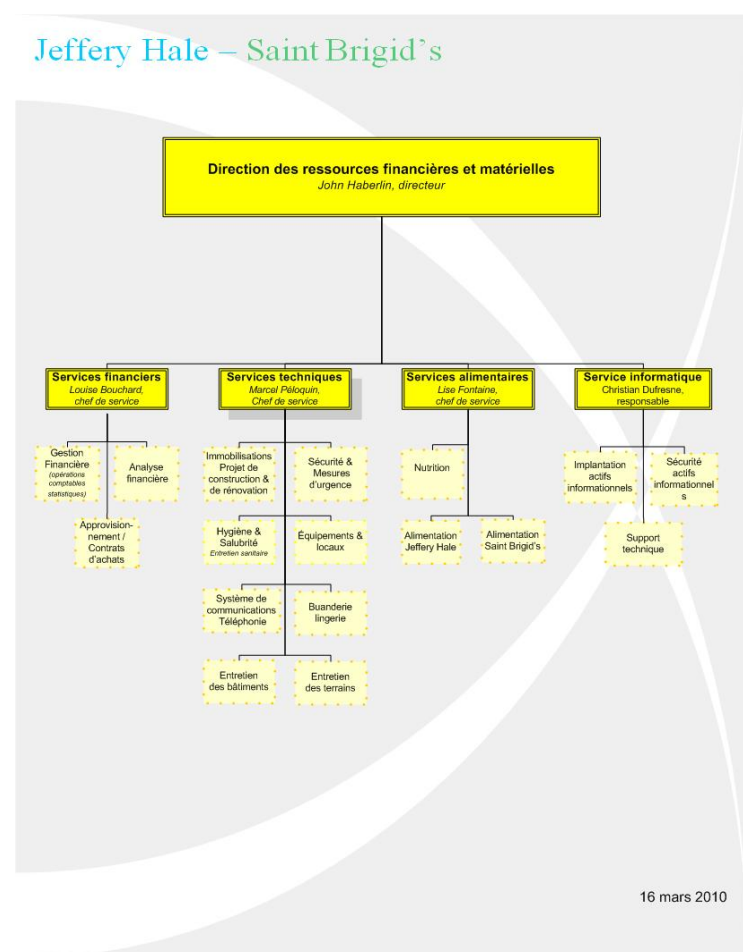
- Analyse des besoins, implantation du module de formation Logibec, concertation avec les syndicats, la DSIQ, etc.
- Titularisation, baisse de l'utilisation de la MOI avec notre nouvelle ressource
- Redémarrer le comité paritaire SST
- Formations dédiées
- Révision des politiques et procédures en lien avec les formations
- Révision et émission des formulaires
- Application et interprétation des clauses des conventions collectives
- Standardisation du processus de liste de rappel

3.6 Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles (DRFM)

La Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles comprend sous sa gouverne : les services financiers, les services techniques, les services alimentaires et les services de l'informatique. Notre direction a connu plusieurs changements au cours de l'année 2009-10. Un des changements les plus importants a été l'intégration du secteur informatique. Ce changement a été bénéfique pour l'organisation considérant que plusieurs dossiers sont interreliés et font en sorte qu'il y a une convergence naturelle autour de l'ensemble de nos secteurs. Au cours de l'année, nous tenons à souligner le départ à la retraite de madame Denise Martel, chef des services financiers. Nous lui sommes reconnaissants pour son grand dévouement à l'égard de l'organisation au cours de ses 32 années de service. Madame Louise Bouchard, qui a une grande expérience dans le réseau et le secteur privé, notamment dans la gestion des systèmes d'information financiers, lui succéda à ce poste.

Parmi les grandes réalisations de notre direction cette année, mentionnons le déploiement par le secteur des Services techniques, du *Plan opérationnel des mesures d'urgence* et de la formation réalisée auprès de l'ensemble du personnel. Notre plan a reçu, des spécialistes d'Agrément Canada, lors de la visite en mars dernier, une mention de félicitations pour sa qualité et sa facilité de compréhension. Enfin, soulignons l'élaboration par le Service alimentaire, de la *Politique alimentaire : la saine alimentation, une question de qualité* et du processus de consultation dont elle a été l'objet auprès des différentes instances de l'établissement et qui a mené à son adoption par le conseil d'administration.

La Direction des ressources financières et matérielles joue un rôle support important dans l'organisation, notamment en contribuant à la qualité et à la sécurité des services à la clientèle. L'ensemble de la direction travaille continuellement dans cette optique. Malgré une équipe de petite taille, nous pouvons compter sur un personnel dévoué et engagé qui a le souci du travail bien accompli et surtout l'objectif du client bien servi.



John Haberlin
Directeur des ressources financières
et matérielles

Faits saillants DRFM

Services financiers

Ce secteur d'activités propose les programmes, les politiques et les processus en matière d'allocation et de gestion budgétaire. Il s'assure de mettre en place une structure permettant de faire les contrôles nécessaires afin de se conformer aux règles de gestion financière en vigueur. Il rédige et prépare divers rapports financiers permettant un suivi et une compréhension de la situation financière par les différentes instances dont l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le conseil d'administration, le comité de vérification, le comité de direction et les gestionnaires. Enfin, il coordonne les activités d'approvisionnement et de négociation des contrats conformément aux politiques et réglementations en vigueur.

Réalisation : Étude sur le financement de l'établissement

Résultats obtenus

- Une étude a été préparée par la firme Mallette et déposée à l'Agence à l'automne 2009.
- L'Agence a accepté de faire une deuxième étude en utilisant un plus grand échantillonnage d'établissements et des modèles comparatifs développés par le Ministère.

Indicateurs de performance

- L'étude Mallette a démontré que l'établissement souffre d'un sous-financement important.
- Les résultats de cette étude et le suivi de l'Agence dans ce dossier sont attendus dans l'année financière 2010-2011

Réalisation : Réorganisation du secteur des finances

Résultats obtenus

- À la suite du départ à la retraite de la chef des ressources financières et la nomination de son successeur, une réorganisation a eu lieu.

Indicateurs de performance

- Plus grande spécialisation suite à la réorganisation.

Services techniques et projets immobiliers

Ce programme s'assure de la bonne gestion des actifs dans le respect des lois et de la réglementation. Il élabore annuellement un plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) visant le maintien des actifs immobiliers et assurant la fonctionnalité des bâtiments. Il élabore un plan annuel pour le remplacement des équipements en fonction des budgets disponibles. Il est responsable de la sécurité des lieux incluant le respect du Plan local de sécurité civile, plus particulièrement le Plan des mesures d'urgence. Finalement, il s'assure du respect des obligations de l'établissement en matière d'hygiène et de salubrité.

Réalisation : Plan des mesures d'urgence

Résultats obtenus

- Le plan des mesures d'urgence a été mis à jour et l'ensemble du personnel a reçu la formation.

Indicateurs de performance

- Le plan a été déployé et a fait l'objet d'une mention spéciale quant à son contenu et à sa facilité de lecture lors de la visite d'Agrément Canada.

Réalisation : Hygiène et salubrité

Résultats obtenus

- L'établissement a procédé à une analyse de l'ensemble des activités de ce secteur.

Indicateurs de performance

- Une étude sur le temps et le mouvement.
- L'identification des zones grises.
- La diminution des plaintes.

Services alimentaires

Ce secteur assure la gestion des services alimentaires des sites Jeffery Hale et Saint Brigid's. Il propose les programmes, les politiques et les processus en matière d'alimentation et de distribution alimentaire auprès des résidents et utilisateurs de ces services selon les normes en vigueur, lesquelles s'inscrivent dans un processus d'amélioration continue de la qualité des services. À cet effet, une politique alimentaire a été adoptée au courant de l'année; elle vise la promotion d'une saine alimentation tout en respectant les choix individuels des résidents et des clientèles. La mise en application a débuté en février 2010.

Réalisation : Collaboration à la démarche d'appréciation de la satisfaction des repas servis dans nos installations, menée par le comité des usagers.

Résultats obtenus

- Participation à la validation du questionnaire d'appréciation.
- Déploiement des questionnaires auprès des résidents, répondants, employés.

Indicateurs de performance

Le questionnaire a été rempli par :

- 165 résidents et répondants;
- 112 employés

Réalisation : Adoption de la Politique alimentaire de l'établissement

Résultats obtenus

- La Politique alimentaire qui fait la promotion d'une saine alimentation tout en respectant les choix individuels des résidents et des clientèles, a été développée par le secteur et a fait l'objet de plusieurs consultations.

Indicateurs de performance

- Consensus sur la politique et l'importance d'y adhérer.
- Adoption de la Politique alimentaire par le conseil d'administration. La mise en application a débuté en février 2010.

Service informatique

Le service informatique assure le déploiement et la sécurité des actifs informationnels et leur confidentialité dans le respect des politiques en vigueur. Il assure l'implantation des différentes applications et des systèmes d'information de l'établissement en collaboration avec les clients utilisateurs. Il assure également le soutien technique aux utilisateurs. Finalement, il participe à la Gouvernance régionale des ressources informationnelles permettant la priorisation et l'actualisation des dossiers en concert avec les autres établissements de la région.

Réalisation : Déploiement de l'Intranet

Résultats obtenus

- L'équipe informatique a développé et mis en place la première phase d'un site intranet qui répond aux besoins de base des utilisateurs informatiques.

Indicateurs de performance

- Accès à une vaste gamme d'informations facilitant la gestion et à la même source de données pour l'ensemble des utilisateurs.

