

Rapport annuel de gestion

2012 - 2013



Jeffery Hale
Saint Brigid's

Une communauté de soins
A Community of Care

Adopté par le conseil d'administration
le 24 septembre 2013

Déposé aux assemblées publiques annuelles de l'établissement
Les 9 et 16 octobre 2013

Note au lecteur :

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013

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 (5 333)

<http://www.ihsh.ca/>

Message des autorités

En fin d'année, notre établissement a reçu une validation importante de ses efforts substantiels et déterminés pour respecter son engagement à assurer des soins et services de qualité, sécuritaires et empreints de compassion à tous nos usagers. Nous avons reçu de la part d'Agrément Canada la plus haute distinction de qualité possible – l'agrément avec mention d'honneur. Nous en sommes particulièrement fiers, car cette reconnaissance repose sur la contribution d'un personnel dont l'engagement est exemplaire. « Le personnel est dédié, compétent et attentif aux besoins de la clientèle » tel que le souligne justement Agrément Canada dans son rapport où on note également que l'établissement « mérite des éloges pour le haut niveau de qualité de tous ses programmes et services cliniques ». Nous remercions sincèrement tous les acteurs de ce remarquable succès !

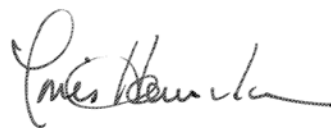
En tant que dirigeants de l'établissement, nous croyons important de souligner les clés de ces succès : le solide engagement de tous – du Conseil d'administration au personnel en passant par l'équipe de gestion, les usagers et les bénévoles – dans un projet commun fondé sur le souci réel des meilleurs intérêts des usagers. Il y a là aussi la volonté de bien faire, de toujours s'améliorer et, à ces fins, la quête constante pour trouver des moyens de faire les choses de façon simple, efficace et efficiente.

Nous constatons également une force dérivée d'un lien évident d'interdépendance avec la communauté et l'ambition d'être reconnu comme partenaire exemplaire. Un goût de se renouveler ensemble et des ambitions collectives plutôt qu'individuelles sont des éléments qui contribuent à créer le sentiment d'être distinct et engagé pour le succès des uns et des autres.

Malgré tout, nous déplorons que le manque de ressources financières continue de compromettre la capacité de notre établissement à respecter l'ensemble de ses obligations. Nous continuons d'espérer que de nouvelles initiatives en cours pour revoir le financement des établissements sauront rectifier la situation.



Didier Culat
Président du conseil d'administration



Louis Hanrahan
Directeur général

Table des matières

C. A. : 2013-09-24.....	Erreur ! Signet non défini.
Message des autorités	3
Déclaration de fiabilité des données de la direction	7
Rapport de la direction (AS-471).....	8
Partie 1 – Présentation de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's.....	9
1.1 Notre histoire, garante de notre avenir.....	9
1.2 Notre mission, ancrée dans les services de première ligne bilingues.....	9
1.3 Portrait de nos clientèles desservies.....	12
1.4 Notre engagement et nos valeurs.....	13
1.5 Le plan d'organisation.....	13
Partie 2 – Faits saillants et bilan de l'année	17
2.1 Faits saillants de l'année.....	17
2.2 Notre vision stratégique.....	18
2.3 Actions prioritaires.....	18
2.4 Bilan des objectifs et perspectives au 31 mars 2013.....	19
2.5 Bilan des indicateurs de l'entente de gestion au 31 mars 2013.....	28
2.6 Quali-cycle : Amélioration continue de la qualité (agrément).....	32
2.7 Qualité et sécurité des soins et services.....	34
2.8 Rapport du commissaire aux plaintes et du médecin examinateur.....	39
2.9 Promotion des droits des usagers.....	43
Partie 3 - Activités de l'établissement	45
3.1 Direction des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement.....	45
3.2 Direction des services généraux et communautaires.....	50
3.3 Direction des services professionnels.....	56
3.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité.....	59
3.5 Direction des ressources humaines.....	62
3.6 Direction des ressources financières, techniques et informationnelles.....	64
3.7 Service des communications.....	67
Partie 4 – Conseils et comités de l'établissement.....	69
4.1 Membres du conseil d'administration, de ses comités et autres instances.....	69
4.2 Conseils et comités institués en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux et les faits saillants..	70
4.2.1 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	70
4.2.1.1 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique.....	72
4.2.1.2 Comité de pharmacologie.....	72
4.2.2 Conseil des infirmières et infirmiers et infirmières et infirmiers auxiliaires (CII-CIIA).....	73
4.2.3 Conseil multidisciplinaire.....	73
4.2.4 Comité des usagers.....	74

4.2.5 Comité de vigilance et de la qualité.....	76
4.2.6 Comité de gestion des risques et de la qualité.....	79
4.2.7 Comité de révision.....	80
4.2.8 Comité d'éthique clinique.....	80
Partie 5 - L'Établissement en lien avec la communauté	81
5.1 La contribution des bénévoles : le généreux don de soi.....	81
5.2 La contribution des fondations.....	82
5.3 La contribution de Saint Brigid's Guild.....	82
5.4 Les Partenaires communautaires Jeffery Hale.....	83
Partie 6 – États financiers.....	85
6.1 Rapport de l'auditeur indépendant.....	85
6.2 État des résultats – Fonds d'exploitation.....	86
6.3 État des résultats – Fonds d'immobilisations.....	86
6.4 État de la situation financière – Fonds d'exploitation (Bilan).....	87
6.5 État de la situation financière – Fonds d'immobilisations (Bilan).....	87
6.6 État de la variation des actifs financiers nets (Dette nette).....	88
6.7 Notes afférentes aux états financiers.....	89
Partie 7 - Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs	93
ANNEXES – Extraits du rapport financier annuel AS-471.....	99
État des résultats (activités principales, accessoires et immobilières).....	99
État des surplus (déficits) cumulés.....	100
État de la situation financière.....	101
État de la variation des actifs financiers nets (dette nette).....	102
État des flux de trésorerie.....	103
Notes aux états financiers audités.....	106
Fonds d'exploitation – États des résultats.....	115
État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant.....	116



Siège social
1250, Chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M6
418-684-5333

Installation Saint Brigid's
1645, Chemin Saint-Louis
Québec (Québec) G1S 4M8
418-681-4687



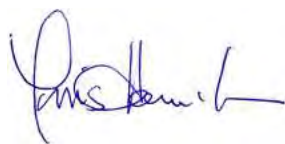
Déclaration de fiabilité des données de la direction de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's relèvent de notre responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

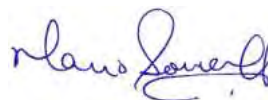
Les résultats et les données du présent rapport décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement. Ils présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus de même que des données exactes et fiables.

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 2013.

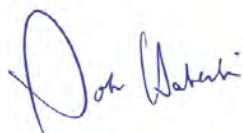
Les membres du Comité de direction,



Louis Hanrahan
Directeur général



Mario Soucy
Directeur général adjoint et des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées



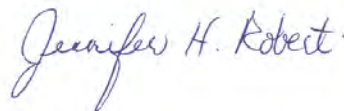
John Haberin
Directeur des ressources financières, techniques et informationnelles



Ann Martell
Directrice des ressources humaines



Dr Benoit Dumais
Directeur des services professionnels



Jennifer Hobbs Robert
Directrice des soins infirmiers et de la qualité



Brigitte Paquette
Directrice des services généraux et communautaires

Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's
Québec, juin 2013.

Rapport de la direction

Extrait du rapport AS-471

Québec, le 18 juin 2013

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

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

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-471 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2013 transmis au Ministère possèdent le même sceau⁽¹⁾. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances⁽²⁾ applicables à l'établissement.

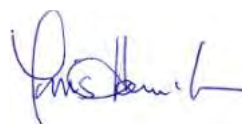
La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

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

2013-06-18
Date

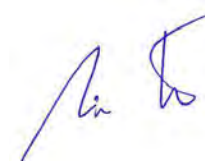
Louis Hanrahan
Directeur général



Signature du directeur général

2013-06-18
Date

Simon Clément
Membre du comité de vérification



Signature de la personne désignée

(1) On entend par sceau l'indication de l'heure et de la date de la dernière mise à jour de la base de données de L.P.R.G. qui sont identifiées à toutes les pages de la copie papier du rapport financier annuel.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explications du rapport financier annuel et le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas.

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 300 ans de services à la communauté d'expression anglaise de la grande région de Québec. Il a été créé pour renforcer l'offre de service en anglais destinée à cette dernière.

Les origines de notre établissement remontent 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 légua 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 au début des années 1990 que naît un projet conjoint entre la communauté anglophone et le réseau public pour mettre sur pied des services communautaires de type CLSC destinés à la population anglophone. De cette initiative a émergé le partenariat public-privé novateur connu sous le nom de « Centre Holland ». Lors de la création de l'établissement actuel, le Centre Holland et ses partenaires ont favorisé le transfert de leurs services à celui-ci pour enrichir la mission du Jeffery Hale – Saint Brigid's.

En avril 2007, riches d'un héritage de prévoyance et de compassion, les deux institutions ont uni leurs destinées pour former l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Le regroupement a donné naissance à une organisation solide, une force vive du milieu de la santé dans la région, tout particulièrement en ce qui concerne la réponse aux besoins de la population anglophone.

Malgré les liens historiques de l'établissement avec la communauté anglophone de la région, Saint Brigid's et le Jeffery Hale accueillent également, depuis leurs débuts, des clientèles francophones. Nous sommes fiers de continuer à bâtir sur cet héritage d'ouverture aux deux communautés en offrant des services bilingues qui répondent aux besoins de nos deux populations cibles.

1.2 Notre mission, ancrée dans les services de première ligne bilingues

Énoncé de mission

Issu de la communauté d'expression anglaise de la grande région de Québec et investi de sa longue tradition d'entraide, l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's est un établissement public bilingue sous gouvernance participative, engagé à offrir des services sécuritaires de la plus haute qualité empreints de compassion. Il contribue concrètement à la santé et au bien-être de la population de la région en collaboration avec ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et de la communauté à travers ses services communautaires et généraux de première ligne pour tout groupe d'âge de même que ses services variés destinés aux personnes en perte d'autonomie.

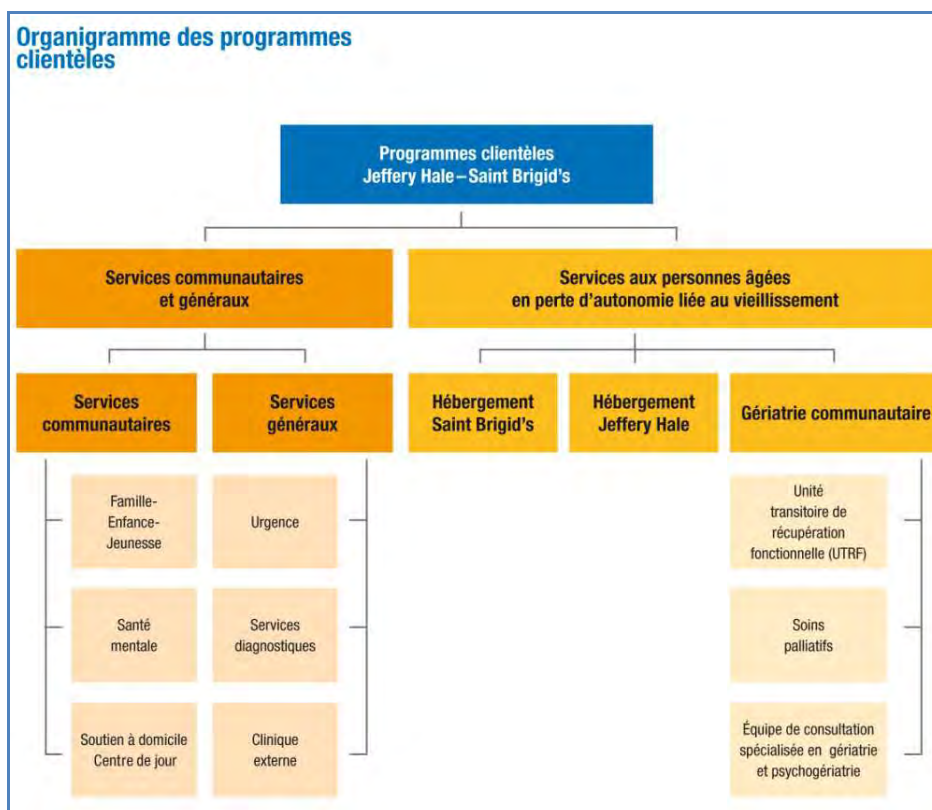
Le Jeffery Hale – Saint Brigid's joue un rôle central de soutien à la communauté d'expression anglaise et à sa vitalité. Il assume le leadership d'actions concertées visant à contribuer au développement de cette communauté et à la santé et au bien-être de ses membres.

Offre de service actuelle

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 destinés à la population anglophone.

- ➔ Des services aux personnes âgées en perte d'autonomie (services dans les deux langues) :
 - o 241 lits de soins de longue durée (142 à Saint Brigid's et 99 au Jeffery Hale);
 - o 26 lits de gériatrie communautaire, dont 10 de soins palliatifs. À cela s'ajoutent des services de consultation spécialisés en gériatrie et gérontopsychiatrie.
- ➔ Des services généraux pour tous les groupes d'âge (services dans les deux langues) :
 - o services d'urgence mineure, services diagnostiques (imagerie médicale et prélèvements) et services en clinique externe.
- ➔ Des services communautaires pour tous les groupes d'âge (services principalement en langue anglaise) :
 - o services communautaires 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;
 - o soutien à la communauté comprenant les services d'organisation communautaire, les initiatives de partenariat avec les organismes volontaires de la communauté d'expression anglaise et le développement du bénévolat.

Comme **établissement désigné** en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, nous avons le mandat particulier de desservir la population anglophone de la région et à ce titre, tous nos services sont disponibles en français et en anglais. Nous assumons un rôle de premier plan d'initiatives visant à assurer l'accessibilité et l'adéquation des soins et services offerts à la clientèle anglophone dans sa langue.



Deux rôles, deux langues de service

Le statut d'établissement associé à une population minoritaire anglophone, mais offrant une large gamme de services de première ligne dans les deux langues à la population en général du territoire du centre de santé et de services sociaux (CSSS) où nous sommes situés, nous place dans une situation unique : nous devons différencier notre rôle selon la population desservie.

Nous faisons partie d'un réseau de services qui répond aux besoins de l'ensemble de la population d'un territoire à qui nous offrons les services qui découlent de la mission et des rôles qui nous sont confiés. Nous avons alors un rôle de partenaire des CSSS, particulièrement du CSSS de la Vieille-Capitale, dans une approche de services ou programmes clientèles.

Nous agissons, en même temps, comme tête de file de l'organisation et de la prestation de services en langue anglaise au bénéfice de la population anglophone de l'ensemble de la région. Nous assumons alors un rôle de leader, dans une approche communautaire et de programme clientèle et soutenons ainsi les CSSS dans l'exercice de leur responsabilité populationnelle.

Nous avons donc la caractéristique distinctive d'être un établissement bilingue qui répond aux besoins de chaque personne en français ou en anglais, selon son choix.

Une constante demeure dans notre approche : la collaboration avec les partenaires du réseau et la collaboration avec la communauté.

Notre rôle au regard de la population en général – les services en français

Une large part de notre clientèle provient de la région de la Capitale-Nationale et, plus particulièrement, du territoire du CSSS de la Vieille-Capitale (CSSSVC). Elle est nécessairement servie en français, la langue officielle au Québec. Nos responsabilités à l'égard de cette population sont toutefois en principe limitées à celles convenues avec le CSSS du territoire (ce dernier y assumant la responsabilité populationnelle exclusive) et avec l'Agence régionale.

Dans ce contexte, nous offrons à la population en général les soins et les services directs compatibles avec la mission qui nous est reconnue par règlement. Ceux-ci correspondent notamment aux soins de longue durée, aux services de gériatrie communautaire incluant des soins palliatifs ainsi qu'aux divers services généraux comme l'urgence mineure, des services diagnostiques et des services en clinique externe. Nous exerçons notre rôle en étroite collaboration avec notre partenaire principal, le CSSSVC, mais nous interagissons aussi directement avec les autres établissements de la région. À cet égard, nous avons tous les droits et toutes les responsabilités d'un établissement autonome.

Notre rôle en regard de la population anglophone

L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's a toujours parmi ses grandes priorités de répondre aux besoins de la communauté anglophone.

Notre établissement joue un rôle important de soutien à la communauté anglophone et à sa vitalité. Il entreprend des actions visant à contribuer au développement continu de cette dernière et à la santé générale de ses membres.

Il agit de façon concertée avec les organismes de la communauté et en collaboration avec ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Un rôle qui a émergé de caractéristiques particulières de la population d'expression anglaise

Ces dernières années, des recherches ont établi la grande importance de communiquer adéquatement avec les clientèles des services de santé et des services sociaux. Il a été démontré que la barrière de la langue peut poser des risques significatifs dans la prestation de soins. (Bowen, 2001; Flores, 2005; Bowen et al., 2010) :

De plus, il est maintenant reconnu, notamment par l'Institut national de santé publique, que la langue peut être considérée comme déterminant de la santé et que la population anglophone démontre certains facteurs de risque ou de vulnérabilité qui lui sont propres. C'est pour ces raisons que la possibilité d'établir une offre de service différenciée pour sa population d'expression anglaise, en confiant à notre établissement un rôle central dans l'organisation de l'accès aux services en langue anglaise, a été retenue par la région de la Capitale-Nationale.

1.3 Portrait de nos clientèles desservies

La population d'expression anglaise

Dans la région de la Capitale-Nationale, la population d'expression anglaise (Selon le recensement de Statistique Canada, 2006 et Warnke, 2009) :

- totalise un peu moins de 12 000 personnes et représente environ 2 % de la population;
- est relativement stable depuis 2001, même si elle a connu des périodes de diminution quelques années avant;
- est localisée principalement sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale (53,9 %), et sur le territoire du CSSS de Québec-Nord (39,7 %), principalement dans les municipalités de Valcartier et Shannon;
- comprend environ 28 % de personnes migrantes, c'est-à-dire ayant été résident d'une autre municipalité cinq ans plus tôt;
- est actuellement plus vieille que celle de l'ensemble de la région. (CIM, 2011) et appelée, dès 2016, à une hausse importante du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus;
- comporte une génération « aidante » moins présente, soit les gens âgés de 40-65 ans que l'on associe à l'exode des années 1976-1986;
- est 17 % plus susceptible de vivre sous le seuil de faible revenu que les francophones de la région (Warnke, 2009);
- est à 33 % détentrice d'un certificat ou d'un diplôme d'étude universitaire;
- est deux fois plus susceptible d'avoir un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 KG/m² que les francophones de la région (RISF, 2009).

On observe chez la population anglophone quelques caractéristiques qui la distinguent de la majorité et qui exigent une offre de service et une approche différenciées :

- Utilisation moins fréquente des services publics.
- En comparaison, peu ont accès à un médecin de famille.
- Le réflexe premier est de chercher de l'aide dans l'entourage.
- L'accès au soutien d'un entourage significatif plus communautaire (ex.: congrégation, voisins, etc.).
- Population plus isolée socialement, surtout les personnes âgées dont la famille a quitté la région.

La population générale desservie

Notre établissement se situe dans un quartier où le taux de vieillissement est comparativement très important. Notre offre de service de première ligne répond bien aux besoins de cette population, mais également à ceux de tout groupe d'âge. Le lecteur qui désire s'informer davantage sur les caractéristiques de la population majoritaire que nous desservons pourra se référer à l'information fournie à cet égard par le CSSS qui en a la responsabilité territoriale et avec lequel nous collaborons étroitement.

1.4 Notre engagement et nos valeurs

Notre engagement

Qualité, sécurité, compassion

L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's s'engage auprès de la population à offrir des services de qualité, sécuritaires et empreints de compassion.

Nous nous engageons à évaluer en continu la qualité de nos services avec notre personnel, nos partenaires et nos usagers.

Nous nous engageons à ce que l'ensemble des processus de production de services et leur prestation soient sécuritaires tant pour la clientèle et leurs proches que pour le personnel.

Notre organisation valorise la compassion et l'empathie de la part de son personnel et tient à ce que le mieux-être de la personne à qui le service est destiné et de ses proches soit au cœur de nos préoccupations.

Nos valeurs

Respect, discrétion, professionnalisme, empathie, courtoisie, équité

Notre établissement et son personnel endossent les valeurs définies ci-après.

- **Respect.** Sentiment qui porte à accorder à quelqu'un une considération, en raison de la valeur qu'on lui reconnaît, et à se conduire envers lui avec réserve et retenue.
- **Discrétion.** Qualité qui consiste à faire en sorte que des renseignements personnels ne soient pas divulgués.
- **Professionnalisme.** Qualité d'une personne qui exerce son travail avec sérieux, rigueur et compétence.
- **Empathie.** Faculté de comprendre ce que l'autre ressent.
- **Courtoisie.** Attitude de politesse et de délicatesse dans le langage et le comportement, conforme aux règles de civilité considérées comme les meilleures dans la société.
- **Équité.** Vertu qui consiste à régler sa conduite sur le sentiment du juste et de l'injuste, sur son appréciation de ce qui est dû à chacun.

1.5 Le plan d'organisation

Nos services se regroupent sous deux grandes directions de programmes-clientèles soutenues par deux directions conseils et deux directions administratives et techniques. Cette structure est quelque peu exceptionnelle, car, pour des raisons de disponibilité de ressources, la Direction des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement est assumée par le directeur général adjoint.

Directions des programmes clientèles

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

Directions de soutien clinique

- Direction des services professionnels (DSP)
- Direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ)

Directions de soutien administratif et technique

- Direction des ressources humaines (DRH)
- Direction des ressources financières, techniques et informationnelles (DRFTI)

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Directions des programmes-clientèles

Direction des services généraux et communautaires

Madame Brigitte Paquette, directrice des services généraux et communautaires, assume, en collaboration avec la chef des services généraux, madame Louise Lagacé, et le chef des services communautaires de langue anglaise, monsieur Jean-Marc Tanguay, 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 et de la gériatrie communautaire Jeffery Hale, monsieur Stéphane Marcoux, la chef de l'hébergement Saint Brigid's, madame Marie Robitaille, et des conseillères cadres en activité clinique, mesdames Nathalie Martel et Marie Dion, au Jeffery Hale et madame Claudia Caron, à Saint Brigid's, monsieur Mario Soucy, directeur général adjoint, assume la responsabilité de la (PALV) 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 réadaptation fonctionnelle (UTRF);
 - le service de consultation spécialisée en gériatrie et gérontopsychiatrie;
 - 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;
- la pharmacie;
- la prévention des infections.

Le docteur Dumais agit aussi à titre de médecin examinateur de l'établissement. Le médecin examinateur examine toute plainte formulée par un usager ou toute autre personne concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident qui exerce sa profession dans notre établissement.

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 en soins infirmiers, madame Charlene Joyal, et la conseillère cadre en gestion des risques, madame Myriam Laroche, 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 Direction des ressources humaines, sous la responsabilité de la directrice, madame Ann Martell, en collaboration avec la chef de service, madame Marie-Christine Collet, apporte directement un soutien aux gestionnaires et aux équipes.

Les principales activités de la DRH comprennent : la dotation, la présence au travail, les relations de travail, la rémunération et les avantages sociaux, le programme de reconnaissance et le développement de la relève.

Direction des ressources financières, techniques et informationnelles (DRFTI)

Sous la responsabilité de son directeur, monsieur John Haberland, la DRFTI 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, coordonnateur des services techniques et de la sécurité civile, madame Lise Fontaine, chef des services alimentaires, et monsieur Christian Dufresne, responsable du service de l'informatique.

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

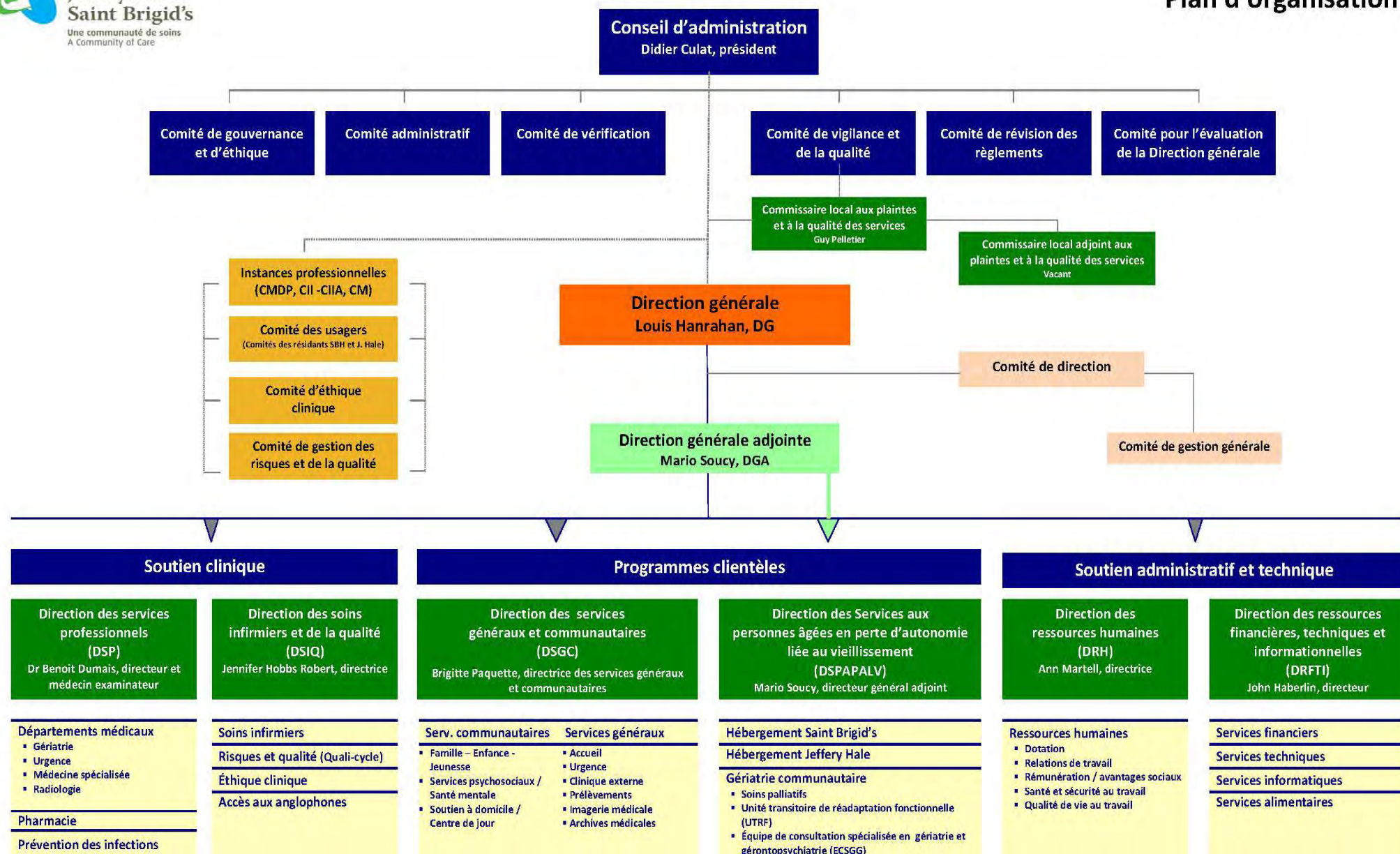
Monsieur Guy Pelletier assume la responsabilité de la gestion des plaintes en lien avec la qualité de nos services. Il est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, il 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, le commissaire local doit également intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

Notre équipe de gestion dynamique



Notre équipe de gestionnaires, comme l'ensemble de notre personnel, est dédiée à la qualité, à la sécurité et à la compassion dans les soins et services à la clientèle, et dans la vie au travail.



Mise à jour : 20 février 2013

Partie 2

Faits saillants et bilan de l'année

2.1 Faits saillants de l'année

L'année 2012-2013 a donné lieu à des avancées très significatives au Jeffery Hale – Saint Brigid's dans plusieurs secteurs, qu'il s'agisse de nouvelles initiatives ou la consolidation de projets en cours.

En cette année de préparation à la visite d'Agrément Canada, à la mi-mars 2013, il n'est pas surprenant que l'établissement ait mis un effort particulier à se doter des politiques requises et consolider ses pratiques afin d'assurer la qualité et la sécurité à toute épreuve de l'ensemble des soins et services offerts. L'Agrément avec mention d'honneur, le plus haut niveau d'excellence possible, qui nous a été conféré atteste que nous sommes sur la bonne voie et nous en sommes fiers.

Chez la Direction des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement, après les efforts importants des dernières années pour se donner les ressources et l'organisation du travail qui favorisent un fonctionnement clinique efficace, des projets importants visant à réaménager les aires communs pour les résidants s'imposaient. À Saint Brigid's, le réaménagement de l'entrée principale et du grand salon, réalisé en partenariat avec nos fondations et notre groupe bénévole, a permis d'augmenter la sécurité et la convivialité des lieux de façon marquante. Au Jeffery Hale, la volonté de se donner un nouveau salon communautaire chaleureux au rez-de-chaussée s'est concrétisée pour que les résidants et les visiteurs puissent en bénéficier dès le début de la saison estivale.