Amélioration de la qualité, la sécurité et la compassion

Réalisations :

- Plan des mesures d'urgence
- Mise en place d'horaires flexibles pour le personnel
- Évaluation du rendement du personnel dans les différents secteurs.
- Réorganisation du travail en fonction des forces et des aptitudes du personnel.
- Installation de caméras aux entrées et sorties des trois sites

Enjeux de la DRFM

Défis	Orientations (<i>devant ces défis</i>)
- Adéquation des ressources avec les besoins de l'établissement. - Répondre aux nouvelles réglementations malgré des équipes de petites tailles. - Nécessité de rehausser et de déployer de nouveaux systèmes informatiques. - Actualiser des projets immobiliers suite aux augmentations importantes par l'Agence des budgets de maintien des actifs.	- Documenter notre situation financière tout en identifiant et ciblant les Directions sur les mesures d'efficacité possibles dans l'organisation. - Réorganisation du travail et cibler les actions prioritaires. - Priorisation en fonction de l'impact sur les services à la clientèle. - Déléguer des tâches dans le secteur afin de libérer davantage le chef des services techniques

3.7 Service des communications

Bien que les ressources à notre disposition en matière de communication soient limitées, ce secteur d'activité a connu, au cours de l'année 2009-10, d'importants développements et réalisés des projets d'envergure, notamment :

- Le lancement officiel du site web de l'établissement le 25 janvier 2010 : www.jefferyhale.org et www.saintbrigidshome.org;
- Le développement continu d'outils de communication tels : la publicité, les brochures, les dépliants d'informations, la signalisation interne, les panneaux d'affichage externes et internes, la production de nombreux bulletins d'information, l'arborescence de la téléphonie, etc;
- La réalisation d'un projet de plan de communication externe (*lequel sera peaufiné en 2010-11*);
- La rédaction d'un projet de plan de communication interne (*lequel sera peaufiné en 2010-11*);
- Les travaux de consultation avec une firme visant à évaluer les besoins de l'Établissement pour améliorer notre site Intranet;
- La planification et le déploiement d'une campagne de communications dans le cadre du processus d'Agrément en prévision de la visite d'Agrément Canada en mars 2010.

Depuis son lancement le 25 janvier 2010, notre site web a accueilli 1 296 visiteurs au mois de février et 1 871 en mars dernier. 80 % de ces visiteurs consultaient le site pour la première fois. Selon les développeurs de notre site, ces statistiques représentent une très bonne moyenne pour un nouveau site.

Partie 4

Conseils et comités de l'établissement

4.1 Membres du Conseil d'administration, de ses comités et autres instances

Conseil d'administration

M. Didier Culat, président
Élu par la population
M. Richard Walling, vice-président
Désigné par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Cap.-Nationale
M. Louis Hanrahan, secrétaire
Directeur général
D' Jacques Bourgeois, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M^{me} Joanne Coleman-Robertson
Élu par la population
D' Alec Cooper, Département régional de médecine générale
M. Fred Cribb, Fondations
M^{me} Lucie Desmeules, Conseil multidisciplinaire
M^{me} Christiane Dion, désignée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
M. François Fleury, représentant les usagers
M^{me} Sharon Frenette, élue par la population
M. Christian Dufresne, personnel non clinique
M. J. Edward Murphy, Personne morale
M^{me} Brenda Rogers, élue par la population
M^{me} Kathleen Mulligan, Conseil des infirmières et infirmiers
M^{me} Gertrude Grogan, représentant les usagers
M^{me} Karine Morel, Conseil multidisciplinaire
M. Roger W. Laliberté, cooptation
M. Roger Lemire, cooptation

Comité administratif

M. Didier Culat, président
M. Richard Walling, vice-président
M. Louis Hanrahan, directeur général
D' Jacques Bourgeois
M^{me} Joanne Coleman-Robertson
M^{me} Sharon Frenette
M. J. Edward Murphy

Comité d'éthique et de déontologie des administrateurs

M^{me} Lucie Desmeules, présidente
M^{me} Christiane Dion, vice-présidente
D' Jacques Bourgeois, secrétaire
M. Richard Walling, membre substitut

Comité de vérification

M. Roger Lemire, président
M. Fred Cribb, vice-président
M. Roger Walter Laliberté
M. John Haberlin, directeur des ressources financières et matérielles / Membre d'office
M. Louis Hanrahan, directeur général / Membre d'office

Comité de révision des règlements

M. Roger Lemire, président
M^{me} Lucie Desmeules, vice-présidente

M. Louis Hanrahan, directeur général / Membre d'office
Comité de vigilance et de la qualité
M^{me} Christiane Dion, présidente
M. François Fleury, vice-président
M^{me} Brenda Rogers
M. Louis Hanrahan, directeur général / Membre d'office
M^{me} Jennifer Hobbs-Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité / Membre d'office
M. Guy Pelletier, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services / Membre d'office

Comité pour l'évaluation du directeur général

M. Didier Culat, président
M. Richard Walling, vice-président
M. J. Edward Murphy

Les instances professionnelles

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

D^{re} Jacques Bourgeois, président
D^{re} Catherine Gagnon, *présidente sortante*
D^{re} Micheline Tremblay, trésorière
D^{re} Mary Delafield*
**fonction secrétaire assurée à tour de rôle par les membres de l'Exécutif*
M^{me} Catherine Nadeau, chef de la pharmacie Jeffery Hale
Un membre représentant l'Urgence (en rotation)
D' Benoit Dumais, directeur services professionnels / Membre d'office

M. Louis Hanrahan, directeur général
Membre d'office

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

M^{me} Harriet Lépine, présidente
M^{me} Véronique Boudreault, vice-présidente
M^{me} Suzanne Beaulne, secrétaire
M^{me} Kathleen Mulligan, secrétaire
Membre délégué au C.A.
M^{me} Johanne Pétrin, déléguée aux communications
M^{me} Jennifer Hobbs-Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité / Membre d'office

Conseil multidisciplinaire (CM)

M^{me} Hélène Bédard, nutritionniste, Saint Brigid's
M^{me} Anne Duchesne, (démissionnaire)
Travailleuse sociale, Services communautaires J. Hale
M^{me} Jocelyne Dumont, thérapeute en réadaptation physique, Saint Brigid's
M^{me} France Gaudet, ergothérapeute, Services communautaires J. Hale
M. Mario Soucy, directeur général adjoint / Membre d'office
M. Louis Hanrahan, directeur général / Membre d'office

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

M. Daniel-André Trottier, président
M^{me} Nancy Lemieux, vice-présidente
M^{me} France Nollet, secrétaire
M^{me} Harriet Lépine, CII
M^{me} Jennifer Hobbs-Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité / Membre d'office

Autres instances

Comité de gestion des risques et de la qualité

D^{re} Catherine Gagnon, CMDP
M^{me} Chantal Quinn, CII
M^{me} Hélène Bédard, CM
M. François Fleury, Comité usagers JHSB
M^{me} Christiane Dion, Conseil d'administration
M^{me} Geneviève Dorval, ergothérapeute, risque rattaché aux chutes et contentions
M^{me} Marie-Paule Parent, conseillère soins infirmiers, risque rattaché aux infections nosocomiales
M^{me} Michelle Carrier, pharmacienne, risque rattaché aux erreurs de médicaments
M^{me} Chantal Grenier, pilote de système, risque rattaché à la sécurité informatique
M. Guy Cantin, agent adm., risque rattaché à l'hygiène et salubrité
D' Benoit Dumais, directeur des services professionnels, risque rattaché à la sécurité civile
M. Marcel Péloquin, chef serv. techniques, risque rattaché à la sécurité des installations
M^{me} Lucie Lachance, tech. éduc. spécialisée, risque rattaché aux activités quotidiennes
M^{me} Véronique Boudreault, inf., pivot gestion des risques et de la qualité / Membre d'office
M. Guy Pelletier, commissaire local adj. aux plaintes et à la qualité des services / Membre d'office
M^{me} Jennifer Hobbs-Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité / Membre d'office
M. Louis Hanrahan, directeur général / Membre d'office

Conseil de révision

M^{me} Joanne Coleman-Robertson, Présidente, représente le C.A.
Dr Jacques Bourgeois, CMDP
D^{re} Marie Martineau, CMDP

Comité d'éthique clinique

D' Hubert Marcoux, Président
M^{me} Marielle Allard
Préposée aux bénéficiaires
M^{me} Christiane Dion, conseil d'administration
M^{me} Geneviève Dorval, ergothérapeute
D' Benoit Dumais, directeur des services professionnels

M^{me} Harriet Lépine, infirmière
conseillère cadre clinicienne
M^{me} Madeleine Lindsay, infirmière-auxiliaire
M^{me} Marthe Vézina, infirmière
M. Mario Soucy, dir. général adjoint
**Recrutement en cours*

Comité des usagers JHSB

M. François Fleury, président
Services généraux
M. Pierre Robitaille, vice-président
Comité des résidents HJH (*remplace M^{me} Fernande Lortie, décédée **).
M. Robert Kearney, vice-président (*démissionnaire / poste vacant*)
Services gériatriques Saint Brigid's
M. François Drouin, trésorier
Services gériatriques Jeffery Hale (*remplace M^{me} Gisèle Simard, démissionnaire*)
Monique Bissonnette, secrétaire
Toute provenance
M^{me} Gertrude Grogan, membre délégué au C.A. / Services communautaires de langue anglaise
M. François Dussault, Comité résidents SBH (*remplace M^{me} Rose Roy, démissionnaire*)

Comité des résidents Jeffery Hale

M. Pierre Robitaille, président
M^{me} Huguette Lavoie, vice-présidente
M. Alain Côté, trésorier
M^{me} Lise Sylvain, secrétaire
M^{me} Marthe Chabot, conseillère
**M^{me} Fernande Lortie, conseillère, décédée en janvier 2010*
**M. André Huard, conseiller, décédé en juin 2010*
M^{me} Lise Michaud, conseillère

Comité des résidents Saint Brigid's

M^{me} Hillary Buggie, présidente
M^{me} Gertrude Grogan, vice-présidente
M. Robert Kearney, secrétaire
M. Robert Angers, trésorier
M. François Dussault
M^{me} Linda Boucher
M^{me} Livette Ouellet
M^{me} Iona Wood
M^{me} Rose Roy
M^{me} Lucie Desmeules, conseillère cadre en milieu de vie / Membre d'office

4.2 Conseils et comités institués en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux et les faits saillants

4.2.1 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Les membres de l'exécutif CMDP sont :

- Dr Jacques Bourgeois, président
- D^{re} Catherine Gagnon, présidente sortante
- D^{re} Micheline Tremblay, trésorière
- D^{re} Mary Delafield *
- M^{me} Catherine Nadeau, pharmacienne
- Un membre représentant le département de l'urgence (*à tour de rôle*)
- Dr Benoît Dumais, directeur des services professionnels, membre d'office
- M. Louis Hanrahan, directeur général, membre d'office

* La fonction de secrétaire de l'exécutif du CMDP est assurée à tour de rôle par les membres sélectionnés.