Dans le secteur des services généraux, les initiatives visant à améliorer l'accueil de la clientèle retiennent l'attention. L'intégration de l'équipe de l'accueil et la révision des processus ont permis de faciliter l'accès aux services en imagerie médicale. Un projet important en cours resultera, en début d'été, en une nouvelle salle d'attente et des aires et processus d'accueil redessinés qui offriront aux clientèles de l'urgence un accès simplifié et convivial, mais également plus sécuritaire.

Aux services communautaires, une évaluation réalisée par la Direction de santé publique a démontré de façon concluante la pertinence et le bon fonctionnement du guichet d'accès bilingue pour les clientèles en perte d'autonomie à l'essai depuis deux ans. Une autre évaluation, du MSSS cette fois, a démontré que notre service de soutien à la clientèle aux prises avec des problèmes de santé mentale dans la communauté fonctionne de façon optimale.

La contribution de nos services de soutien aux nombreux projets en cours durant la dernière année est à souligner particulièrement. Sur le plan clinique, les efforts de la Direction des soins infirmiers et de la qualité ont été précieux et ont fait en sorte que tous les secteurs étaient fin prêts à recevoir les visiteurs d'Agrément, confiants en leurs connaissances et savoir-faire. Du côté des services techniques et informatiques, les contributions aux projets d'amélioration sont innombrables et tout aussi essentielles. Les réussites de l'établissement sont le résultat de ces collaborations hors pairs.

Il importe finalement de souligner la bonne performance financière de notre établissement malgré nos contraintes budgétaires très importantes. Un processus de budgétisation raffiné de même qu'un suivi serré par le service des finances et les programmes y sont certes pour beaucoup. Toutefois, des efforts constants dans tous les secteurs pour assurer l'efficacité des processus sont à l'honneur de tous !

2.2 Notre vision stratégique

Ancrés par une longue tradition d'entraide communautaire, nous misons sur notre développement continu en tant qu'établissement autonome bilingue issu de la communauté anglophone de la région et répondant toujours aux besoins de celle-ci. Nous voulons contribuer de manière essentielle à la santé et au bien-être de nos deux populations cibles en collaboration avec nos partenaires du réseau public et en interdépendance avec les organismes de la communauté anglophone.

Plus particulièrement, l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's se veut :

- un établissement qui se démarque par la qualité, la sécurité et la compassion dans les soins et services à la clientèle et la vie au travail;
- un établissement d'avenir, pertinent et en continuuel développement;
- un établissement bilingue en interdépendance avec la communauté anglophone et engagé à favoriser la santé et le bien-être de ses membres.

2.3 Nos priorités d'action

Partant de l'ensemble des considérations énumérées et tenant compte des besoins des clientèles, des enjeux de l'établissement, de la communauté et du réseau, de même que des aspirations de l'établissement et de ses acteurs clés, notre plan stratégique propose six pistes d'actions prioritaires pour les années 2012 à 2015 :

1. S'assurer que la qualité, la sécurité et la compassion soient au rendez-vous de toutes nos activités.
2. Privilégier la qualité de vie des personnes hébergées en plus lourde perte d'autonomie.
3. Investir pour la qualité de vie et le développement de notre personnel.
4. Développer davantage nos missions de gériatrie communautaire et de soins de fin de vie pour appuyer le maintien à domicile de la population vieillissante.
5. Accroître la contribution du Jeffery Hale au continuum régional de services de première ligne.
6. Mener les efforts pour améliorer la santé de la population d'expression anglaise de la région

2.4 Bilan des objectifs et perspectives au 31 mars 2013

L'établissement a posé un ensemble de gestes 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.

1. S'assurer que la qualité, la sécurité et la compassion soient au rendez-vous de toutes nos activités

Action 1.1 Consolider une culture d'amélioration continue

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir adopté et implanté un plan consolidé d'amélioration continue	Le conseil d'administration a adopté le <i>Plan intégré pour l'amélioration continue des soins et services</i> le 29 janvier 2013, mais ce dernier n'est pas nécessairement connu par l'ensemble des intervenants visés. Il sera complété avant la fin de 2013.
Avoir largement déployé la stratégie de communication des mots clés : Qualité, sécurité, compassion	Sans être intégrés à la nouvelle image de marque, les mots clés « Qualité, sécurité, compassion » y sont très clairement associés. Maintenant diffusés largement, il y a raison de croire que tous les publics visés sont atteints.
Avoir mis en place des moyens particuliers pour améliorer l'implication active du personnel aux efforts d'amélioration continue	Les résultats des sondages montrent que le personnel est conscient des efforts requis, mais les moyens pour assurer leur participation sont à consolider davantage.
Avoir consolidé nos indicateurs de qualité ciblés	Les indicateurs de qualité sont bien implantés et produits régulièrement. L'information contenue aux rapports trimestriels sur les risques et la qualité est valide et complète.

Action 1.2 Adopter une stratégie globale de gestion des risques

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir adopté et amorcé l'implantation d'un plan intégré de gestion des risques, lequel intègre le nouveau rôle du comité de vérification	Les bases sont implantées, mais les pratiques sont à implanter de façon concrète et continue. Les membres du comité de vérification sont sensibilisés à leur nouveau rôle. Ce point est maintenant inscrit d'office à l'ordre du jour de chaque rencontre. Les mécanismes et les outils requis restent à formaliser.
Avoir complété dans chaque équipe au moins un cycle d'identification des risques	Un exercice d'identification des risques a été mené dans tous les secteurs à titre de sensibilisation. Notre analyse prospective 2012-13 qui était basée sur un risque identifié par une équipe a été achevée avec succès. Les recommandations ont été présentées au comité de gestion des risques et de la qualité et au comité de vigilance et de la qualité.
Avoir clarifié pour chaque groupe cible (usagers, personnel, professionnels, bénévoles) leurs responsabilités particulières au regard de la sécurité des usagers	Cet objectif se déroule conformément au plan. L'appropriation des rôles de chaque groupe cible en lien avec la sécurité demeure un processus continu. Les nouveaux clients, les familles et le personnel reçoivent un guide d'accueil décrivant leur rôle sur la sécurité. Le personnel infirmier, au cours de son orientation clinique, est informé des diverses mesures de sécurité en place.
Avoir consolidé les pratiques de gestion dans chaque secteur afin que les responsabilités particulières au regard de la sécurité des usagers soient actualisées par tous	Les chefs de programmes ont présenté aux équipes la stratégie globale de gestion des risques et les rôles de chacun. Il reste à mettre en place notre processus de communication continue avec tous nos intervenants, sur tous les quarts de travail. Les audits ne sont pas faits systématiquement, mais un calendrier des audits (Quali-cycle) est en élaboration.
Avoir consolidé notre processus de suivi des incidents et des accidents cliniques	L'ajout d'une conseillère chargée du suivi systématique des incidents et accidents a permis de mettre en place une approche plus performante. Une réflexion est amorcée sur les rôles et les responsabilités des chefs / conseillères en activité clinique, en lien avec le suivi et l'analyse des incidents / accidents.

Action 1.3 Rehausser la pratique infirmière

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir implanté des recommandations de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) des suivis infirmiers aux clients ayant chuté	Cet objectif est atteint, mais les audits (Quali-cycle) devront refléter le maintien de ces pratiques.
Avoir implanté des recommandations de l'OIIQ des suivis infirmiers aux clients ayant une mesure de contrôle :	Cet objectif est atteint, mais les audits (Quali-cycle) devront refléter le maintien de ces pratiques.
Avoir implanté des recommandations de l'OIIQ au regard de l'usage systématique du plan thérapeutique infirmier (PTI)	Cet objectif est bien amorcé. Un processus d'harmonisation de nos bases de données cliniques a été réalisé. La fusion des bases est prévue le 1 ^{er} avril 2013 et sera suivie du déploiement du PTI informatisé en septembre 2013.
Avoir consolidé le programme d'accueil/orientation/intégration pour le personnel des soins infirmiers	Le processus d'accueil et d'orientation clinique du personnel infirmier est consolidé. Étroite collaboration entre la Direction des soins infirmiers et de la qualité et la Direction des ressources humaines en ce qui concerne la systématisation de l'intégration aux programmes.

Action 1.4 Miser sur la déclaration et le suivi d'événements indésirables

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir augmenté le taux de déclaration d'incidents et accidents de 10 % dans les secteurs cliniques	Les bases sont assez solides, mais ne sont pas nécessairement reflétées dans les résultats. L'effort est à maintenir.
Avoir augmenté le taux de déclaration d'incidents et accidents de 30 % dans les secteurs de soutien	La sensibilisation des équipes se fait, mais la nouvelle approche de gestion intégrée des risques ainsi que le nouveau rôle du comité de vérification nécessiteront un ajustement dans notre approche en matière de gestion des risques. Cet ajustement a entraîné des retards dans cet objectif qui sera par ailleurs maintenu.
Avoir divulgué tous les accidents susceptibles d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences aux usagers ou leurs représentants	Cet objectif est atteint. Toutefois, les efforts sont à maintenir en permanence.
Avoir procédé systématiquement à une analyse détaillée pour tous les accidents de gravité F ou plus	Cet objectif est atteint, mais on doit consolider les pratiques autour du suivi des recommandations d'amélioration.
Avoir complété avec succès le processus d'agrément	Le processus est complété avec succès. L'établissement a obtenu le statut « Agréé avec mention d'honneur », soit la plus haute distinction d'Agrément Canada.

Action 1.5 Élargie la portée de l'approche attentionnée

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir adopté et implanté une approche attentionnée consolidée et visible dans l'établissement	Le comité joue son rôle de vigie dans les différents projets de l'organisation et émet à l'occasion des recommandations au comité de direction. Une stratégie claire pour élargir le mandat du comité et le plan d'action formel reste à élaborer.
Avoir créé une équipe intégrée d'accueil pour l'établissement	L'objectif est essentiellement atteint, mais certaines pratiques sont à consolider.

Action 1.6 Avoir un comportement éthique responsable

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir élaboré, adopté et diffusé un cadre de référence en matière d'éthique clinique	Le conseil d'administration a adopté le <i>Cadre de référence en matière d'éthique et de déontologie</i> le 29 janvier 2013. L'appropriation du cadre par les équipes est à consolider.
Avoir réalisé une campagne pour promouvoir l'éthique clinique dans les soins et l'usage du cadre de référence	Les éléments de base sont réalisés, mais certaines pratiques sont à consolider. Des journées de sensibilisation sur le thème de la « Roue de l'éthique » ont eu lieu au printemps 2013 ainsi qu'une présentation auprès des membres du conseil d'administration.

2. Privilégier la qualité de vie des personnes hébergées en plus lourde autonomie

Action 2.1 Offrir un milieu de vie chaleureux comme chez soi

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir réalisé des salons de résidents sur les deux autres étages de la Résidence Jeffery Hale	L'identification des besoins est complétée et la charte du projet est déposée. La planification des travaux est en cours. Il a été convenu de réaliser ce projet simultanément avec les travaux à l'unité de soins palliatifs en janvier 2013.
Avoir réalisé le réaménagement de l'aire d'accueil de Saint Brigid's	Les espaces ont été livrés deux semaines avant l'échéancier. Un sondage de satisfaction sera mené auprès de nos résidents et utilisateurs pour maximiser l'utilisation de ces nouveaux espaces.
Avoir réalisé le réaménagement de l'aire d'accueil de la Résidence Jeffery Hale	Le plan d'aménagement a été déposé au comité qualité et au comité accueil attentionné. L'ouverture officielle de l'aire communautaire a eu lieu au printemps. Un sondage de satisfaction sera mené auprès de nos résidents et utilisateurs au cours de l'été 2013.

Action 2.2 Développer le bénévolat pour enrichir la qualité de vie de nos résidents

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir adopté un programme de formation et d'encadrement des bénévoles	Le projet de programme encadrant l'activité bénévole de même que le programme d'accueil, d'intégration et de soutien des bénévoles sont finalisés. Ils seront déposés pour validation, à nos comités consultatifs, à compter d'avril 2013.
Avoir assuré la reconnaissance de la contribution de nos bénévoles	Le volet reconnaissance est intégré au programme encadrant l'activité bénévole. Le déploiement du programme est prévu pour septembre 2013 au terme d'un processus de validation auprès de nos comités consultatifs. Les activités de reconnaissance seront harmonisées graduellement dans le respect de la couleur locale des milieux.
Avoir augmenté le nombre de bénévoles actifs de 25 % dans chacun des secteurs où ils sont requis.	Une importante campagne de recrutement est en planification pour l'automne 2013.

Action 2.3 Prioriser la fonctionnalité des lieux pour une clientèle plus lourde

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir développé un plan global pour la mise à normes de Saint Brigid's	Il n'y a pas d'avancement dans ce dossier. Cependant, d'autres opportunités sous analyse pourraient contribuer à faire cheminer ce dossier. Cette action est maintenue en 2013-14.
Avoir réalisé une aire de vie à la résidence Saint Brigid's pour les résidents présentant des symptômes comportementaux et psychologiques persistants de la démence	Les étapes de planification des projets visant un environnement adapté à ce type de clientèle sont débutées. Le ministre doit annoncer ce projet dans les prochaines semaines. La formation sur la gestion des symptômes comportementaux a été déployée avec succès à titre pilote à Saint Brigid's et se poursuivra auprès de l'ensemble du personnel au cours de l'automne 2013.

Action 2.4 Animer les unités d'hébergement

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir adopté un programme d'activités dirigées sur les unités de vie	Le plan d'action est élaboré. La formation est prévue au printemps 2013.

Action 2.5 Encourager l'implication de la famille et de la communauté dans la vie des résidents

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir développé un programme de partenariat et d'échange avec le Manoir McGreevy	Le projet de réaménagement des espaces communautaires à Saint Brigid's étant terminé, de nouvelles activités pourront s'intégrer à la programmation dans les prochains mois.

Action 2.6 Mettre la participation financière de nos fondations au service des résidents

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir révisé les différents processus de demandes à nos fondations	Les travaux du comité ont été reportés en raison de l'effort requis pour la préparation de l'agrément. Cette action est reconduite en 2013-2014.
Avoir élaboré un processus harmonisé de gestion des demandes à l'ensemble de nos fondations, qui assure une bonne lecture des besoins de nos clientèles	Un processus de gestion des demandes existe, mais il y a peu d'avancement dans sa révision formelle. Cette action est reportée en 2013-2014.
Avoir déployé un processus de gestion harmonisé des demandes à nos fondations.	Reporté en 2013-14 suite à l'approbation des nouveaux processus.

3. Investir pour la qualité de vie et le développement de notre personnel

Action 3.1 Retenir notre personnel

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir adopté un plan d'action intersectoriel pour hausser notre taux de rétention	Un plan d'action est difficile à élaborer compte tenu de la complexité. Cet objectif accuse du retard même si nos pratiques améliorées donnent déjà de bons résultats. Le comité de direction décide de se donner comme objectif principal pour la prochaine année de rehausser ses pratiques de gestion des ressources humaines. La rétention et la titularisation seront au cœur du plan.
Avoir assuré que le programme d'accueil des nouveaux employés dans tous les secteurs est implanté	Nous avons développé un guide d'accueil, et des programmes d'orientation sont déjà couramment utilisés. Un guide pour les stagiaires sera également bientôt diffusé.

Action 3.2 Assurer un climat de travail stimulant

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir assuré un milieu de travail qui offre des opportunités de s'engager dans le milieu	L'objectif est très bien amorcé, mais sera toujours pertinent en 2013-14. La participation à nos comités paritaires, au sondage sur le climat de travail et aux activités de reconnaissance est bonne. La démarche vers la visite d'agrément a augmenté considérablement les activités demandant la participation des équipes.
Avoir assuré que des programmes actualisés contribuent à un milieu de travail exempt de harcèlement et violence	La politique a été révisée le 29 janvier 2013. Un dépliant explicatif a été distribué largement. Au besoin, les séances de sensibilisation sont offertes aux équipes pouvant bénéficier des renseignements supplémentaires en lien avec les modalités de notre politique.

Action 3.3 Renforcer les compétences

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir assuré que la gestion du programme de formation et de développement du personnel est optimisée	Le processus d'identification des besoins est lent, et le comité de formation impliquant les syndicats n'est pas encore actif. Le logiciel SAGE est fonctionnel. Cet objectif sera atteint en 2013-14.
Avoir assuré que le personnel cadre se prévaut d'opportunités de formation et d'encadrement qui répondent à leurs besoins	Cet objectif a été réorienté en cours d'année, car les cadres sont bien servis par le programme de formation offert par le CHU. On note un excellent taux de participation des cadres, et les résultats des évaluations de formation démontrent un haut taux de satisfaction.

Action 3.4 Reconnaître les succès de notre personnel

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir assuré que les mécanismes formels de reconnaissance sont mis en place et soutenus	Cet objectif est largement atteint. Il y a une excellente réponse au déploiement du Prix Ovation. Le Gala reconnaissance est bien apprécié.
Avoir assuré que les gestionnaires et les responsables d'équipe mettent en pratique les mécanismes de reconnaissance informelle de notre politique de reconnaissance	Les efforts sont à poursuivre. Certaines formes de reconnaissance informelles sont déployées de façon naturelle. La contribution des chefs d'équipe dans la reconnaissance est inégale.

Action 3.5 S'enrichir de collaborations dynamiques avec nos partenaires syndicaux

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir assuré que la gestion de situations litigieuses est faite en temps opportun et au niveau approprié	Tous les efforts sont déployés pour s'assurer que les situations potentiellement litigieuses sont traitées avec les gestionnaires avant de devenir l'objet d'un grief. Plusieurs griefs ont été fermés cette année. Aucun dossier n'a été conduit en arbitrage en 2012-13.
Avoir mis en place un mécanisme de concertation proactif en collaboration avec les instances syndicales	La mise sur pied d'une table regroupant les instances syndicales n'est pas réalisée. Un climat de confiance est présent, et les instances syndicales collaborent bien dans la gestion des dossiers qui sont portés à notre attention.
Avoir préparé un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre.	Notre portrait local a été transmis à l'Agence pour être inclus au portrait régional. Un plan d'action y est joint. L'inventaire des besoins est connu jusqu'à un certain point, car les absences sont souvent imprévisibles : maladies, maternités, retraites, etc.

Action 3.6 Encourager les saines habitudes de vie

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Connaître les préoccupations réelles de notre personnel en lien avec la qualité de leur vie au travail	Sondage réalisé auprès du personnel, du 24 septembre au 21 octobre 2012 avec un taux de participation de près de 60 %.
Avoir mis en place le Comité de bien-être au travail	Les groupes de discussion ont été menés, et les résultats revus pour déterminer la composition du comité de santé et mieux-être. Le calendrier de réalisation est respecté pour toutes les activités associées à la démarche Entreprise en santé.
Avoir créé les politiques nécessaires pour amorcer la démarche Entreprise en santé.	Une politique intégrée relative à la santé, à la sécurité et au mieux-être en milieu de travail a été adoptée par le comité de direction le 26 février 2013. La diffusion sera associée à l'annonce de la composition du comité de santé et mieux-être.

4. Développer davantage nos missions de gériatrie communautaire et de soins de vie pour appuyer le maintien à domicile de la population vieillissante

Action 4.1 Accompagner les personnes en fin de vie

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir déployé un programme de soins interdisciplinaire destiné à nos clientèles en soins palliatifs et fin de vie.	Le déploiement de la capsule de formation sur les soins buccodentaires a été reporté en raison de l'effort requis pour le déploiement de plusieurs formations en lien avec l'agrément. La formation des bénévoles est reportée en mai 2013. Le déploiement de la structure de gouvernance du projet soins palliatifs et la mise en place des différents comités de travail sont complétés. La formalisation du réseau de partenaires suivra dans le cadre de la planification de la suite du projet pour 2013-2014.
Avoir obtenu le soutien financier nécessaire à la réalisation de modules de formation en soins palliatifs additionnels	L'étude de faisabilité a été menée au cours de l'automne. Des demandes formelles ont été reconduites auprès de nos partenaires. Nous sommes en attente de financement afin de poursuivre le développement dans ce dossier.
Avoir adopté un programme d'accueil et d'encadrement des stagiaires en soins palliatifs	Le programme d'accueil est élaboré. Son déploiement auprès des stagiaires à AEP en soins palliatifs est prévu pour avril 2013. Nous sommes en discussion avec les maisons d'enseignement pour augmenter le nombre de stagiaires dès la prochaine session.

Action 4.2 Collaborer au développement régional de projets novateurs pour mieux soutenir les personnes âgées à domicile

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir réalisé une analyse préparatoire à la rénovation de l'unité des soins palliatifs et UTRF	Objectif largement atteint. Le comité de direction a retenu une hypothèse, validée par l'Agence, qui nous accorde un montant de 210 000 \$ pour assurer les frais associés à l'organisation du travail. Un plan de communication est en cours auprès des différentes instances quant à l'hypothèse retenue. Le plan fonctionnel et technique est terminé et transmis à l'Agence.
Avoir réalisé une charte de projet détaillée selon l'hypothèse retenue quant au transfert temporaire de nos clientèles	Une chargée de projet a été nommée en janvier 2013. La charte de projet est en élaboration. L'avant-projet est débuté. Les plans et devis seront élaborés au cours de l'été 2013.

5. Accroître la contribution du Jeffery Hale au continuum régional de services de première ligne

Action 5.1 Miser sur le rendement optimal de l'urgence mineure

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir consolidé les pratiques et processus de triage/prétriage dans le respect des standards de qualité applicables	Le département de l'urgence et le comité de direction a adopté un protocole de prise en charge de l'épisode de soins à l'urgence qui inclut la réorientation. Le comité de travail sur le triage a convenu du processus de travail à mettre en place pour le prétriage.
Avoir évalué l'implantation des cliniques de suivi de l'urgence	Les cliniques de suivi opèrent hebdomadairement. Le nombre d'utilisateurs est comptabilisé pour chaque clinique, et des impacts positifs sont observés.

Action 5.2 Mettre le plateau diagnostique au service des médecins de 1^{re} ligne

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir consolidé les pratiques en imagerie médicale en conformité aux standards de qualité et de sécurité applicables	Le secteur de l'imagerie médicale a développé trois politiques et procédures et les formations associées ont été fournies. Le secteur a réussi l'agrément avec une note globale de 97,4 %.
Avoir assuré notre participation à l'offre de service en endoscopie pour soutenir le projet régional de dépistage du cancer colorectal	Considérant la consolidation des pratiques réalisée, cet objectif est reporté à l'an prochain.
Avoir augmenté notre contribution aux trajectoires régionales en dépistage du cancer	Considérant la consolidation des pratiques réalisée, cet objectif est reporté à l'an prochain.

Action 5.3 Miser sur l'intégration des services en réseaux efficaces

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir préparé le regroupement des services cliniques de première ligne de l'établissement, soit les services généraux et communautaires	Des étapes sont franchies dans la conceptualisation du plan d'intégration. Cependant, en ce qui concerne le rapprochement physique des équipes, certaines réponses préalables quant à l'avenir du pavillon sont nécessaires.

Action 5.4 Contribuer davantage à la prévention des maladies chroniques

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir implanté le programme Alliance pour les grands utilisateurs de services à l'urgence du Jeffery Hale	Des discussions ont cours avec l'Agence, mais le processus est lent. Cet objectif est reporté à l'année prochaine.
Avoir augmenté notre contribution à la trajectoire régionale en maladie chronique plus particulièrement pour les suivis en première ligne et les diagnostics précoces	Nous avons déposé une proposition de développement en imagerie médicale à l'Agence. Cet objectif est reporté à l'année prochaine.
Avoir augmenté notre contribution aux trajectoires régionales en dépistage du cancer	Des discussions ont cours avec l'Agence, mais le processus est lent. Cet objectif est reporté à l'année prochaine s'il demeure pertinent.

6. Mener les efforts pour améliorer la santé de la population d'expression anglaise de la région

Action 6.1 Consolider la gamme de services en anglais

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir consolidé les services de soutien à domicile et surtout la composante d'aide à domicile	Des discussions ont cours avec l'Agence pour clarifier les besoins. Des allocations de soutien à domicile sont prévues au cours des prochains mois, et nos besoins sont documentés.
Avoir instauré une alternative à l'hébergement en CHSLD	Suite à notre évaluation, nous constatons que, considérant les limites budgétaires, le projet de 9 lits prévu par l'Agence n'est pas réaliste. Des pourparlers sont à reprendre avec nos partenaires communautaires et publics afin de réaliser un projet efficient.
Avoir amélioré la capacité du secteur santé mentale de répondre aux besoins des clientèles aux prises avec un problème de dépendance.	Les besoins de consolidation de services ont été identifiés et communiqués à l'Agence. Une demande de développement en soutien d'intensité variable en santé mentale appuyé d'un rapport du Centre d'excellence en santé mentale a été soumise.
Avoir assuré la pérennité du Guichet d'accès Jeffery Hale	Une rencontre sur le bilan de l'offre de service des services communautaires a eu lieu en janvier. Le comité de coordination de l'évaluation a confirmé la pertinence du modèle, mais le défi pour actualiser le financement demeure. L'Agence est informée de ce besoin prioritaire.
Avoir déterminé avec plus de précision nos postes requérant des ressources bilingues	Une trentaine de postes ont été évalués pour établir le niveau de capacité en langue anglaise requise et le deuxième niveau de validation est en cours. Une nouvelle grille standardisée est établie pour le niveau d'anglais requis.

Action 6.2 Amener la prévention à la portée de la population anglophone

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir obtenu les moyens requis pour assurer l'actualisation de l'ensemble du plan de santé publique	la Direction régionale de santé publique a réalisé une analyse préliminaire des ressources financières requises pour assurer le déploiement de l'ensemble de l'offre de service. Certaines sommes modiques nous sont maintenant versées, mais cet objectif est à poursuivre.
Avoir actualisé le plan de communication public portant sur la prévention et la promotion de la santé	Les outils de prévention et de promotion de la santé sont développés, mais pas déployés de façon systématique comme prévu. Des discussions sont en cours avec les partenaires communautaires en vue d'une possible réorganisation qui pourrait toucher cet aspect.
Avoir développé une campagne d'information ciblée sur la gestion des maladies chroniques	Objectif reporté, mais qui fera l'objet d'une analyse de pertinence au préalable.
Être un partenaire proactif du réseau Québec en forme	Objectif atteint, une première au Québec pour une communauté minoritaire. Le réseau Québec en forme pour la population d'expression anglaise est actif, et le Jeffery Hale – Saint Brigid's participe activement au premier plan triennal.
Avoir identifié une stratégie permettant de cibler la communauté minoritaire dans le cadre d'initiatives de développement des communautés	L'établissement participe activement au comité régional de développement des communautés. L'importance du statut de communauté identitaire est considérée dans la présente démarche.

Action 6.3 Bâtir un réseau de partenaires efficace

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir réaffirmé avec les membres les buts et les objectifs de la «Communauté de soins»	Les membres clés se rencontrent régulièrement. Une démarche visant à développer les buts et les objectifs communs est en cours. Des discussions stratégiques avec les partenaires communautaires en vue d'une possible réorganisation pourraient toucher cet aspect.
Avoir adopté un plan d'action prioritaire commun avec la table centrale du réseau des partenaires communautaires et publics	Des discussions stratégiques avec les partenaires communautaires en vue d'une possible réorganisation des services communautaires sont en cours, mais n'impliquent pas encore tous les acteurs.
Avoir participé aux efforts communs pour préserver les institutions de la communauté	Objectif atteint en continu.

Action 6.4 Encourager la participation active de la population anglophone

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2013
Avoir établi un plan d'action pour mieux soutenir l'entraide communautaire traditionnelle	Le rapport a été déposé, mais des discussions sur les suites à apporter se poursuivent.
Avoir établi un plan d'action pour mieux soutenir le secteur bénévole de la communauté	Un projet plan à cet égard a été développé. Des sources de financement sont identifiées pour poursuivre le développement d'un programme global d'encadrement du bénévolat. L'objectif sera maintenu comme prioritaire en 2013-14.
Avoir favorisé la participation de membres de la communauté aux instances de l'établissement	La communauté est assez bien représentée dans l'établissement, mais en vue de préparer une relève, l'approche systématique requise n'a pas été déployée. L'objectif sera maintenu en 2013-14.

2.5 Bilan des indicateurs de l'entente de gestion 2012-13

Engagements régionaux et actions en suivi du plan stratégique ministériel

PRÉVENTION ET PROMOTION

Engagement 1 : Agir en amont des problèmes de santé et de bien-être et contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par des actions concertées.

Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Mise en œuvre du PNSP / PAR-SP					
1.1.1A	100 % des programmes doivent être implantés et ceux qui nécessitent une augmentation de l'intensité, identifiés	100 %	Action engagée		
1.1.2A	Indicateurs des résultats identifiés pour 100 % des programmes	100 %	Action engagée		

Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Pratiques préventives					
1.5.1A1	Implantation du nombre de groupes ÉQUILIBRE ciblés	2	2		
1.5.1A2	Augmentation du nombre de personnes rejointes par le programme MARCHE	7	7		
1.5.2A	Assurer la mise en place des pratiques cliniques préventives reconnues (maladies chroniques)	Déploiement du plan de mise en œuvre complété.	Action réalisée		
1.5.2B		Évaluation de son implantation.	Participation attendue		
1.5.3A	Diffuser les formations sur le guide de bonne pratique en prévention du suicide.	Dispenser 19 séances de 3 jours de formation rejoignant 12 personnes par séance de formation.	Action engagée		

SERVICE DE PREMIÈRE LIGNE

Engagement 2 : Améliorer le niveau de services de première ligne dans chacun des réseaux locaux dans le cadre des projets cliniques.

Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Offre de services médicaux et généraux intégrés					
2.1.4A	Déterminer avec les partenaires le processus de travail; actualiser les premières composantes de l'offre de service de première ligne (équipe pluridisciplinaire) aux cliniques médicales.	Modèles d'organisation définis et diffusés	En cours	Collaboration avec les partenaires régionaux dans le déploiement des modèles.	

Indicateur		Cible 2012-2013		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Offre de services de soutien à domicile						
2.2.1A	Réaliser un projet d'optimisation de l'organisation du travail en SAD dans chacun des CSSS.	Établissement ayant réalisés des projets d'optimisation.		Action réalisée	Révision de l'offre de service en centre de jour.	

Indicateur		Cible 2012-2013		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Milieux de vie substitués						
2.3.1A	Plan de transformation régionale de conversion de places d'hébergement de longue durée vers des ressources alternatives.	Actualisation de la phase 1 du plan de conversion régional.		Action réalisée	Complété au cours de l'exercice 2011-2012.	

Indicateur		Cible 2012-2013		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Projet clinique PALV						
2.4.3	Déployer le programme d'admission PECA dans chacun des établissements.	100 %		En partie	Les travaux se poursuivent au niveau régional.	

Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Orientations et dépendances					
2.8.1A	Revoir les rôles et responsabilités, ainsi que la trajectoire de service de première ligne : repérage, détection, intervention précoce, référence toxicomanie/jeu pathologique.	Déploiement poursuivi et consolidation de l'offre de service de première ligne dans tous les CSSS.	Action réalisée		

Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Information clinique et collaboration interdisciplinaire					
2.11.1	Compléter le déploiement du volet médicament du DSQ en 2012 pour les sites suivants des établissements : 100 % des UMF et 50 % des CLSC au niveau des soins courants.	Un déploiement complété du volet médicaments DSQ.	Action réalisée	Considérant le niveau de fiabilité des données, ce projet est reporté en 2013-2014.	

ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET APPUI À LA PREMIÈRE LIGNE

Engagement 3 : Assurer la réponse dans les délais d'accès

Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Accès aux services diagnostiques					
3.4.1A	Poursuivre la hiérarchisation des laboratoires	Intégrer de nouveaux laboratoires au corridor du CHUQ et finaliser les travaux avec les laboratoires du corridor du CHA à la livraison de l'application multi-sites de TD-synergie	Action réalisée	Transfert du labo en septembre 2012.	

RESSOURCES HUMAINES

Engagement 5 : Prendre soin de la dimension ressource humaine et innover dans les pratiques de gestion

Indicateur	Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Environnement de travail et disponibilité de la main-d'œuvre				
5.1.4A	Une PMO réalisée dans les CSSS, CHSGS (urgences) et GMF-CRQ	Action engagée	Action engagée	

Indicateur	Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Partenariat avec l'éducation				
5.4.1A	Mettre à jour et poursuivre la campagne « Sauve des vies »	Une campagne révisée annuellement	Action engagée	

Indicateur	Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Partenariat avec l'éducation				
5.4.2A	Poursuivre le développement de l'emploi étudiant et des programmes d'externat pour les étudiants inscrits dans les programmes de santé et des services sociaux	Accroître de 10 % annuellement le nombre d'étudiants inscrits dans les programmes de santé et services sociaux employés dans le réseau d'ici 2015	11	Même résultat que 2011-2012 
5.4.3B	Soutenir l'inscription dans les programmes prioritaires	Augmentation du nombre de places de stage. • 1 ^{er} temps : participation, • 2 ^e temps : dégager les marges de manœuvre nécessaires au développement de places de stages	Action engagée	Programme baccalauréat en soins infirmiers, stages en soins palliatifs et santé communautaire. 

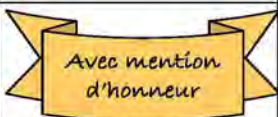
Indicateur	Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Mesure de rétention du personnel				
5.5.1	Réviser les programmes d'intégration et de soutien à la nouvelle main-d'œuvre	Diminuer le taux de roulement	19 %	Réduction de 12 % par rapport à 2011-2012. 

Indicateur	Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance				
1.08.05	Nombre de place en SIV dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus (nbre moyen) qui ont reçu des services	5	3	Considérant que nous avons une ressource à 2 jours/semaine, l'intensité et les pratiques correspondent aux standards établis par le centre d'excellence nationale en santé mentale. 
1.08.09	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de SM de première ligne offerts en CSSS	60	41	Une partie des usagers sans diagnostic sont enregistrés avec la clientèle nécessitant un soutien d'intensité variable. 

Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Services de soutien à domicile					
1.03.05.01	Nombre total d'heures de services SAD de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services	997	1340		

Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Médecine et chirurgie					
Imagerie médicale					
1.09.34	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale	100	100		
1.09.35	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins	100	100		
1.09.36	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins	100	100		

Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau					
3.05.01	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par les infirmières	3	2.49		
3.05.02	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par l'ensemble du personnel du réseau	1.27	2.10		
3.06.01	Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les infirmières	4.8	4.39		
3.06.02	Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les infirmières auxiliaires	2.7	3.80		
3.06.03	Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les PAB	1.75	2.78		
3.08	Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Action réalisée	Action réalisée		
3.09	Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Action réalisée	Action réalisée		

Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Rétention et mieux-être au travail					
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5.15	6.20		
3.10	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	Action réalisée	En partie		
Indicateur		Cible 2012-2013	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Rétention et mieux-être au travail					
3.13	Pourcentage des établissements accrédités par un groupe reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Action réalisée	En cours	Entreprise en santé	
3.14	Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Action réalisée	Action réalisée		

Suivi des indicateurs en lien avec la main d'œuvre

Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

	2010 – 2011		2011 – 2012		2012 – 2013	
Indicateur	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat
Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par les infirmières	3.40 %	2.60 %	3.33 %	3.64 %	3 %	2.49 %
Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par l'ensemble du personnel du réseau	1.44 %	1.93 %	1.41 %	1.41 %	1.27 %	2.10 %
Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les infirmières	10.74 %	6.45 %	6.17 %	5.02 %	4.8 %	4.39 %
Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les infirmières auxiliaires	4.37 %	7 %	3.80 %	2.93 %	2.7 %	3.8 %
Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les PAB	3.74 %	3.98 %	3.26 %	2.49 %	1.75 %	2.78 %

Rétention et mieux-être au travail

	2010 – 2011		2011 – 2012		2012 – 2013	
Indicateur	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5.15 %	5.2 %	5.15 %	5.28 %	5.15 %	6.2 %

2.6 Quali-cycle : Amélioration continue de la qualité (Agrément)

En mars 2011, notre établissement a obtenu l'agrément sans condition suite à la visite de 2010. Les inspecteurs d'Agrément Canada étaient de retour en mars 2013. Nous avons obtenu l'agrément avec mention d'honneur, soit le plus haut niveau de qualité possible. Les visiteurs ont noté la qualité de tous nos soins et services ainsi que l'engagement de la direction et du personnel à fournir des services de qualité et un environnement sécuritaire pour nos usagers.

Pour bien nous préparer à cette visite, un grand nombre d'employés ont rempli, ce printemps, des questionnaires d'autoévaluation pour mesurer notre performance par rapport aux normes canadiennes. Le taux élevé de participation et les résultats positifs témoignent que nous sommes sur la bonne voie en termes de culture de qualité et d'amélioration continue.

Nous avons maintenant atteint nos priorités d'action en ce qui a trait à l'amélioration de nos pratiques, ayant notamment mis en place l'ensemble des pratiques organisationnelles requises (POR) et atteint 97,6 % des autres exigences d'Agrément Canada. Toutefois, Agrément Canada a formulé certaines recommandations que nous énumérons sous la rubrique suivante et pour l'atteinte desquelles, nous préparons un plan d'amélioration ciblé.

La prochaine visite d'Agrément Canada est attendue en mars 2017.

Suites apportées aux recommandations d'Agrément Canada

Agrément Canada ne nous a pas signifié de condition au regard de l'agrément qu'il nous a conféré, mais a toutefois formulé un certain nombre de recommandations pour nous guider dans la poursuite de nos efforts d'amélioration. Celles-ci, constituant des domaines prioritaires d'amélioration pour notre prochaine visite en 2017, sont décrites au tableau ci-dessous :

Priorités d'amélioration	Recommandations d'Agrément Canada
Processus « Gestion des ressources »	Poursuivre les projets d'efficience et analyser l'ensemble des économies possibles considérant les restrictions budgétaires.
Processus « Gestion intégrée de la qualité »	Mettre en place des stratégies pour accompagner le personnel à tous les niveaux de l'organisation à assumer leur rôle dans l'application des politiques et procédures relatives à la gestion des risques et l'amélioration continue de la qualité.
Processus « Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes »	Offrir au personnel des séances d'information sur les aspects éthiques.
Processus « Préparation en vue de situations d'urgence »	S'assurer de tout mettre en place pour répondre au mandat attribué par l'agence régionale d'être un site receveur.
Processus « Cheminement des clients »	Diminuer la liste d'attente en gériatrie communautaire.
Processus « Équipements et appareils médicaux »	S'associer au groupe génie biomédical d'un hôpital pour répondre aux besoins de l'établissement. Mettre sur pied un comité de validation du plan de consultation des équipements médicaux. Établir un plan de communication s'adressant aux utilisateurs portant sur le rôle et les actions réalisées par les services techniques. Revoir au complet le processus de stérilisation.
Norme « Gestion des médicaments »	Revoir périodiquement la liste des médicaments dans les armoires de nuit de même que celle du commun afin de diminuer au minimum le contenu de ces réserves.
Norme « Prévention des infections »	Établir un calendrier de formation régulier sur l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et les précautions additionnelles. Élargir la formation à l'ensemble du personnel et des bénévoles. Prévoir des audits pour assurer la conformité aux politiques et procédures.
Norme « Services de santé communautaire »	Intégrer les analyses et le suivi des incidents / accidents aux rencontres d'équipes. L'organisme est encouragé à offrir de la formation en intervention interdisciplinaire pour améliorer l'approche interdisciplinaire. Il est suggéré d'offrir des formations aux professionnels sur l'identification d'un cas d'éthique pour faciliter la consolidation de la politique.

Priorités d'amélioration	Recommandations d'Agrément Canada
Normes services de soins de longue durée	Revoir le volet loisirs pour les résidants, uniformiser le service pour les deux installations et analyser la possibilité d'une nouvelle programmation et une organisation d'activités, même les fins de semaine. Implanter un programme d'accueil, intégration et soutien aux bénévoles. Actuellement, de formations portant sur le l'hygiène des mains et autres.
Normes soins ambulatoires	Assurer la relève en ressources humaines de la clinique spécialisée en soins des plaies. Poursuivre l'appropriation du programme de prévention des chutes.

2.7 Qualité et sécurité des soins et services

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

Le Jeffery Hale - Saint Brigid's 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.

Notre établissement est activement engagé dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, que nous avons baptisé *Quali-cycle*, et utilise comme guides les normes d'Agrément Canada ainsi que les meilleures pratiques reconnues. Il s'agit d'un processus continu et proactif qui évolue au rythme des meilleures pratiques (le cycle « Planifier, Exécuter, Étudier, Agir »).

Enfin, au cours de la dernière année, l'établissement a posé un certain nombre de gestes structurants pour guider les équipes de soins et services dans leurs efforts pour assurer l'amélioration continue de la qualité :

- Adoption du Quali-cycle : plan d'amélioration continue de la qualité, sécurité, compassion
- Adoption du Plan de sécurité des usagers
- Adoption d'une politique de gestion intégrée des risques
- Adoption d'un cadre de référence en éthique
- Confirmation d'un rôle de vigie sur la gestion des risques pour le comité de vérification

L'approche préconisée pour assurer l'amélioration continue

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. Des initiatives à cet égard sont encouragées dans tous les secteurs.

L'approche Jeffery Hale - Saint Brigid's mise sur des actions concertées à deux niveaux. Au premier davantage stratégique et tactique, nos structures de gouvernance et de gestion sont engagées dans une démarche formelle de gestion intégrée des risques dont l'objectif est de veiller à ce que les risques liés aux activités de l'organisation soient identifiés, analysés et évalués, et à ce que les mesures d'amélioration appropriées soient mises en place afin d'en assurer la maîtrise. Au deuxième niveau, soit auprès des équipes, le but est d'instaurer une culture de prévention des risques et d'amélioration continue appuyée sur des processus participatifs simples et continus. Les groupes de travail formels et informels ont donc comme mandat permanent d'identifier les améliorations requises dans la prestation sécuritaire des soins et services ainsi que les mesures

correctives et les activités de transfert des connaissances qui assureront la modification des pratiques.

Dans le but d'assurer la cohérence des actions, l'ensemble des efforts d'amélioration de la qualité et de la sécurité converge vers les instances que le conseil d'administration a mandatées 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 et le comité de vérification qui s'assure de pratiques adéquates de gestion des risques. Cette approche est compatible avec la réalité d'un plus petit établissement aux moyens restreints qui doit assurer l'efficience et l'efficacité optimale de chacune de ses initiatives.

Amélioration de la qualité : Communiquer nos résultats pour mobiliser et célébrer nos succès

Nous avons créé notre propre symbole pour représenter deux notions qui nous sont chères :



Afin de maintenir l'attention des intervenants sur l'importance de la qualité et de la sécurité des soins et services, nous communiquons nos résultats trimestriellement. Ces rapports portent sur les infections nosocomiales, les incidents et les accidents. Un deuxième volet porte sur les indicateurs de qualité que nous suivons tels : le bilan comparatif des médicaments (BCM), l'évaluation de la douleur, l'évaluation des risques de chutes, l'évaluation des risques de plaies de pression, l'utilisation des contentions ainsi que les audits sur l'hygiène des mains. De plus, nous publions un bulletin d'information régulier intitulé « **Action prévention** » portant sur la prévention et ayant comme thème : informer, prévenir, contrôler.