Extrait du rapport annuel du CMDP 2009-2010

Le CMDP a tenu son assemblée générale annuelle le 16 juin dernier. Il y a déposé le rapport annuel de ses activités pour l'exercice se terminant le 31 mars 2010, lequel le conseil d'administration a adopté à sa séance régulière du 22 juin. Différents points ont retenu l'attention du comité exécutif en 2009-10. Vous trouverez ci-dessous un résumé des principales activités et des principaux sujets abordés lors des cinq réunions que nous avons tenues cette année.

Situation à l'urgence : Le manque d'effectifs a entraîné différentes discussions sur le recrutement, l'horaire et l'avenir de l'urgence. Heureusement, le recrutement de quelques candidats, au cours de l'année, a contribué à améliorer la situation.

Préparatifs en vue de la pandémie de grippe A(H1N1)

Nomination d'un nouveau chef du département de gériatrie : Docteure Agnès Cencig a été nommée chef du département de gériatrie.

Démission de membres : Docteure Josée Gagnon, dentiste, ainsi que les D^{rs} Guy Bolduc, médecine générale-gériatrie et André Lavoie, hématologue, ont donné leur démission.

Nomination : Madame Michèle Plante est nommée membre actif au département de pharmacie.

Visite d'Agrément Canada : Préparation à la visite d'agrément en mars 2010.

Services dentaires : En raison du départ de la D^{re} Josée Gagnon, le directeur des services professionnels s'occupe de l'élaboration d'une nouvelle entente avec deux autres dentistes pour maintenir les services dentaires.

Services en psychogériatrie : En attente d'une réponse pour assurer la couverture de l'établissement par les médecins conseils spécialistes.

Adoption de politiques et procédures de soins :

- Principes généraux du protocole de délégation de la vérification contenant-contenu (VCC) des médicaments, à la pharmacie du Jeffery Hale et de Saint Brigid's;
- Politiques et procédures concernant les médicaments à haut risque;
- Politiques et procédures pour le bilan comparatif des médicaments (BCM).

Suivi des plaintes référées au médecin examinateur : Les sept recommandations retenues suite à l'analyse d'une plainte d'une année antérieure, ont ou seront bientôt toutes complétées.

Qualité de l'acte : Aucune étude de la qualité de l'acte n'est parvenue à l'exécutif du CMDP et aucune étude des décès même si des activités ont été réalisées par les départements médicaux. Ce seront les points sur lesquels l'exécutif insistera l'an prochain.

Tableau des principales réalisations du CMDP		
Faits saillants	Formulation d'avis (C.A. ou Direction générale)	Suites apportées à cet avis
• Renouvellement des privilèges des membres du CMDP pour 3 ans.	C.A. /26 janvier 2010	• Résolution adoptée au conseil d'administration (no. 2010-01-26-8.07)
• Projet d'accessibilité à des services dentaires de qualité	n/a	• Développement d'un projet d'entente en cours (DSP)
• Préparatif en cas de pandémie de grippe A H1N1.	C.A. /17 novembre 2009	• Motion de félicitations adoptées par le C.A. (no. 2009-11-17-7.01.01)
• Nomination du D ^{re} Agnès Cencig au poste de chef du département de gériatrie	C.A. /17 novembre 2009	• Résolution adoptée au conseil d'administration (no. 2009-11-17-8.01)
• Finalisation des recommandations en suivie d'une plainte	n/a	• n/a
• Problématique des effectifs médicaux à l'urgence.	Dépôt pour information au C.A. le 26 janvier 2010	• Signature par le DSP d'une entente avec le Groupe Medi-Source le 3 décembre 2009
• Nomination de madame Catherine Nadeau au poste de chef du département de pharmacie du site Jeffery Hale.	C.A. /26 janvier 2010	• Résolution adoptée au conseil d'administration (no. 2010-01-26-8.02)
• Nomination de madame Michèle Carrier au poste de présidente du comité de pharmacologie.	C.A. /12 mai 2009	• Résolution adoptée au conseil d'administration (no. 2009-05-12-11.01.04)
• Visite d'Agrément Canada	n/a	• n/a
• Besoin en psychogériatrie	C.A. /17 novembre 2009	• Résolution adoptée au conseil d'administration (no. 2009-11-17-8.01)
• Adoption du Protocole de délégation de la vérification contenant-contenu (VCC) des médicaments à la pharmacie du Jeffery Hale et de Saint Brigid's.	C.A. /26 janvier 2010	• Résolution adoptée au conseil d'administration (no. 2010-01-26-8.05)
• Adoption de la Politique sur les médicaments à haut risque	n/a	• Adoptée par le Comité de pharmacologie et le 25 février, le comité de gestion clinique le 10 mars et le CMDP en avril 2010
• Adoption de la Politique sur le bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission, au transfert et au congé du patient	n/a	• Adoptée par le Comité de pharmacologie et le 25 février 2010, le comité de gestion clinique le 10 mars et le CMDP avril 2010

4.2.1.1 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

Il n'y a pas de comité formel d'évaluation de l'acte. Cette responsabilité est assumée directement par l'exécutif du CMDP. Par ailleurs, chaque département clinique a l'obligation d'assumer par règlement sa part et doit faire rapport directement au comité exécutif du CMDP.

4.2.1.2 Comité de pharmacologie

Le comité de pharmacologie a tenu six réunions entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2010. Les membres du Comité de pharmacologie de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's sont :

- M^{me} Michelle Carrier, présidente et secrétaire
- *Poste vacant, vice-présidence (sera comblé en septembre)*
- M^{me} Catherine Nadeau, pharmacienne
- M^{me} Michèle Plante, pharmacienne
- D^{re} Micheline Tremblay, médecin
- D^r Guy Bolduc (*jusqu'au 26 février 2010*)
- M^{me} Kathleen Mulligan, infirmière
- M^{me} Harriet Lépine, infirmière
- M^{me} Suzanne Beaulne, infirmière
- M^{me} Jennifer Robert, DSIQ

Réalisations extraites du rapport annuel du comité de pharmacologie

- Règle d'utilisation et de substitution pour les suppléments de vitamine D et l'ajustement des doses pour tous les résidants et futures admissions;
- Révision du protocole : médicaments pouvant être administrés sous ordonnance collective. Format unique des ordonnances collectives pour le regroupement. Élaboration d'un feuillet « *Nos ordonnances collectives sachiez-vous que...* » en français et en anglais;
- Cartable unique pour le regroupement du comité de pharmacologie et l'élaboration de la procédure pour maintenir à jour;
- Distribution d'une note concernant les abréviations dangereuses auprès des membres du CMDP. Élaboration d'un plan de suivi et formation donnée sur ce sujet lors des semaines thématiques en vue de l'Agrément;
- Déploiement de la politique et procédure du médicament à haut risque;
- Ajustement des réserves de **chlorure de potassium** au commun de l'urgence du Jeff en regard des politiques des médicaments à haut risque;
- Révision des armoires de nuit des pharmacies pour s'assurer de garder une seule concentration des médicaments ex : **Fragmin 10,000 Unités par ampoule**;
- Déploiement de la politique du « Bilan Comparatif des Médicaments (BCM) » à l'admission, au transfert et au congé du patient;
- Remplacement de l'**Adalat PA** par **Clonidine** dans les trousses d'urgence de SBH.

Principaux changements de pratique apportés par le comité de pharmacologie découlant de la revue d'utilisation des médicaments (RUM)

Réalisations	Recommandations
• Revue de la littérature sur la différenciation des vitamines D disponibles sur le marché, les dosages à envisager et les liens entre la vitamine D et les fractures et les chutes. Cet exercice a permis au comité de pharmacologie de formuler des recommandations concernant la Vitamine D, lesquelles furent entérinées par le CMDP.	• S'assurer que tous les résidants avec ou sans antécédents de fracture, reçoivent de la vitamine D à raison de 10 000 unités, 1 fois semaine avec ou sans calcium ou biphosphonate. (Actualisée)
• Élaboration d'une feuille de surveillance des neuroleptiques atypiques qui comprend le monitoring de base, soit : le poids, la tension artérielle, le pouls, la glycémie, mais surtout la date du dernier ajustement de dose (mention de succès ou d'échec). Le médecin prescrit la date de révision tous les 3 mois lors d'un début de traitement et aux 3-6 mois par la suite.	• Cette feuille sera entérinée par le CMDP après une présentation aux membres du département de gériatrie prévue en mai.