Nos plans d'amélioration et rapports trimestriels de même que le rapport d'Agrément Canada sont publiés sur le site web de l'établissement : <http://www.jhsb.ca/>

Bilan des résultats relativement à la sécurité des soins et des services

Incidents / Accidents

En 2012-2013, nous avons porté une attention importante sur la sécurité des soins et services afin de consolider une culture de sécurité au sein de notre établissement, ce qui demeure une de nos priorités.

Nombre d'événements déclarés (*statistiques*)

Les données suivantes dressent un portrait des incidents et des accidents déclarés au cours des deux dernières années. Avec la poursuite de la compilation de ces événements, il est possible de faire des comparatifs, de suivre les variations et les tendances. Ainsi, des constats et des correctifs sont mis en place selon les tendances afin de bien gérer les risques et d'offrir des services sécuritaires et de qualité à nos usagers.

Types d'événements	Nombre pour 2011-2012	Nombre pour 2012-2013
Chutes	812	752
Erreurs de médication	701	752
Problèmes matériels	61	41
Agression-abus-harcèlement	29	11
Autres types d'événements	264	280
Tests diagnostiques	4	4
Traitements	3	4
Effets personnels	20	12
Diète	0	1
Total	1894	1857

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

Les principaux risques d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance se situent toujours au niveau des chutes et des erreurs de médicaments. Nous avons mis des efforts considérables pour diminuer les risques dans ces deux domaines par les actions suivantes :

- Le développement d'un programme de prévention des chutes
- La consolidation du suivi post chute
- La dispensation de formation continue sur la distribution des médicaments
- Le renforcement de la pratique de divulgation lors des erreurs de médicaments
- La révision de notre politique d'identification sans équivoque de l'usager et le renforcement du processus
- Le renforcement de la double vérification indépendante des médicaments (à haut risque)

Suivi des incidents / accidents déclarés au moyen du système local de surveillance

La décentralisation des suivis des incidents / accidents aux équipes est en cours afin de permettre à chacun des secteurs de jouer un rôle plus proactif dans la sécurité des usagers. Le suivi transversal des incidents / accidents, le suivi des événements sentinelles ou à haut risque ainsi que l'analyse des tendances se poursuivent par la conseillère cadre en gestion des risques et de la qualité.

Autres risques d'incidents et accidents mis en évidence

Le système local de surveillance (GESRISK) ne permet pas à lui seul d'identifier tous les risques présents dans notre centre. D'autres risques sont présents et sont découverts par d'autres moyens.

Activité d'identifications des risques

L'année a vu le démarrage d'un nouveau processus continu d'identification et de traitement des risques. Certains risques spécifiques ont été identifiés au moyen d'une activité d'identification des risques dans chacun des secteurs de l'établissement. Tous les employés sur tous les quarts de travail ont été invités à discuter des risques et à inscrire leurs préoccupations face à la sécurité des patients sur une fresque. Les risques devaient être identifiés sur la fresque en fonction de la gravité possible et de la fréquence possible des événements. Ces exercices sont répétés sur une base continue.

Processus de suivi des avis d'alertes et rappels

Une procédure est en élaboration et en essai depuis la dernière année. Les organismes tels que Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, les fabricants d'équipements, etc., émettent régulièrement des avis de sécurité. La DSIQ est maintenant responsable d'assurer le suivi de ces avis en collaboration avec les programmes concernés. Un tableau de suivi est mis à jour et conservé pour rapport au comité de gestion des risques et de la qualité, au comité de vigilance et au conseil d'administration.

Actions réalisées pour promouvoir une culture de sécurité :

- Rapports trimestriels de statistiques relatives aux incidents / accidents : erreurs de médication, chutes, infections nosocomiales triées par type et gravité de l'incident par site, secteur d'activité et étage.
- Publication mensuelle du bulletin « *Action Prévention* » touchant une variété de sujets relatifs à la sécurité, aux incidents / accidents et à la prévention des infections.
- Rapports trimestriels (pour discussion et diffusion), un sujet permanent à l'ordre du jour des instances suivantes : conseil d'administration, comité de vigilance et de la qualité, comité de gestion des risques et de la qualité, comité des usagers, comité de gestion générale, Conseil des infirmières et infirmiers – Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires, Conseil multidisciplinaire, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, comité de soins et services, comité de gestion du soutien à l'autonomie aux personnes âgées.
- Communication régulière avec les gestionnaires pour assurer les suivis sur l'ensemble des incidents et accidents.
- Formation initiale sur la gestion des risques lors de l'embauche de nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires.
- Kiosque de sensibilisation durant la semaine dédiée à la sécurité des patients.
- Production de rapports mensuels destinés aux gestionnaires, sur les tendances notées concernant les incidents / accidents dans leurs secteurs d'activités respectifs.
- Soutien aux équipes pour encourager la poursuite des efforts pour rapporter les événements indésirables.
- Publication des rapports trimestriels sur les incidents / accidents dans la revue trimestrielle « L'entre-nous ! » destinée aux résidents et à leurs proches.

Évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

Le programme sur l'utilisation des mesures de contrôle et alternatives a été déployé et la formation donnée à l'ensemble des intervenants concernés en 2010-2011. Tous les résidants hébergés porteurs d'une mesure de contrôle sont réévalués de façon périodique. Le tout est documenté dans nos systèmes d'information incluant le plan d'intervention interdisciplinaire.

Le tableau ci-dessous présente les données comparatives des deux dernières années.

Mesure de contrôle : Utilisation de la contention physique incluant les ridelles de lit comme mesure de sécurité dans un contexte de risque imminent.

Mesure de remplacement : Utilisation de mesures qui interpellent davantage les personnes aidantes telles : adaptation de la routine, participation des bénévoles, intégration des membres de la famille dans les soins et les loisirs, etc.

Mesure environnementale : Utilisation d'aides techniques ou modifications à l'environnement pouvant rendre le résidant plus confortable et améliorer sa sécurité.

Principaux constats

L'utilisation croissante des mesures de remplacement et environnementales témoigne d'une bonne compréhension de nos intervenants de notre programme-cadre sur l'utilisation de la mesure de contrôle comme une alternative d'exception. Il est à noter que les ridelles de lit n'étant pas comptabilisées comme une mesure de contrôle avant le 1^{er} avril 2013, cela explique la hausse des données au tableau ci-dessous.

	2011-2012		2012-2013	
Mesures de contrôle	Jeffery Hale	Saint Brigid's	Jeffery Hale	Saint Brigid's
Nombre total d'usagers présents	99	142	97	140
Nombre d'usager ayant des mesures	31	48	35	59
% d'usager avec des mesures	31%	34%	36%	42%
Mesures de remplacement	Jeffery Hale	Saint Brigid's	Jeffery Hale	Saint Brigid's
Nombre total d'usagers présents	99	142	97	140
Nombre d'usager ayant des mesures	52	27	76	43
% d'usager avec des mesures	53%	19%	78%	31%
Mesures environnementales	Jeffery Hale	Saint Brigid's	Jeffery Hale	Saint Brigid's
Nombre total d'usagers présents	99	142	97	140
Nombre d'usager ayant des mesures	4	3	6	14
% d'usager avec des mesures	4%	2%	6%	10%

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

Nous avons un mécanisme de suivi des recommandations du coroner. Toutefois, nous n'avons reçu aucun rapport de coroner applicable à notre milieu cette année.

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 trois dernières années et qui ont fait l'objet d'une surveillance systématique.

Les résultats de cette surveillance sont consignés aux rapports trimestriels, lesquels 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 acquis dans l'établissement			Nombre de cas acquis dans un autre établissement (exemple : suite à une hospitalisation)		
	10-11	11-12	12-13	10-11	11-12	12-13
Symptôme d'allure grippale (SAG)	65	63	62	-	-	-
Influenza saisonnière	9	0	9	-	-	-
Gastro-entérite	36	77	20	-	-	-
Clostridium difficile	5	4	9	3	4	6
SARM (<i>Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline</i>)	6*	0	0	11	3	28
ERV (<i>Entérocoques Résistants à la Vancomycine</i>)		0	0	1		6
Total :	118	144	100	5	7	40

En 2012-2013, on relève plusieurs cas atteints de symptômes d'allure grippale (SAG) et neuf (9) cas d'influenza dont quatre (4) cas sont décédés.

Les cas de diarrhée associés au *Clostridium difficile* provenaient d'un autre centre hospitalier. Les cas déclarés dans l'établissement ont côtoyé les résidents admis et déjà porteurs. Il y a eu deux (2) éclosions de *C. difficile* dans l'établissement, et nous avons signalé la présence de récurrence de diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD) chez trois (3) résidents provenant d'un autre centre.

Les cas colonisés à SARM et les cas ERV proviennent d'un autre centre hospitalier. Il est à noter que treize (13) cas colonisés (ou porteurs) par le SARM proviennent de la clinique de plaies, deux (2) cas ont consulté à l'urgence et deux (2) cas sont suivis par l'équipe de consultation en gériatrie et gérontopsychiatrie. Nous avons eu onze (11) nouveaux cas connus de SARM à l'admission au cours de l'année. Les prélèvements pour recherche ERV sont faits dès l'admission d'un usager, lorsqu'il provient d'un centre en éclosion.

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

Comme par les années précédentes, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's a cherché à contribuer, au cours de l'exercice 2012-2013, à l'amélioration continue de la qualité des services de l'établissement. Il l'a fait par le traitement des plaintes qui lui ont été adressées et par la proposition d'interventions plus larges qui lui sont apparues nécessaires au respect des droits de ses usagers et/ou à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services de ses diverses composantes. Il en a fait rapport, comme il se doit, à chacune des assemblées du conseil d'administration et il s'emploie, maintenant, à en faire connaître les faits saillants aux usagers, leurs proches, et aux personnes concernées par la dispensation des soins et services dans cet établissement.

Vingt-sept (27) usagers et quatorze (14) représentants d'usagers se sont prévalus, par écrit ou verbalement, de la procédure d'examen des plaintes auprès du commissaire local pour un total de **quarante et une (41) plaintes durant l'année 2012-2013**. Trois (3) de ces plaintes impliquant des services médicaux ont été référées au médecin examinateur. Ce nombre total de plaintes excède celles reçues au cours des trois années précédentes. Un tel dépassement s'explique par une entente particulière convenue avec les téléphonistes pour que tout appelant sur une plainte touchant la prise de rendez-vous en échographie lui soit référé.

Sur les quarante et une plaintes (41) reçues durant l'exercice trente-huit (38) ont été réglées au 31 mars 2013, deux (2) l'ont été au 15 avril 2013, et une (1) a dû être reportée à l'exercice 2013-2014. Des quarante (40) plaintes conclues au cours de cet exercice, la majorité (36) l'a été à l'intérieur du délai prescrit par la loi (45 jours). Et, selon les réactions qu'il a été possible d'obtenir des plaignants (35), trente (30) d'entre eux se sont dits satisfaits ou partiellement satisfaits de l'avis reçu ou des suites données à leurs plaintes. À souligner que six (6) usagers ont pris l'initiative de faire connaître par écrit leur satisfaction pour les services reçus (quatre (4) en externe et deux (2) à l'hébergement de Saint Brigid's.

Plus de 60 % des plaintes reçues proviennent des services généraux (échographie (16), urgence (9)) et de la gériatrie communautaire (1). Fait à signaler, le nombre de plaintes en provenance de la longue durée (13) est supérieur à celui des trois dernières années. Cette donnée significative est attribuable à l'implication plus grande des proches des résidents à l'hébergement du Jeffery Hale. Il y a lieu de se réjouir de cette donnée et d'espérer que grandisse encore davantage l'attention que devraient porter les proches à la qualité des soins et services offerts à nos résidents.

En ce qui a trait aux motifs de plaintes, *les soins et services* (19) et *l'accessibilité* aux services (16) sont à l'origine de la grande majorité des plaintes reçues.

Les récriminations touchant *l'accessibilité aux services* ont surtout à voir avec les *délais d'attente* au téléphone jugés inacceptables pour la prise de rendez-vous. À cet égard, une amélioration très sensible est survenue au secteur des cliniques externes. Cependant, des gains doivent encore être réalisés en échographie. Le fait de n'avoir reçu aucune nouvelle plainte depuis janvier 2013 donne à penser que les actions posées par les responsables des services généraux et communautaires depuis le début de l'année seraient en voie de régler le problème.

L'examen des motifs de plaintes invoqués touchant les *soins et services* a permis d'identifier certaines lacunes à considérer à l'urgence et à l'hébergement. D'abord à *l'urgence* : d'importantes faiblesses touchant les notes aux dossiers ont rendu l'examen des plaintes souvent très problématique; de plus, la gestion d'attentes et de réactions inattendues de patients au triage ou en traitement a été plusieurs fois inappropriée et irrespectueuse des patients. Puis à *l'hébergement du Jeffery Hale* : plusieurs plaintes auraient pu être évitées si le personnel infirmier avait mieux géré au quotidien les demandes et insatisfactions du résident ou de ses proches;

En suivi à des plaintes reçues au cours des exercices précédents, des représentations ont été faites auprès du comité de vigilance et du conseil d'administration en 2012-2013. Elles ont porté sur les cinq dossiers suivants : l'absence d'*expertise stable d'un psychogériatre dans les équipes de consultation*, des problèmes de *confidentialité* lors de l'inscription des patients à l'urgence, des *délais indus de prise de rendez-vous en échographie*, une *meilleure gestion des demandes et des insatisfactions des usagers*, des lacunes concernant *la promotion des services du commissaire local* dans l'établissement.

Il est heureux de constater que les décisions et actions de l'équipe de gestion ont permis d'atteindre les objectifs souhaités en ce qui a trait à la promotion des services du commissaire local aux plaintes et à la confidentialité à l'urgence. Également de constater que de grands pas ont été franchis concernant la gestion des demandes et insatisfactions des usagers par l'adoption d'une politique à cet égard et concernant les délais d'attente au téléphone pour les cliniques externes et

pour l'échographie. Ce qui a été dit précédemment rappelle, cependant, qu'il y a encore place à des ajustements dans ces deux dossiers.

Il en est autrement de *l'accessibilité à un psychogériatre dans les deux équipes de consultation*. Suivant les informations obtenues, les efforts faits dans ce dossier n'ont pas connu les résultats souhaités.

Deux nouveaux sujets de représentation s'ajouteront en 2013-2014 reliés à l'examen de plaintes reçues au cours du dernier exercice. En premier lieu, la réalisation d'une aire prothétique à l'Hôpital Jeffery Hale en réponse aux inconvénients qu'entraîne l'errance de plusieurs résidents sur les unités de soins et aux défis que représentent les soins et l'encadrement sécuritaire des personnes affectées par les troubles du comportement reliés à l'errance. En second lieu, les soins et services bucco-dentaires offerts dans l'établissement.