4.2.2 Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le Conseil des infirmières et infirmiers de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's compte environ 92 membres. Le comité exécutif CII se compose de :

- Madame Harriet Lépine, présidente
- Madame Véronique Boudreault, vice-présidente
- Madame Kathleen Mulligan, secrétaire et représentante CII au conseil d'administration
- Madame Johanne Pétrin, déléguée aux communications
- Madame Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité, membre d'office
- Monsieur Louis Hanrahan, directeur général, membre d'office

Le CII a tenu quatre rencontres au cours de 2009-10. Les discussions ont porté sur des sujets tels que : le rôle et mandat du CII, les priorités d'action, le budget, la révision des règlements, la révision de terminologie, le processus de révision des ordonnances collectives JHSB, les recommandations au comité de pharmacologie, le volet information au conseil d'administration, la relance du CIIA, etc. Lors de son assemblée générale annuelle du 13 mai, le CII a présenté le rapport annuel de ses activités de 2009-10, lequel a été adopté par le conseil d'administration le 22 juin 2010.

Principales réalisations du comité exécutif CII :

- | | |
|---|--|
| • Relance du CII | • Révision des ordonnances collectives HJH-SB |
| • Établir les rôles des membres de l'exécutif | • Révision des règlements |
| • Créer le calendrier des rencontres 2009-10 | • Réactivation du comité CIIA |
| • Le budget | • Règlements du CIIA |
| • Les priorités pour 2009-10 | • Révision du bulletin de présentation d'un candidat au CIIA |
| • Révision des Règlements CII | • Avis de mise en candidature CIIA |
| • Révision de la terminologie : règle de soins, ordonnances collectives et protocoles de soins infirmiers | • Planification de l'Assemblée générale |
| | • Planification de la semaine de l'infirmière (9 au 15 mai) |
| | • Planification de la journée de l'infirmière auxiliaire |
| | • Colloque CII-CIR (5 au 6 mai 2010) |

4.2.3 Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Le Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires a été moins actif au cours des dernières années. Toutefois, au printemps 2010, il a officiellement relancé ses activités et nommé son comité exécutif composé de :

- M. Daniel-André Trottier, président
- M^{me} Nancy Lemieux, vice-présidente
- M^{me} France Nollet, secrétaire
- M^{me} Harriet Lépine, conseillère cadre clinicienne, membre d'office

La profession d'infirmière et d'infirmier auxiliaire est en plein essor dans notre établissement. Nous sommes confiants que les membres du comité exécutif CIIA sauront bien la représenter et assureront son rayonnement dans l'organisation. Nous serons heureux de faire part de ses réalisations à venir lors de notre prochain rapport annuel 2010-11.

4.2.4 Conseil multidisciplinaire (CM)

L'exécutif du CM se compose des membres suivants :

- M^{me} Hélène Bédard, nutritionniste, présidente
- M^{me} Anne Duchesne, travailleuse sociale, vice-présidente (*membre démissionnaire*)
- M^{me} France Gaudet, ergothérapeute, secrétaire
- M^{me} Jocelyne Dumont, thérapeute en réadaptation physique, conseillère
- M^{me} Lucie Gagné, technologue en laboratoire, conseillère
- M. Mario Soucy, directeur général adjoint / membre d'office
- M. Louis Hanrahan, directeur général / membre d'office

Le CM s'est réuni à quatre reprises en 2009-10. Il a présenté le rapport annuel de ses activités lors de son assemblée générale annuelle le 27 mai 2010 et qui a été adopté par le conseil d'administration le 22 juin 2010.

Principales réalisations du comité exécutif CM

- Assemblée générale annuelle
- Consultation sur la politique des mesures de contrôle
- Dîner de reconnaissance pour tous les membres
- Participation au colloque de l'ACMQ
- Élaboration d'un programme sur les comités de pairs
- Consultation sur le Guide d'accueil du Jeffery Hale
- Consultation sur la politique alimentaire
- Participation à l'attribution du Prix Owen-Carter
- Représentation au sein des différents comités (comité de prévention des infections, comité de gestion des risques et de la qualité)
- Lancement du journal électronique du CM

4.2.5 Comité des usagers

Le comité des usagers est le gardien des droits des usagers. Il veille à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Il est un des porte-parole important des usagers auprès de chaque instance de l'Établissement. Le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle constituent les assises qui guident ses actions. Il doit avoir une préoccupation particulière envers les clientèles les plus vulnérables et travailler à promouvoir l'amélioration des conditions de vie des personnes hébergées.

Notre comité des usagers se compose de cinq membres élus par les usagers représentant tous les programmes-services de l'établissement et de deux membres délégués de nos deux comités de résidents aux sites Jeffery Hale et Saint Brigid's :

- M. François Fleury, président, représente les Services généraux
- M. Pierre Robitaille, vice-président, représente le Comité des résidents HJH (*remplace M^{me} Fernande Lortie, décédée **).
- M. Robert Kearney, vice-président (*démissionnaire*), Poste vacant / Services gériatriques Saint Brigid's
- M. François Drouin, trésorier, représente les Services gériatriques Jeffery Hale (*remplace M^{me} Gisèle Simard, secrétaire, démissionnaire*)
- M^{me} Monique Bissonnette, secrétaire, toute provenance
- M^{me} Gertrude Grogan, représente les Services communautaires de langue anglaise
- M. François Dussault, représente le Comité des résidents SBH (*remplace M^{me} Rose Roy, démissionnaire*)

Faits saillants du rapport annuel du comité des usagers JHSB

Principales interventions du comité visant :

- l'amélioration de vie des usagers
- la défense des droits et intérêts des usagers
- la satisfaction des usagers

- Publication de l'Entre-Nous pour les résidents du Jeffery Hale
- Engagement d'une personne-ressource pour effectuer un sondage de satisfaction des usagers (*Résolution adoptée par le conseil d'administration*)
- Élaboration des questions du sondage
- Élaboration d'un dépliant par le comité des résidents du Jeffery Hale
- Participation de deux membres au conseil d'administration
- Participation d'un membre au comité de gestion des risques et de la qualité
- Participation d'un membre du comité de résidents du Jeffery Hale au comité « Qualité de Vie »

- Participation d'un membre au comité de vigilance et de la qualité
- Participation à l'Exposition « Révélation »
- Participation de cinq membres au colloque du CPM « L'Usager au cœur de la Qualité »
- Participation à Espace-Citoyens

4.2.6 Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité a pour mandat de coordonner, analyser et établir des liens systémiques entre les rapports et les recommandations transmis au conseil d'administration qui portent sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes. Il peut ainsi tirer les conclusions nécessaires pour soumettre au conseil d'administration des recommandations intégrées dans un plan d'ensemble portant sur les suites à donner dans une perspective d'amélioration de la qualité des services.

Le comité se compose de trois membres du conseil d'administration : madame Christiane Dion agissant à titre de présidente, monsieur François Fleury, représentant les usagers, et madame Brenda Rogers et de trois membres d'office : le commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité des services, monsieur Guy Pelletier, le directeur général, monsieur Louis Hanrahan et la directrice des soins infirmiers et de la qualité, madame Jennifer Hobbs Robert.

Les membres ont tenu six rencontres entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2010 au cours desquelles ils ont formulé des recommandations au conseil d'administration. Tout au long de l'année, ils ont assuré un suivi rigoureux de ces recommandations dans le cadre de ses travaux visant l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et services. Le comité se dit dans l'ensemble satisfait des progrès réalisés dans ces dossiers.

Par ces recommandations, trois sont des suivis d'années antérieures et trois autres sont des nouvelles émises en 2009-10.

Suivi des recommandations émises au Conseil d'administration			
Objet de recommandation :	Attitude du personnel		
Motifs :	Plusieurs plaintes formulées en lien avec l'attitude du personnel.		
Instances concernées	Direction générale adjointe Direction générale	Dépôt au C.A.	17 juin 2008
Recommandation émise	Suivi / État de situation		
Que le conseil mandate la direction de l'établissement aux fins de s'assurer que tous les secteurs concernés par les services directs à la clientèle intègrent, dans leurs objectifs 2008-2009, des actions visant à adresser le problème d'attitude du personnel relevé à plusieurs occasions comme motif de plainte.	Les objectifs d'amélioration visés sont formulés par les directions. Des actions concrètes ont été entreprises dans les deux secteurs particulièrement visés, soit l'urgence et l'hébergement au Jeffery Hale, et semblent donner des résultats. Notamment : • Comité qualité de vie en hébergement au Jeff • L'embauche est axée sur les prédispositions à l'accueil attentionné. Une réorganisation en hébergement a été implantée par le directeur général adjoint, et on observe déjà l'amélioration du climat de travail. Le nouveau chef de programme est en poste à l'hébergement au Jeffery Hale. Psychologue de profession, il a un mandat particulier d'adresser cette préoccupation. Le processus positif lié à l'Agrément a également contribué à améliorer le climat, mais limité la capacité d'avancer des actions concrètes.		