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité remercie tous les gestionnaires et intervenants pour l'attention apportée aux doléances que leur ont adressées leurs usagers par son entremise durant cette année, et au souci d'y apporter promptement des solutions appropriées.

Guy Pelletier
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Procédure d'examen des plaintes et promotion des droits

Traitement des plaintes

a) Plaintes reçues et traitées en 2012-2013

Année	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçues en cours d'exercice	Total à traiter	Conclues	Secteurs d'activités		
					Longue durée Jeff	Longue durée SB	Courte durée
Commissaire aux plaintes							
2012-13	0	38	38	38	12	1	25
Médecin examinateur							
2012-13	0	3	3	2	0	0	3
Total	0	41	41	40	12	1	28

Nombre de plaintes reçues et traitées entre 2009-10 et 2012-2013

Année	Reçues	Traitées	Longue durée Jeff	Longue durée SB	Courte durée
2009-10	30	30 (Médecin examinateur : 4)	10	1	19
2010-11	18	18 (Médecin examinateur : 3)	5	0	13
2011-12	24	24 (Médecin examinateur : 1)	5	2	17
2012-13	41 (Md. ex. 3)	40 (Médecin examinateur : 2)	12	1	27

b) Motifs pour les plaintes conclues en 2009-2010 et 2012-2013

Catégorie de motifs	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Relations interpersonnelles	8	6	3	2
Soins et services	8	5	14	18
Accessibilité /continuité	10	3	7	16
Organisation/milieu/matériel	4	1	2	2
Aspects financiers	0	0	0	1
Droits particuliers	0	4	1	1
Total	30	19 (*)	27 (*)	40(*)

(*) Une plainte peut inclure plusieurs motifs.

c) Provenance des plaintes selon le secteur d'activités et l'auteur

Secteur	Usager			Représentant			Total		
	2010-11	2011-12	2012-13	2010-11	2011-12	2012-13	2010-11	2011-12	2012-13
Échographie	3	1	16	0	0	0	3	1	16
Gériatrie communautaire	0	0	1	0	1	0	0	1	1
Hébergement	1	1	1	2	6	12	3	7	13
Services administratifs	1	0	0	0	0	1	1	0	1
Urgence	7	9	9	0	3	1	7	12	10
Total	15	14	27	3	10	14	18	24	41

d) Réactions recueillies des auteurs des plaintes conclues en 2011-2012

	Totalement satisfait	Partiellement satisfait	Insatisfait	Réaction non disponible	Total
2010-11	10	1	2	5 (*)	18
2011-12	16	1	2	5 (*)	24
2012-13	10	20	5	5 (*)	40

(*) Pour diverses raisons : non-retour d'appel, barrière de langue, absence prolongée du plaignant.

Le Rapport annuel 2012-2013 complet et détaillé du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur est disponible sur notre site internet, à l'adresse suivante :

<http://www.jefferyhale.org/fr/propos-de-nous/qualite-des-services/plaintes-et-commentaires-positifs>

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 <http://www.jhsb.ca/>

- 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 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.

Réception de plaintes ou de commentaires positifs

Dans un souci de contribuer davantage à l'amélioration continue de la qualité des soins et services de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, des présentoirs destinés à la réception de plaintes ou de commentaires positifs d'usagers ont été installés à l'entrée de l'hôpital, du pavillon et de Saint Brigid's. De plus, des exemplaires d'un nouveau formulaire à cet effet sont disponibles à travers l'établissement.



Qu'il s'agisse d'une plainte ou d'un commentaire positif, les usagers de JHSB doivent savoir qu'ils peuvent s'adresser au commissaire local aux plaintes et à la qualité. Tout geste pouvant favoriser ce moyen d'expression de la satisfaction des usagers contribue grandement à l'amélioration continue de nos soins et services.

Gestion des demandes et des insatisfactions

Au JHSB, nous sommes en quête constante d'amélioration, de telle sorte que nous désirons entendre les demandes et les insatisfactions de nos usagers pour les accueillir correctement et offrir les suivis qui s'imposent.

C'est dans cette optique qu'en janvier 2012, l'établissement a adopté la *Politique de gestion des demandes et des insatisfactions des usagers*, laquelle s'adresse au personnel et clarifie les rôles et les responsabilités des divers intervenants sur le terrain dans un processus de traitement de demandes ou d'expressions d'insatisfaction de la part d'usagers afin d'apporter les solutions le plus rapidement possible.

Les usagers peuvent également toujours obtenir l'aide du comité des usagers s'ils ont de la difficulté à obtenir satisfaction.

Partie 3

Activités de l'établissement

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

L'année 2012-2013 a constitué une année importante de consolidation dans les secteurs hébergement et gériatrie communautaire dans la continuité des grands changements apportés à l'offre de services aux personnes âgées au cours de 2011-2012. Plusieurs réalisations ont été menées telles :

- l'organisation du travail des équipes cliniques à 142 lits pour la résidence Saint Brigid's;
- l'organisation du travail des équipes cliniques à 99 lits pour la résidence Jeffery Hale;
- la transformation de deux lits de transition en lits de réadaptation fonctionnelle pour compléter l'offre à 16 lits;
- un projet d'optimisation visant l'harmonisation des bases de données cliniques;
- la mise en place d'une structure de gouvernance pour le déploiement de notre programme d'intervention en soins palliatifs et fin de vie.

Tous ces projets ont été menés dans une approche collaborative avec l'ensemble des équipes qui ont pris part à plusieurs comités traitant de l'organisation du travail pour une réponse toujours mieux adaptée aux besoins de notre clientèle.

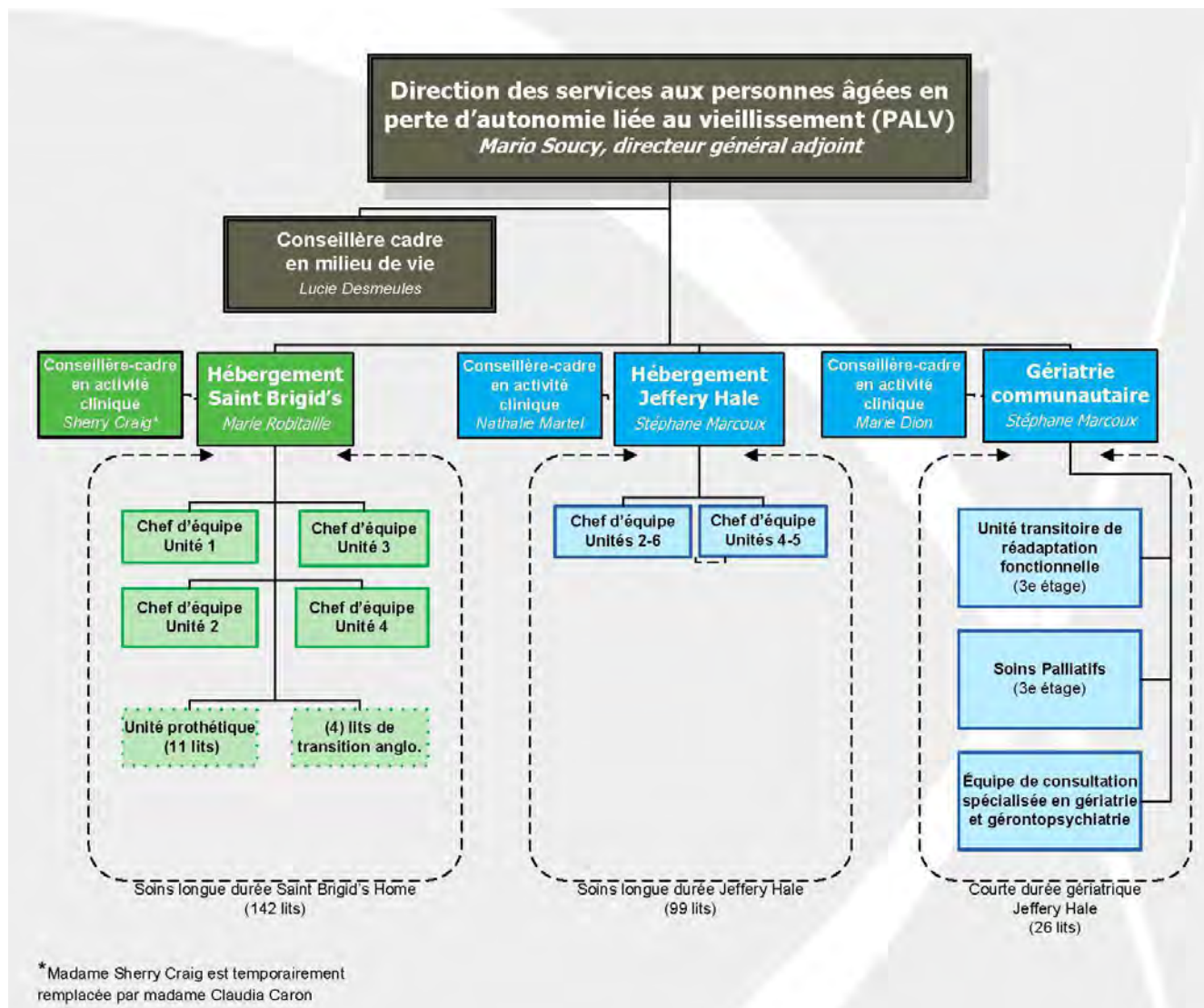
Les travaux préparatoires à la visite d'Agrément Canada réalisée en mars 2013 ont pris une place importante au cours de la dernière année. Des efforts particuliers ont été investis sur le plan des communications afin de mieux soutenir la mobilisation du personnel autour de l'amélioration continue de la qualité et l'actualisation des pratiques organisationnelles requises.

Un grand projet de réaménagement des lieux physiques se prépare pour 2013-2014 à l'unité des soins palliatifs et de réadaptation fonctionnelle. Un bon nombre de ressources internes et externes s'y investiront. La dernière année aura été en ce sens une année de planification ou nous avons convenu d'une hypothèse pour la délocalisation de notre clientèle pendant la phase des travaux.

Pour relever tous ces défis, notre équipe de gestion peut compter sur un personnel mobilisé et engagé à mettre en place tous les moyens nécessaires pour l'amélioration continue de nos services dans un souci de qualité, sécurité et compassion. Nous voulons leur témoigner toute notre reconnaissance.

Mario Soucy
Directeur général adjoint

Organigramme de la Direction PALV au 31 mars 2013



Le programme des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement, sous la direction de monsieur Mario Soucy, directeur général adjoint, comprend l'hébergement et la gériatrie communautaire.

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 et s'adressent aux personnes âgées ou adultes qui ne peuvent plus demeurer à domicile 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 requiert leur condition dans un contexte de milieu de vie substitut.

Ces services sont sous la responsabilité du chef de l'hébergement et de la gériatrie communautaire au Jeffery Hale, monsieur Stéphane Marcoux, du chef de l'hébergement à Saint Brigid's, madame Marie Robitaille, de deux conseillères cadres en activité clinique, mesdames Nathalie Martel (Jeffery

Hale) et Claudia Caron, (Saint Brigid's) et de la conseillère cadre en milieu de vie, madame Lucie Desmeules. Ce secteur d'activité a notamment 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 biopsychosociale 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

Le Jeffery Hale offre un programme d'hébergement et de soins de longue durée donnant accès à 99 lits. 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 de Saint Brigid's offre 142 lits en chambres privées, dont quatre lits sont utilisés pour de la transition. Ces quatre lits s'adressent exclusivement à la clientèle anglophone. 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. Il faut tenir compte, à la lecture des statistiques ci-jointes, que la résidence Saint Brigid's a connu une réduction de 20 lits, entre le 1^{er} octobre 2011 et le 1^{er} mars 2012.

Statistiques de la clientèle hébergée au Jeff et à Saint Brigid's

	2011-2012	2012-2013
Taux d'occupation au Jeff	99,12 %	99,10 %
Taux d'occupation à Saint Brigid's	97,65 %	98,18 %
Nouvelles admissions au Jeff	38	43
Nouvelles admissions à Saint Brigid's	26	55
Moyenne d'âge au Jeff	83 ans	84 ans
Moyenne d'âge à Saint Brigid's	85 ans	85 ans
Durée de séjour au Jeff	1 047 jours	927 jours
Durée de séjour à Saint Brigid's	1 167 jours	1 718 jours

Gériatrie communautaire

Les services de gériatrie communautaire dispensés au site Jeffery Hale, sous la responsabilité de monsieur Stéphane Marcoux, chef de programme intérimaire, appuyé par madame Marie Dion, conseillère cadre en activité clinique, comprennent :

- l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF);
- les soins palliatifs.
- le service de consultations spécialisées en gériatrie et gérontopsychiatrie;

Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle - UTRF (3^e étage au Jeffery Hale)

Nous disposons de 16 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 Centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS). L'UTRF est en soutien aux équipes locales (*Soutien à domicile, Groupes de médecine familiale, 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 vise 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.

Soins palliatifs (3^e étage au Jeffery Hale)

Dix 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 à l'aboutissement du processus de vieillissement et dont la durée de vie s'évalue à moins de quatre mois. Les soins palliatifs ont 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.

Équipe de consultation spécialisée en gériatrie et gérontopsychiatrie (ECSGG)

L'équipe de consultation spécialisée en gériatrie et gérontopsychiatrie 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.

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 biopsychosociales 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.

Volume d'activités – Gériatrie communautaire

Le 3^e étage du Jeffery Hale a connu, au cours de 2012-2013, une autre augmentation de son nombre de lits. En effet, les deux derniers lits de transition ont été transformés en lits d'Unité transitoire en réadaptation fonctionnelle (UTRF) pour un total de 16 lits, conformément au plan de transformation déjà engagé en 2011-2012. Il faut donc tenir compte de ce contexte, à lecture du tableau statistique ci-joint.

	2011-2012	2012-2013
Jours-présence		
UTRF	3 715	5 099
Soins palliatifs	2 523	3 320
Lits de transition	1 284	331
Admission		
UTRF	63	78
Soins palliatifs	99	89
Lits de transition	10	0
Durée moyenne de séjour		
UTRF	62,75	92,97
Soins palliatifs	25,23	36,66
Lits de transition	98,67	466,50
Taux d'occupation		
UTRF	90,00	94,37
Soins palliatifs	87,06	90,96
Lits de transition	77,72	75,74
ECSGG		
Nombre de demandes reçues :		
▪ Ambulatoire	59	88
▪ Hôpital de jour	193	227
Nombres d'inscriptions :		
▪ Ambulatoire :	53	56
▪ Hôpital de jour	213	171

3.2 Direction des services généraux et communautaires

Cette année bien remplie a été marquée, en mars 2013, par la visite d'Agrément Canada. C'est avec une grande joie et fierté que nous pouvons dire «mission accomplie» pour cette démarche démontrant bien la qualité des services donnés à la clientèle de première ligne au sein de notre établissement.