Suivi des recommandations émises au Conseil d'administration

Objet de recommandation :	Autonomie de la clientèle résidant au Jeff		
Motifs :	Plaintes relatives à la difficulté d'obtenir des services de réadaptation en hébergement		
Instances concernées	Direction générale adjointe	Dépôt au C.A.	17 juin 2008
Recommandation émise	Suivi / État de situation		
Que le conseil demande à ce que la direction de l'établissement s'assure que soient clarifiés les objectifs poursuivis par le programme hébergement et soins de longue durée du Jeffery Hale à l'égard de la clientèle et de la réponse à ses besoins, plus spécifiquement en ce qui concerne les services visant à maintenir leur autonomie fonctionnelle.		Le comité qualité de vie en hébergement au Jeff a lancé plusieurs initiatives positives.	
		Le nouveau DGA en a fait une priorité dans le cadre d'une démarche d'amélioration de l'organisation du travail dans le secteur.	
		Le mode d'organisation des services de réadaptation est à l'étude.	
		Le nouveau chef de programme de l'hébergement au Jeffery Hale est chargé de ce dossier prioritaire.	

Objet de recommandation :	Accès aux rendez-vous en échographie		
Motifs :	Difficulté à obtenir la ligne de la centrale téléphonique pour prendre un rendez-vous/difficulté à prendre un rendez-vous en échographie		
Instances concernées	Direction générale	Dépôt au C.A.	13 février 2009
Recommandation émise	Suivi / État de situation		
Qu'une recommandation soit adressée à la Direction générale afin qu'une analyse plus approfondie de la situation en regard des difficultés d'obtenir un rendez-vous en échographie soit effectuée et que des actions appropriées à la situation puissent être mises en œuvre dans les meilleurs délais possibles.	Solutions à long terme à l'étude, mais déjà amélioration : • Le projet d'implantation d'un accueil centralisé avance bien. • Le passage au rendez-vous informatisé est prévu pour septembre 2010. • Le message d'accueil téléphonique pour informer des heures d'opération est modifié. • Personne présentement en réaffectation temporaire à l'accueil 3 jours / semaine permet d'absorber une bonne charge de travail et favorise un meilleur fonctionnement. Cela semble indiquer qu'une ressource à temps plein serait requise à l'accueil pour combler les besoins.		
	Des observations des processus de travail sont en cours en préparation de l'informatisation.		
	Des besoins en regard de la modification de certains processus ont été identifiés.		
	Peu de progrès concret dû au temps requis pour l'Agrément.		

Objet de recommandation :	Distribution sécuritaire des médicaments		
Motifs :	Incidents rapportés et plaintes reçues concernant la distribution des médicaments		
Instances concernées	Direction des services professionnels Direction des soins infirmiers et de la qualité Direction générale adjointe	Dépôt au C.A.	11 septembre 2009
Recommandation émise	Suivi / État de situation		
Qu'une recommandation soit formulée aux directions concernées visant à demander un rapport du plan d'amélioration pour une distribution sécuritaire des médicaments en hébergement. Des rapports réguliers sont demandés.		La Direction générale a transmis un mémo aux directions concernées.	
		La Direction des soins infirmiers et de la qualité a préparé avec la pharmacie, un plan de formation pour le Manrex au	

Suivi des recommandations émises au Conseil d'administration

Jeff. À ce jour, tout nouvel employé reçoit systématiquement sur place la formation Manrex dans le cadre du programme d'orientation du personnel. La procédure lui est expliquée de vive voix, seul à seul, et particulièrement aux étages où travaille sporadiquement le personnel d'agences. Ce dernier est accompagné tout au long de la procédure.

La formation terrain est donnée sur place par le personnel régulier, lequel a lui-même reçu la formation en février 2010.

Aussi, pour que la procédure écrite soit accessible au personnel, celle-ci est conservée dans deux cartables, soit : **Le cartable de Pharmacologie et le Guide de référence de l'infirmière.**

Les chariots de distribution sécuritaire sont en implantation à Saint Brigid's et devraient l'être bientôt au 6^e étage du Jeffery Hale.

Objet de recommandation :	Accès aux services conseils en psychogériatrie		
Motifs :	<i>n/a</i>		
Instances concernées	Direction des services professionnels Direction générale adjointe	Dépôt au C.A.	13 novembre 2009
Recommandation émise	Suivi / État de situation		

Assurer la couverture complète de l'établissement en services conseils en psychogériatrie

Le conseil d'administration a adopté une résolution d'appui le 17 novembre 2009.

Plusieurs correspondances et conversations avec l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQC) et le Département régional de psychiatrie ont eu lieu. Un nouveau service d'appui pour les CHSLD a été instauré et le Jeff y a droit.

L'Agence a pris position en notre faveur pour l'Équipe de consultation spécialisée en gériatrie et psychogériatrie.

Pas encore de réponse par contre du département de psychiatrie.

Le DGA étudie la possibilité d'un échange de services avec le CHUL qui pourrait aider.

Objet de recommandation :	Lieux personnels des résidents à Saint Brigid's		
Motifs :	<i>Plaintes d'une famille de résident concernant le 4^e étage à Saint Brigid's</i>		
Instances concernées	Direction générale adjointe Direction des ressources financières et matérielles	Dépôt au C.A.	13 novembre 2009
Recommandation émise	Suivi / État de situation		

Améliorer la propreté des lieux personnels des résidents à Saint Brigid's

Une nouvelle approche en hygiène du milieu est concluante, mais il faut en assurer la consolidation dans le temps. Le suivi est maintenu.

4.2.7 Comité de gestion des risques et de la qualité (CGRQ)

Le *Comité de gestion des risques et de la qualité (CGRQ)* est composé de dix-sept membres, lesquels représentent tous les secteurs d'activités et instances officielles de l'établissement :

- M. François Fleury, désigné par le comité des usagers de l'établissement;
- D^{re} Catherine Gagnon, désignée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement;
- M^{me} Chantal Quinn, désignée par et parmi les membres du conseil des infirmières et infirmiers de l'établissement;
- M^{me} Hélène Bédard, nutritionniste, désignée par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire de l'établissement;
- M^{me} Christiane Dion désignée par et parmi les membres du conseil d'administration de l'établissement;
- M^{me} Geneviève Dorval, ergothérapeute, représentant la gestion des risques rattachés aux chutes et contentions;
- M^{me} Marie-Paule Parent, conseillère soins infirmiers, représentant la gestion des risques rattachés aux infections nosocomiales;
- M^{me} Michelle Carrier, pharmacienne-chef, représentant la gestion des risques rattachés aux erreurs des médicaments;
- M^{me} Chantal Grenier, pilote de système d'information clinique, représentant la gestion des risques rattachés à la sécurité d'informatique;
- M. Guy Cantin, agent administratif, représentant la gestion des risques rattachés à l'hygiène et salubrité;
- D^r Benoit Dumais, directeur des services professionnels, représentant la gestion des risques rattachés à la sécurité civile ;
- M. Marcel Péloquin, coordonnateur des services techniques, représentant la gestion des risques rattachés à la sécurité des installations;
- M^{me} Lucie Lachance, technicienne en éducation spécialisée représentant la gestion des risques rattachés à la vie quotidienne des usagers;
- M^{me} Véronique Boudreault, infirmière pivot gestion des risques et de la qualité / Membre d'office;
- M. Guy Pelletier, commissaire local adj. aux plaintes et à la qualité des services / Membre d'office;
- M^{me} Jennifer Hobbs-Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité / Membre d'office;
- M. Louis Hanrahan, directeur général / Membre d'office;

Le CGRQ est constitué en vertu de la *Loi portant sur la prestation sécuritaire des soins et services* et se rapporte au conseil d'administration. La Loi prévoit aussi pour tout établissement l'obligation légale de mettre en œuvre un programme d'amélioration continue de la qualité devant conduire à l'obtention de l'agrément.

Dans cette perspective et de façon générale, le rôle du CGRQ consiste à réaliser les mandats qui lui sont dictés par le Conseil d'administration ou la Direction générale en lien avec la gestion des risques et l'amélioration continue de la qualité. Les fonctions plus spécifiques sont décrites au Règlement portant sur les règles de fonctionnement du CGRQ, article 6, adopté par le conseil d'administration.

Incidents/accidents

Les données suivantes dressent un portrait des incidents et accidents déclarés pour les années financières 2008-09 et 2009-10. Avec la poursuite de la compilation des ces événements, il sera possible de faire des comparatifs, de suivre les variations et les tendances. Ainsi, des constats et des correctifs pourront être mis en place afin de bien gérer les risques et d'offrir des services sécuritaires et de qualité à nos usagers.

Nombre d'événements déclarés concernant la gestion des risques Périodes 1 à 13 des années financières 2008-09 et 2009-10

Types d'événements	Nombre pour 2008-2009	Nombre pour 2009-2010
Chutes	877	1160
Erreurs de médication	673	601
Problèmes matériel	36	55
Agression-abus-harcèlement	50	148
Autres types d'événements	232	335
Total	1868	2299

Principaux risques d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

- Erreurs de médication (*substances ciblées et toute autre médication, incluant les omissions, les erreurs de dose et mauvais médicament.*)
- Examen clinique du résident.
- Procédure d'administration de la médication transdermique
- Surveillance post-chute
- Outils visant à assurer la continuité des soins à améliorer (plan thérapeutique infirmier, notes au dossier et suivi interservices)
- Trouble envahissant du comportement.

Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents / accidents

- Formation sur l'application informatique Gesrisk complétée à 100 % auprès des infirmières et infirmières auxiliaires et intégration de la formation au programme d'orientation et d'intégration du nouveau personnel.
- Formation sur la déclaration et divulgation (procédure, loi)
- Rétroaction systématique auprès du personnel dès que requis selon la politique
- Assignation d'un pivot en gestion des risques
- Amélioration de l'orientation du nouveau personnel infirmier et infirmier auxiliaire en regard de la distribution des médicaments
- Séance de sensibilisation à la déclaration des accidents et incidents dans tous les secteurs
- Formation avancée des professionnels de l'*Équipe de consultations spécialisées en gériatrie* et des *Services communautaires de langue anglaise* à la déclaration et divulgation ainsi qu'à l'application Gesrisk.

Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

- Nous observons une diminution dans l'utilisation des mesures de contrôle par la mise en place de mesures alternatives telles: Système Tabs, fauteuil de marche, Bed chek, etc. Le déploiement de notre nouveau programme sur l'utilisation des mesures de contrôle et alternatives est prévu pour l'automne 2010.

Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations d'un coroner

- En 2009-10, il n'y a pas eu de recommandations du coroner qui ont une application dans nos secteurs d'activités.

Infections nosocomiales

Bilan annuel et comparatif des infections nosocomiales

Le tableau comparatif ci-dessous donne un portrait général des infections nosocomiales déclarées au cours des deux dernières années et qui ont fait l'objet d'une surveillance systématique. Des rapports trimestriels sont produits et analysés par le comité de gestion des risques et de la qualité et le comité de vigilance et de la qualité puis déposés au conseil d'administration de l'établissement.

Catégorie d'infection	Nombre de cas	
	2008-09	2009-10
SAG	18	26
Influenza saisonnière	7	0
Gastro-entérite	9	37
Clostridium difficile	1	5
SARM	0	0
ERV	0	0
Gale	0	0
Tuberculose	0	0
Zona	0	0
SARM (colonisé)	15	8
ERV (colonisé)	0	1
Total :	35	68

**À la période 13 de l'année 2009-10, nous avons observé une hausse importante de gastro-entérite s'expliquant par la présence d'un Norovirus. L'écllosion s'est étendue sur deux unités. La quarantaine a été mise en place dans l'établissement et le personnel a été dédié par unité de soins pour l'ensemble de l'installation et par secteur sur les unités touchées. Les visites étaient limitées et le personnel a respecté les consignes d'isolement. Nous n'avons pas de données statistiques concernant les cas d'infection non reliés à l'établissement pour ces deux années. Les cas de SARM et ERV colonisés ne sont pas placés en isolement, mais les pratiques de base sont respectées en tout temps. Il faut noter que le cas d'ERV n'a séjourné que 30 jours dans l'établissement.*

Recommandations et suivis effectués par le CGRQ

En matière de gestion des risques d'incidents / accidents

Recommandations

Suivis

Événements sentinelles :

- Formation sur l'évaluation neurologique post-trauma à la tête
- Suivi 24-48 ou 72 h post-chute
- Diminution des erreurs de médication
- Suivi des disparitions de timbres de Fentanyl.
- Formation donnée à SBH aux infirmières et infirmières auxiliaires.
- Instauration suivi 254-48 ou 72 h post-chute pour le site Jeffery Halle (déjà fait à SBH)
- Instauration d'un système de surveillance des chutes par TRP et ergo pour les deux sites.
- Système de surveillance instauré : appel à chaque personne ayant fait une erreur de médication afin d'identifier la cause précise. (pour médication à haut risque et substances ciblées pour le moment). Se fera pour toutes les erreurs de médication prochainement, échéancier non fixé pour le moment.
- Formation sur l'utilisation système Manrex faite aux infirmières et infirmières auxiliaires du Jeffery Hale en janvier.

Analyse prospective :

- Révision des activités des résidents en présence des bénévoles et des éducateurs spécialisés.
- Création d'un comité adhoc composé de : Mesdames Geneviève Dorval, ergothérapeute, Hélène Bédard, nutritionniste, Lucie Lachance, éducatrice spécialisée et Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité.
- Le comité a tenu une rencontre. Il se réunira une à deux semaines avant chaque séance du CGRQ.
- À sa première rencontre, le comité a dressé une liste des activités quotidiennes par sujet et par site.
- Lors des prochaines rencontres, le comité déterminera et justifiera le niveau de risque pour chacune des activités, les mesures de prévention en place et les mesures correctives à apporter. Ainsi, les activités les plus à risque seront priorisées.

4.2.8 Comité de révision

Le comité de révision est formé de :

- M^{me} Joanne Coleman-Robertson, présidente représentant le conseil d'administration
- Dr Jacques Bourgeois, représentant le CMDP
- Dr^{re} Marie Martineau, représentant le CMDP

Le *Comité de révision* a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur de l'Établissement. Il n'a pas compétence lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires ou lorsqu'une plainte a été rejetée par le médecin examinateur qui l'a jugée frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

Cette année aucune plainte ou dossier disciplinaire n'a fait l'objet d'un examen par le comité.

4.2.9 Comité d'éthique clinique

Le *Comité de bioéthique* de l'établissement a été peu actif ces dernières années, alors au printemps 2010, la Direction des soins infirmiers et de la qualité a convoqué deux rencontres dans le but de relancer les activités du comité, redéfinir son rôle et rétablir ses statuts. Il a alors été convenu de modifier l'appellation pour ***Comité d'éthique clinique***. Certains de ses membres ayant quitté pour la retraite ou ne travaillant plus dans notre organisation, l'intérêt des membres de poursuivre leur mandat a été vérifié.

Nous sommes présentement en période de recrutement pour combler les postes vacants. Les activités débuteront officiellement à l'automne 2010 avec les travaux visant à développer un cadre de réflexion éthique.

Partie 5

L'Établissement en lien avec la communauté

5.1 La contribution des bénévoles : le généreux don de soi

Nous tenons à souligner l'apport exceptionnel des bénévoles à la qualité de vie de nos résidents et autres clientèles. Le don généreux de leur temps infuse une dimension humaine à nos milieux qu'il nous est souvent difficile d'assurer en tout temps malgré les meilleures intentions de tous, compte tenu des pressions énormes que nous subissons pour répondre aux besoins primaires de nos clientèles. C'est pourquoi le défi de recruter plus de bénévoles demeure toujours des plus importants.

Nous remercions chaleureusement nos bénévoles.

Réalisation :	Animation du milieu de vie et bénévolat		
Résultats obtenus	Indicateurs de performance		
Contribution des bénévoles Jeff et Saint Brigid's Soulignons quelques événements significatifs qui ont généré une belle présence de la part des résidents, des familles et des membres de la communauté : Repas communautaire à l'occasion de Noël, célébration de la Saint-Valentin, du carnaval et du temps des sucres, pique-nique et bien d'autres fêtes thématiques.	- Pastorale : - Cafétéria : - Activités thérapeutiques : - Activité de la Guild : - Assistance aux repas : - Escortes médicales :	SB 481 hrs 250 hrs 660 hrs 1346 hrs 300 hrs 474 hrs	JH Boutique 2171 Héberg. 3500
	Total :	3511 hrs	5672 hrs
Contribution des bénévoles Services communautaires Les bénévoles représentent une des plus grandes ressources de la communauté anglophone. Leur contribution est essentielle aux Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale. En effet, plusieurs de nos programmes et activités reposent essentiellement sur la contribution de nos bénévoles. Sans le généreux don de leur temps, notre clientèle serait privée de multiples programmes.	- Baby Food Purée - Baby Book Bags - Chitchat Club - Community Christmas Hampers - Community Events - Day Centre - Friendly calls / visits	- In-Home Stimulation - Income Tax - Moms' Nite-out - Special Needs - Take-a-Break Drop In - Telephone Check-In - Toddler Time - Transportation (<i>Medical appointments, grocery shopping and errands</i>)	
	Total :	3 500 hrs	



5.2 La contribution des fondations

Cette année encore, le Jeffery Hale et Saint Brigid's ont bénéficié d'un appui fort généreux de leurs Fondations.

La Fondation des Amis du Jeffery Hale a fait don de 14 500 \$ pour des activités destinées à la clientèle et pour financer des activités de reconnaissance du personnel.

La Fondation Saint Brigid's a, pour sa part, versé un montant de 94 104 \$ pour le financement de différentes activités reliées à la qualité de vie de la clientèle incluant entre autres la possibilité d'avoir une ressource additionnelle pour les activités dirigées.

La Fondation Jeffery Hale a versé durant l'année une subvention de 100 000 \$ nous permettant de financer certains aspects du plan d'organisation incluant les coûts additionnels reliés à la visite d'Agrément Canada. De plus, la Fondation a subventionné un montant de 100 000 \$ pour des travaux de rénovations fonctionnelles à Saint Brigid's en lien avec l'ouverture du Manoir McGreevy.

La Fondation Citadel a participé au financement de notre programme d'été étudiants pour un montant de 21 000 \$. Ce programme, offert en partenariat avec le Collège Saint Lawrence, permet à des étudiants de travailler durant la période estivale comme préposés sur les unités de vie ou d'assister les éducateurs spécialisés lors d'activités dirigées pour les résidents. Grâce à cette initiative, plusieurs étudiants et étudiantes de la communauté anglophone ont la possibilité de vivre une expérience de travail enrichissante auprès des personnes âgées.

5.3 La contribution de Saint Brigid's Guild

La Saint Brigid's Guild est un organisme composé de bénévoles qui soutiennent l'œuvre de Saint Brigid's de mille et une façons depuis 1968. Cette année, au-delà des innombrables heures de bénévolat de ses membres, elle a généreusement contribué plus de 150 000 \$, permettant ainsi à la maison d'offrir à ses résidents et résidentes une gamme variée d'activités, de services et d'équipements.

Nous remercions aussi la Guild d'avoir de nouveau cette année fait un don de 25 000 \$ pour les frais d'entretien paysager du *Jardin Souvenir de Saint Brigid's*.

5.4 Les Partenaires communautaires Jeffery Hale (*The Jeffery Hale Community Partners*)

L'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's (JHSB) a noué, au fil des ans, des liens très étroits avec les Partenaires communautaires Jeffery Hale (les « partenaires »). Au cours des dix-sept dernières années, cette fructueuse collaboration a mené à la création d'une vaste gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne pour la population d'expression anglaise de la région.

Les partenaires et le JHSB définissent ensemble leurs objectifs de recherche et de développement. La construction maintenant terminée de la résidence pour personnes âgées semi-autonomes anglophones à faibles revenus, le **Manoir McGreevy**, à côté de Saint Brigid's Home, est la seule résidence de ce genre présentement associée de si près à un établissement public dans la région. C'est un exemple parfait des fruits de cette collaboration. Un autre bel exemple de partenariat est le projet conjoint qui vise la clientèle DI-DP-TED (*déficience intellectuelle – déficience physique - trouble envahissant du développement*), lequel rejoint également le milieu scolaire.

Dans le cadre de leur programme de développement des services, les partenaires accordent des subventions et des ressources humaines à l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's dans des secteurs comme les communications et l'organisation communautaire.

5.5 Exposition Révélation 2010

Les 18, 19 et 20 avril derniers, plus d'une soixantaine d'artistes et artisans ont étalé, soit sur tables ou sur murs, leurs œuvres d'art dans le cadre de l'exposition annuelle Révélation, à l'Hôpital Jeffery Hale. L'exposition fêtait ses dix ans cette année, une décennie où elle s'est bâtie une solide réputation.

Le médium qu'est l'art ne cesse de surprendre tant il peut être exploité sous différentes formes, et cette année ne fut pas exception aux années antérieures quant à la qualité des oeuvres. Cet événement sera donc reconduit en 2011 avec un changement d'horaire en pourparlers. Nous vous tiendrons au courant, mais d'ici là, passez tous et toutes un été, soit de repos ou productif si des projets sont en cours ou à venir. Nous nous inviterons alors à nous les présenter à notre exposition, édition 2011.

L'exposition est l'œuvre d'un dynamique comité organisateur et soutenue par la Fondation les Amis du Jeffery Hale.

De gauche à droite :

M. Raynald Savard, artiste peintre, M^{mes} Murielle Marois et Joanne King, instigatrices de l'Exposition révélation en l'an 2000, M^{me} Gail Quinn, coordonnatrice de la Fondation des Amis du Jeffery Hale, M^{me} Christiane Dion, présidente du comité organisateur et M. Louis Hanrahan, directeur général du Jeffery Hale - Saint Brigid's.



5.6 Tournoi de golf de la Fondation des Amis du Jeffery Hale : Un succès retentissant !

Les organisateurs du tournoi de golf annuel de la Fondation des Amis du Jeffery Hale méritent nos félicitations pour leur travail remarquable. Sous la présidence d'honneur de monsieur Evan Price (Auberge Saint-Antoine), cent douze participants, golfeurs et amis ont pris part à l'événement, le 17 septembre 2009, permettant d'amasser plus de 22 000 \$ au bénéfice des patients et des résidents du Jeff.

Sincères remerciements au comité organisateur ainsi qu'à tous les participants pour cette belle réussite !



De gauche à droite :

M. Richard Walling, vice-président de la Fondation des Amis Jeffery Hale, M. Regis Labaume, invité d'honneur, M^{me} Gail Quinn, coordonnatrice de la Fondation des Amis, et Dr. Gabriel Gosselin, président du comité du tournoi de golf. Absent de la photo : M. Evan Price, président d'honneur du tournoi.

Partie 6

États financiers et analyse des résultats des opérations

6.1 Rapport du vérificateur externe

Québec, le 22 juin 2010

Aux membres du conseil d'administration de
L'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

Nous avons vérifié le bilan de **Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's** au 31 mars 2010 et les états des résultats et des variations des soldes de fonds de l'exercice terminé à cette date. Les données de ces états financiers sont extraites du rapport financier de l'Établissement, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ces états financiers récapitulatifs incombe à la direction de l'Établissement. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers récapitulatifs en nous fondant sur notre vérification.

À notre avis, ces états financiers récapitulatifs donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2010 ainsi que de ses revenus et dépenses et de l'évolution de la situation financière pour l'exercice terminé à cette date conformément aux normes et pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ces états financiers récapitulatifs, qui n'ont pas été établis et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par les administrateurs de l'Établissement. Ces états financiers ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

De plus, à titre de vérificateurs des comptes de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, nous avons vérifié le rapport financier de l'Établissement présenté sur le formulaire AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2010 et nous avons émis sur celui-ci, le 22 juin 2010, en conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, un rapport contenant un commentaire quant au respect par l'Établissement des dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, comme il est décrit à la note 11.

Les états financiers de l'Établissement au 31 mars 2009 et pour l'exercice terminé à cette date ont été vérifiés par un autre cabinet de vérificateurs, lequel a émis une opinion avec un commentaire dans son rapport daté du 1^{er} juin 2009 à l'égard de ces états financiers.

PricewaterhouseCoopers s.r.l./s.e.n.c.r.l.¹

¹ Comptable agréée auditrice permis no 19226

« PricewaterhouseCoopers » s'entend de PricewaterhouseCoopers LLP/s.r.l./s.e.n.c.r.l., société à responsabilité limitée de l'Ontario ou, selon le contexte, du réseau mondial de PricewaterhouseCoopers ou des autres sociétés membres du réseau, chacune étant une entité distincte sur le plan juridique.

6.2 État des résultats – Fonds d'exploitation

pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

Extrait des rapports financiers annuels vérifiés par les
vérificateurs financiers externes PricewaterhouseCoopers

	2009-2010 \$	2008-2009 \$
ACTIVITES PRINCIPALES		
Revenus		
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	23 684 815	22 929 118
Contribution des usagers	4 989 329	5 048 769
Recouvrements	654 378	461 111
Dons	116 153	182 953
Autres revenus (annexe)	66 797	102 616
Vente de services (annexe)	284 890	269 740
	29 796 362	28 994 307
Charges		
Centres d'activités principales		
Salaires, traitements et avantages sociaux	24 546 869	23 832 053
Autres charges	5 465 548	5 658 851
Autres charges non réparties	112 222	63 260
	30 124 639	29 554 164
Moins : transferts aux activités accessoires	72 190	90 560
	30 052 449	29 463 604
Excédent des charges sur les revenus des activités principales	(256 087)	(469 297)
Contribution du fonds d'immobilisation	13 235	323 869
Excédent des charges sur les revenus des activités principales après contribution du fonds d'immobilisation	(242 852)	(145 428)
ACTIVITES ACCESSOIRES		
Revenus	390 681	458 438
Charges	390 681	456 992
Excédent des revenus sur les charges	-	1 446

6.3 État des résultats – Fonds d'immobilisations

pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

Extrait des rapports financiers annuels vérifiés par les
vérificateurs financiers externes PricewaterhouseCoopers

	2009-2010 \$	2008-2009 \$
Revenus		
Agence et MSSS		
Subvention pour le remboursement de la dette - capital	2 241 976	1 811 763
Subvention pour le remboursement de la dette - intérêts	680 654	807 786
Autres intérêts bancaires	1 358	9 483
Gain à la disposition d'autres immobilisations	229 528	401
Dons	12 749	318 976
	3 166 265	2 948 409
Charges		
Dépenses non capitalisables financés par les enveloppes décentralisées	746 563	-
Frais d'intérêts	683 779	824 650
Amortissement des immobilisations	1 590 763	1 553 969
Perte à la disposition d'immobilisations	-	11 666
Autres charges	207 737	39 187
	3 228 842	2 429 472
Excédent total des revenus sur les charges (charges sur les revenus) pour l'exercice	(62 577)	518 937

6.4 Bilan au 31 mars 2010 – Fonds d'exploitation

Extrait des rapports financiers annuels vérifiés par les
vérificateurs financiers externes PricewaterhouseCoopers

	2009-2010	2008-2009		2009-2010	2008-2009
	\$	\$		\$	\$
ACTIF			PASSIF		
Fonds d'exploitation			Fonds d'exploitation		
Encaisse	742 144	686 885	Comptes à payer et passif couru (note 5)	5 245 313	4 767 363
Comptes à recevoir et actif couru (note 3)	3 507 825	3 529 728	Somme due au fonds d'immobilisations	187 255	248 651
Stocks (note 4)	227 818	224 820	Somme due au fonds à destination spéciale	274 951	320 777
Charges payées d'avance	128 493	104 231	Revenus reportés - Agence	130 632	89 535
	4 606 280	4 545 664		8 838 151	5 426 326
Congés à traitement différé	112 946	26 834	Congés à traitement différé	25 851	48 096
	4 719 226	4 572 498		5 864 002	5 474 422
Fonds d'immobilisations			Solde du fonds		
Encaisse	304 213	494 748	Avoir propre négatif	(1 144 776)	(901 924)
Comptes à recevoir – Agence et MSSS	490 609	239 962		4 719 226	4 572 498
Autres débiteurs	17 181	12 128			
Somme à recevoir du fonds d'exploitation	187 255	248 651	Fonds d'immobilisations		
	999 258	995 489	Comptes à payer et passif couru	77 650	104 246
Immobilisations (note 6)	20 647	21 848 201	Intérêts à payer	231 229	239 962
	278		Revenus reportés	119 919	122 587
			Somme due au fonds à destination spéciale	62 000	62 000
Autre élément d'actif	54 858	76 156	Dette à long terme échéant au cours du prochain exercice (note 8)	-	707 359
	21 701 394	22 919 846		490 798	1 236 154
Fonds à destination spéciale			Dette à long terme		
Somme à recevoir du fonds d'exploitation	274 951	320 777	Financement temporaire (note 7)	2 270 949	1 497 097
Sommes à recevoir du fonds d'immobilisations	62 000	62 000	Autres dettes à long terme (note 8)	12 689 806	12 689 806
	336 951	382 777	Revenus reportés du MSSS – réforme comptable	5 935 072	7 106 208
				20 895 827	21 293 111
Fonds en fiducie			Solde du fonds	314 769	390 581
Encaisse	18 650	5 317		21 701 394	22 919 846
Dépôt à terme	35 000	35 000	Fonds à destination spéciale		
	53 650	40 317	Revenus reportés	336 951	382 777
			Fonds en fiducie		
			Sommes confiées en fiducie à l'Établissement	53 650	40 317

Approuvé par le Conseil,
Le 22 juin 2010

6.5 Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2010

*Extrait des rapports financiers annuels vérifiés par les
vérificateurs financiers externes PricewaterhouseCoopers*

Note 1. Nature des activités

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's gère selon le permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ainsi qu'un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Note 2. Présentation des états financiers de l'Établissement

Ce rapport financier est établi conformément aux normes et pratiques comptables du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés applicables au secteur public.

Les principales conventions comptables sont décrites à la page 270 du rapport financier annuel AS-471. Les principes comptables utilisés aux fins de l'établissement de ce rapport financier annuel, qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada applicables aux organismes sans but lucratif, sont les suivantes :

- Les instruments financiers ne sont pas classifiés et aucune information n'est présentée;
- Le montant des stocks comptabilisé en charges, les dépréciations et les reprises de valeur ne sont pas présentés;
- Les frais d'émission, les primes et les escomptes sont présentés comme postes distincts au bilan plutôt qu'en augmentation ou en diminution de la dette;
- Les informations à fournir concernant le capital ne sont pas présentées;
- La portion court terme de la dette à long terme et les taux d'intérêts sur celles-ci n'ont pas été présentés.

Note 3. Comptes à recevoir et actif couru

	2010 \$	2009 \$
Subvention à recevoir – réforme comptable	2 702 211	2 763 533
Débiteur – Agence et MSSS	282 095	418 701
	2 984 306	3 182 234
Autre débiteurs		
Contribution des usagers	156 125	99 197
Avances aux employés	11 691	10 811
Réclamations de taxes à la consommation	198 872	187 013
Autres	189 831	75 025
	556 519	372 046
Provision pour non-recouvrement	(33 000)	(24 552)
	3 507 825	3 529 728

Note 4. Stocks

	2010 \$	2009 \$
Médicaments	96 415	92 184
Fournitures médicales et chirurgicales	12 100	17 429
Denrées alimentaires	8 656	9 086
Autres	110 647	106 121
	227 818	224 820

Note 5. Comptes à payer et passif couru

	2010 \$	2009 \$
Fournisseurs et frais courus	975 752	606 999
Salaires et retenues à la source	1 594 628	1 253 718
Recours collectif à payer	-	119 879
Provision pour avantages sociaux	2 656 457	2 763 533
Autres	18 476	23 234
	5 245 313	4 767 363

Note 6. Immobilisations

			2010 Montant net \$	2009 Montant net \$
	Coût \$	Amortissement cumulé \$		
Construction et développement en cours	5 864	-	5 864	-
Terrains	314 769	-	314 769	390 581
Aménagement des terrains	169 531	164 864	4 667	5 600
Bâtiments	26 433 858	9 408 996	17 024 589	17 605 393
Améliorations locatives	2 935 092	2 365 443	569 649	836 949
Mobilier et équipement				
Médical	5 642 173	3 397 194	2 244 979	2 307 485
Administratif	1 331 773	1 215 887	115 886	286 993
Autres	1 829 658	1 472 238	357 420	415 200
Développement informatique	10 679	1 224	9 455	-
	38 673 124	18 025 846	20 647 278	21 848 201

Note 7. Financement temporaire

	2010 \$	2009 \$
Enveloppes décentralisées – Agence	659 699	471 276
Enveloppes décentralisées – Corporation d'hébergement du Québec	1 611 250	1 025 821
	2 270 949	1 497 097

Note 8. Autres dettes à long terme

	2010 \$	2009 \$
Fonds d'immobilisations		
Financement-Québec		
Billets, échéant en 2028	11 172 671	11 820 311
Hypothèque, échéant en 2024	1 517 135	1 576 854
	12 689 806	13 397 165
Portion échéant au cours du prochain exercice	-	707 359
	12 689 806	12 689 806

Ces emprunts sont garantis, capital et intérêts, par le gouvernement du Québec et sont payables à même les deniers qui sont votés annuellement à cette fin par l'Assemblée nationale.

Note 9. Analyses financières

Les analyses financières 2007-2008 et 2008-2009 n'ont pas été reçues à ce jour. Celles-ci seront traitées ultérieurement par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Note 10. Chiffres correspondants

Certains postes de l'exercice précédent ont fait l'objet d'un nouveau classement afin qu'ils soient conformes à la présentation de l'exercice courant.

Note 11. Commentaire au rapport des vérificateurs sur les états financiers présentés sur le formulaire AS-471

Le résultat des activités principales de l'Établissement se solde par un excédent des charges sur les revenus alors que son avoir propre est déficitaire. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.

Partie 7

Code d'éthique et de déontologie

Rapport annuel du Comité d'éthique et de déontologie des administrateurs

Le Comité d'éthique et de déontologie est composé des administrateurs suivants :

- M^{me} Lucie Desmeules, présidente
- M^{me} Christiane Dion, vice-présidente
- Dr Jacques Bourgeois, secrétaire
- M. Richard Walling, membre substitut en cas d'absence.

Le *Comité d'éthique et de déontologie* a pour fonctions :

- a) D'enquêter sur toute allégation ou de sa propre initiative, sur toute situation de manquement, de la part d'un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par la loi ou par le *Code d'éthique et de déontologie*.
- b) De déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non à ces règles.
- c) De faire des recommandations sur les modifications que le conseil d'administration devrait apporter ou *Code d'éthique et de déontologie*.
- d) D'aviser le conseil d'administration, ou l'un de ses membres, sur toute question reliée à l'éthique et à la déontologie.
- e) De produire un rapport annuel des ses activités.

Le comité a tenu une rencontre et a fait rapport au conseil d'administration le 23 mars 2010. Dans son rapport, il note que tous les membres du conseil d'administration ont prêté serment conformément au *Règlement sur le code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs*. Aucune situation potentielle de conflit d'intérêt n'a été portée à son attention au cours de l'exercice 2009-2010. Il note également qu'aucun membre du conseil d'administration n'a fait de déclaration d'intérêts.

Enfin, le comité formule la recommandation qu'une copie du *Règlement sur le code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs* soit remise annuellement à chaque membre du conseil d'administration en guise de rappel de ses obligations.

Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs

Le présent Code d'éthique est en vigueur depuis 2004.

Préambule

L'administration d'un établissement public représente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

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

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 de cet établissement adhèrent.

Dispositions générales

Objet et champ d'application

1-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, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

- ◆ traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- ◆ 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 la loi 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. L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

Définitions

3- Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

- a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé;
- b) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute 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;
- c) « **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;
- d) « **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.
- e) « **Comité d'éthique et de déontologie** » désigne le comité créé en vertu du Règlement concernant la régie interne du conseil d'administration et chargé de l'application du présent Règlement.

Devoirs et obligations de l'administrateur

L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions :

4- Agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie. À cette fin, l'administrateur :

- a) Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- b) S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
- c) S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
- d) S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

5- Agit avec soin, prudence, diligence et compétence. À cette fin, l'administrateur :

Disponibilité et participation active

- a) Se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

- b) S'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

Neutralité

- c) Se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

Discretion

- d) 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 d'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.
- e) Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

6- Agit avec soin, prudence, diligence et compétence. À cette fin, l'administrateur :

Relations publiques

- a) Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi.
- b) S'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner 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 service approprié de l'établissement.
- c) Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

7- Agit avec honnêteté et loyauté. À cette fin, l'administrateur :

- a) 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, groupe ou entité.
- b) 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.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

- c) Évite des conflits de devoirs ou d'intérêts.

L'administrateur autre que le directeur général et les conflits d'intérêts

- d) Autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre. (**Annexe I-A**)

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt 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., chapitre V-1.1).

Le directeur général et les conflits d'intérêts

- e) Ne peut, comme directeur général et sous peine de déchéance de sa charge, 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.

- f) Doit, comme directeur général, dans les soixante (60) jours suivant 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. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination. (**Annexe I-B**)
- g) Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du directeur général

- h) Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

Bien de l'établissement

- i) Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

Avantages ou bénéfices indus

- j) Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
- k) Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le 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 attentes en ce sens. Notamment, est considéré un avantage prohibé, tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.
- l) Ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.
- m) Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'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.

Transparence

- n) Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

- o) S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.
- p) S'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
- q) S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

L'administrateur après la fin de son mandat :

8- Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté. À cette fin, l'administrateur :

- a) 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.
- b) 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 pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
- c) 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.
- d) Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
- e) Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Mécanismes d'application du code

Introduction d'une demande d'examen

9- Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du *Comité d'éthique et de déontologie* ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants. Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

Examen sommaire

10- Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité 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 comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Tenue de l'enquête

11- Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

12- Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable,

l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au Conseil

- 13- Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

Décision

- 14- Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Sanctions

- 15- 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 ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

Engagements

- 16- Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'**Annexe II** du présent Code.

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

Adopté par le conseil d'administration
Le 21 septembre 2004