Plus spécifiquement en services généraux, l'environnement physique a été renouvelé à l'entrée de l'établissement. Ces travaux de réaménagement majeur ont permis de revoir différents processus de travail visant l'amélioration de l'expérience client en offrant des services optimaux à la clientèle de première ligne. Il faut aussi noter le projet novateur des cliniques de suivi de l'urgence qui offre un bilan fort positif depuis son lancement en mars 2012. Cette initiative a eu pour effet de désengorger l'urgence et d'assurer sa fonction première, qui est de desservir la clientèle en besoin de soins immédiats.

Pour les services communautaires, la consolidation du *Guichet d'accès bilingue Jeffery Hale* a permis une augmentation de 22 % des demandes liées à l'optimisation de nos processus de travail et à l'amélioration de nos pratiques facilitant ainsi l'accès aux services de santé et services sociaux bilingues. Le rapport final de l'évaluation de l'implantation du *Guichet d'accès bilingue Jeffery Hale* est prévu en 2013-2014.

Pour la clientèle jeunesse, le comité local MELS-MSSS Jeffery Hale avec la commission scolaire *Central Quebec* poursuivent leurs travaux permettant d'améliorer l'offre de service auprès de ces jeunes et de leur famille, tout en favorisant les échanges avec un nombre grandissant de partenaires communautaires. Notre équipe Famille-Enfance-Jeunesse a été très impliquée dans la nouvelle initiative supportée par Québec en Forme, *Be Active Québec*, une première pour une communauté identitaire.

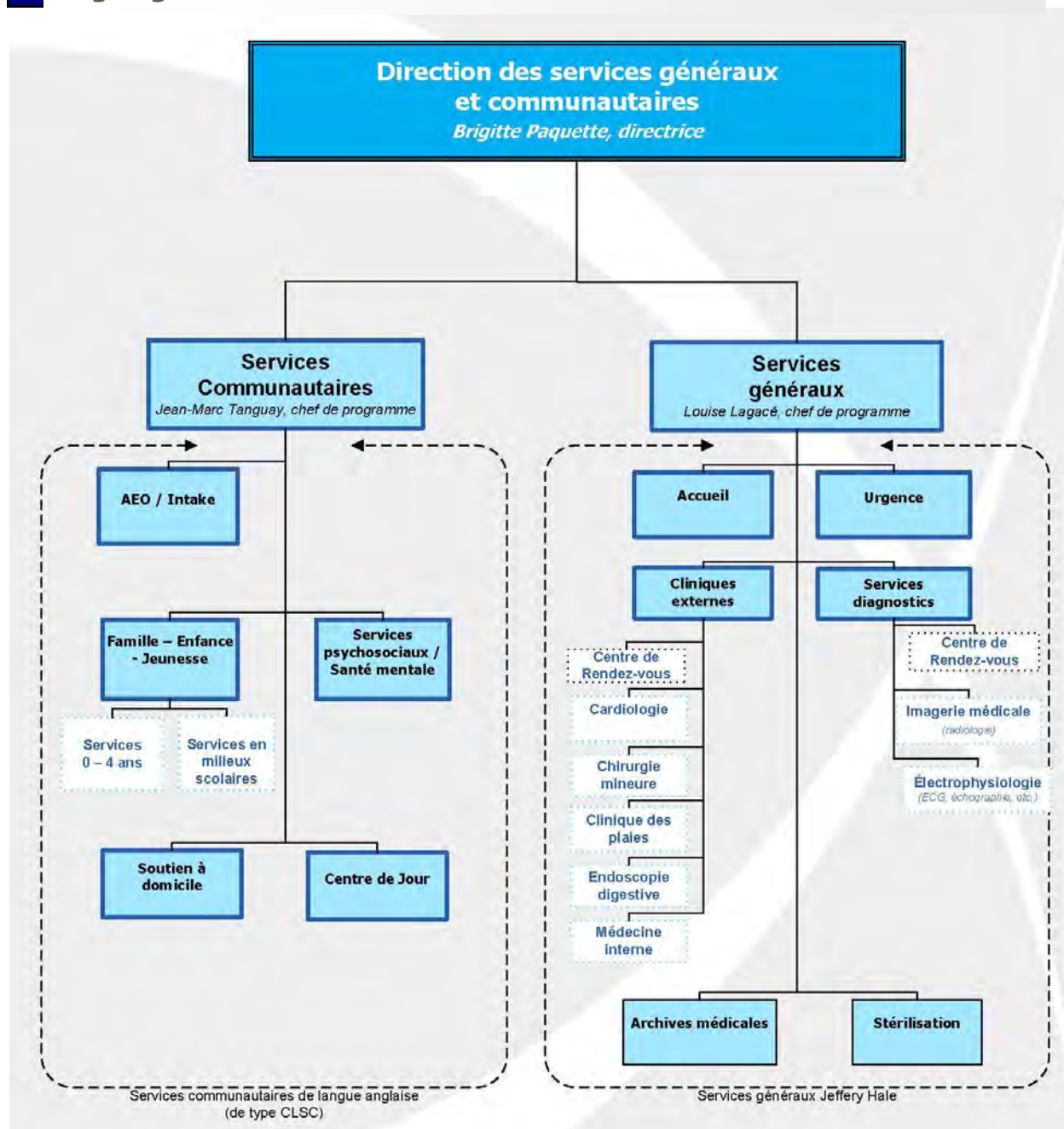
Pour sa part, le programme santé mentale a fait l'objet d'un accompagnement professionnel par le Centre National d'Excellence en Santé Mentale (CNESM). Le rapport produit par le CNESM ne tarit pas d'éloges face à nos services, et nous sommes présentement à viser l'augmentation de notre couverture pour la clientèle pouvant bénéficier du soutien en intensité variable.

Enfin, cette année, notre centre de jour a célébré son 20^e anniversaire. Vingt ans de services attentionnés aux personnes âgées de la communauté d'expression anglaise. L'établissement a également animé la démarche régionale de révision de l'offre de service des centres de jour pour personnes âgées de la région dont le nouveau cadre de référence sera édité en 2013-2014.

Les services généraux et communautaires ont su relever des défis importants et ont su innover grâce au partenariat et au travail d'équipe afin d'améliorer continuellement les services à notre clientèle. *Notre engagement : Qualité, sécurité et compassion en services de première ligne.*

M^{me} Brigitte Paquette
Directrice des services généraux et communautaires

Organigramme – DSGC au 31 mars 2013



La Direction des services généraux et communautaires est sous la responsabilité de madame Brigitte Paquette, directrice des services généraux et communautaires

Services généraux

Madame Louise Lagacé, chef de programme, est responsable des services généraux offerts au site Jeffery Hale. Ceux-ci comprennent :

- l'urgence
- les services diagnostiques (*centre des prélèvements et imagerie médicale*)
- les cliniques externes (*soins médicaux spécialisés*)
- l'accueil attentionné et les archives.

L'urgence

La clinique d'urgence offre à une clientèle ambulatoire de tout âge un accès rapide et continu 16 heures par jour, 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 à 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, à l'aide du modèle *Clinique Réseau Québec*;
- de privilégier les interventions les plus efficaces au moindre coût possible.

Le volume d'activité est très significatif avec ses **23,383** visites enregistrées.

Une clinique de suivi innovatrice à l'urgence

Tout au cours de l'année, l'urgence du Jeffery Hale a opéré sa nouvelle clinique de suivi médical sur rendez-vous pour la clientèle qui a besoin d'un suivi médical rapide après une consultation à l'urgence ou qui est sans médecin de famille.

Les services diagnostiques (*centre de prélèvements et imagerie médicale*)

Les services diagnostiques comprennent un centre des prélèvements, un service d'imagerie médicale offrant la graphie simple, 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 que réfèrent l'urgence ou un professionnel externe;
- de compléter l'action des autres intervenants et assurer la continuité des services.

Centre de prélèvements

L'année 2012-2013 a été caractérisée par la volonté de l'Agence régionale de poursuivre le processus de hiérarchisation des laboratoires pour la région de la Capitale-Nationale en transférant la responsabilité clinique et administrative de l'ensemble des laboratoires vers le CHUQ ou le CHA. Le transfert de notre laboratoire vers le CHUQ a été officiellement réalisé en septembre 2012. L'établissement a conservé un centre des prélèvements qui est ouvert du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 15 h 30.

Imagerie médicale

Le service d'imagerie médicale du Jeffery Hale permet aux professionnels de la santé d'effectuer des examens pour établir un diagnostic. Il est aussi connu sous le nom de service de « radiologie » ou de « rayons-x ». Il comprend la radiographie et l'échographie (sauf les échographies de grossesse).

Les cliniques externes (*soins médicaux spécialisés*)

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.

Nos cliniques externes demeurent toujours très actives comme le démontre le tableau ci-dessous.

Les services de l'accueil attentionné et des archives

Dans un souci d'offrir des services selon une approche attentionnée, une nouvelle dynamique de collaboration a été établie pour l'équipe accueillant notre clientèle de première ligne.

En 2012-2013, nous avons finalisé l'implantation d'une centrale de rendez-vous incluant l'imagerie médicale. Après une année d'opération, nous constatons que l'accueil téléphonique, regroupé pour l'ensemble de notre établissement, permet une meilleure accessibilité à une réponse bilingue et adaptée. Notre équipe d'archives, quant à elle, soutient l'ensemble de l'établissement dans le respect de la confidentialité et de l'accès à l'information.

Volume d'activités – Services généraux

	2011-2012	2012-2013
Urgence	24 391 visites	23 383 visites
Services diagnostiques		
▪ Laboratoire	173 175 procédures pondérées	Laboratoire transféré au CHU
▪ Radiologie	11 436 examens	10 511 examens
	186 392 unités techniques	166 676 unités techniques
Cliniques externes		
▪ Consultations externes..	2 979 visites	2 703 visites
▪ Endoscopie digestive	1 636 examens	1 597 examens
▪ Électrophysiologie	51 363 unités techniques	48 717 unités techniques

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 chef de programme, monsieur Jean-Marc Tanguay, 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 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, d'une offre de service en services généraux et par la mise en place et la formalisation de celle-ci. Nous poursuivons constamment la diffusion de notre offre de service auprès de nos partenaires et de notre communauté.

Guichet Jeffery Hale

Le premier contact privilégié des personnes d'expression anglaise avec les services s'effectue par le guichet Jeffery Hale qui inclut une réception téléphonique centralisée et une équipe professionnelle bilingue composée de deux travailleuses sociales et de deux infirmières réseau. Cette équipe accueille, évalue et oriente la personne ou sa famille vers le meilleur service de santé ou social possible. Au cours de l'année 2012-2013, 1 617 activités d'information, d'analyse ou de suivi ont été effectuées en comparaison à 1 321 l'an dernier, et ce, avec les mêmes effectifs en place.

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 joindre quatre-vingt-sept (87) familles en 2012-2013. Ce nombre est pratiquement similaire à notre résultat de l'année précédente. 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 de la commission scolaire *Central Québec* 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 deux cent quatre-vingt-cinq (285) jeunes et à leur famille. Notre Clinique jeunesse fonctionne toujours à plein régime, et les statistiques démontrent une augmentation significative de l'achalandage.

Santé mentale

En collaboration avec l'Institut en santé mentale de Québec, l'équipe a déployé le système d'information usagé (SIU). Ce nouvel outil de travail permet, suite à un consentement, de partager avec nos partenaires du réseau sur les services offerts. Les services de santé mentale de première ligne ont offert l'aide nécessaire de cent treize (113) personnes vivant des difficultés d'adaptation ou de santé mentale. Ces personnes ont reçu les services d'une travailleuse sociale pour une moyenne de huit (8) rencontres. On constate cette année une augmentation du nombre de clients suivis pour une durée d'intervention en moyenne un peu plus courte. Ces deux éléments, placés en perspective d'analyse, nous portent à croire à une augmentation de notre efficacité de suivi auprès de notre clientèle. En complémentarité, la clientèle peut toujours compter sur les services d'une éducatrice spécialisée qui offre le programme de réadaptation de Soutien à Intensité Variable (SIV) dans la communauté. L'équipe a également offert l'atelier *Winds of Change* à l'automne 2012, en collaboration avec *Voice of English-Speaking Quebec*, afin de normaliser les difficultés associées à l'adaptation interculturelle.

Déficiences intellectuelle et physique et trouble envahissant du développement

Pour mieux répondre aux besoins de ces familles, l'entente de collaboration de type achat de service conclue se poursuit avec nos principaux partenaires : le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale ainsi que le Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord. Ainsi, vingt-cinq (25) familles reçoivent des services sociaux concertés d'une intervenante sociale. Les familles reçoivent également un support grâce aux programmes *Special Needs et After School Program* en collaboration avec les *Partenaires communautaires Jeffery Hale* et la commission scolaire *Central Québec*.

Soutien à domicile des personnes âgées

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, des services de santé physique, des adaptations du domicile ainsi que le programme *Marche*. Pour l'année 2012-2013, ces différents services ont été offerts à cent quatre-vingt-huit (188) personnes âgées en perte d'autonomie d'expression anglaise de la région dans leur milieu naturel.

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. Cette année, nous avons accueilli cent-cinquante-huit (158) personnes âgées d'expression anglaise, dont vingt-trois (23) nouvelles inscriptions 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 trente-sept (437) bénévoles a ainsi permis d'actualiser de nombreux programmes et services décrits antérieurement par l'engagement bénévole de trois mille cinq cent quinze (3 515) heures auprès de la communauté.

Volume d'activités – Services communautaires de langue anglaise

Secteurs d'activités	Nombre d'activités de suivis en 2011-2012	Nombre d'activités de suivis en 2012-2013
Santé mentale	925	1 053
Famille-enfance	830	875
Scolaire	1 521	1 344
Soutien à domicile	3 172	3 025
Centre de jour	3 472 visites	3 437 visites

3.3 Direction des services professionnels

La Direction des services professionnels (DSP) est responsable du fonctionnement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), de la pharmacie, des divers départements cliniques, du programme de prévention des infections nosocomiales et du comité de contention et chutes.

Les chefs de départements médicaux sont : l'urgence – Dr Bruno Denis ; la gériatrie - D^{re} Agnès Cencig ; la clinique jeunesse – D^{re} Lucie Rochefort ; la médecine spécialisée - D^r Guy Tremblay ; la radiologie diagnostique - D^{re} Dominique Fortin.

La DSP a également sous sa responsabilité :

- la chef de la pharmacie, M^{me} Catherine Nadeau
- l'infirmière conseillère en prévention des infections, M^{me} Marie-Paule Parent
- le comité de contention et chutes est supporté par une intervenante pivot qui est M^{me} Geneviève Dorval, ergothérapeute

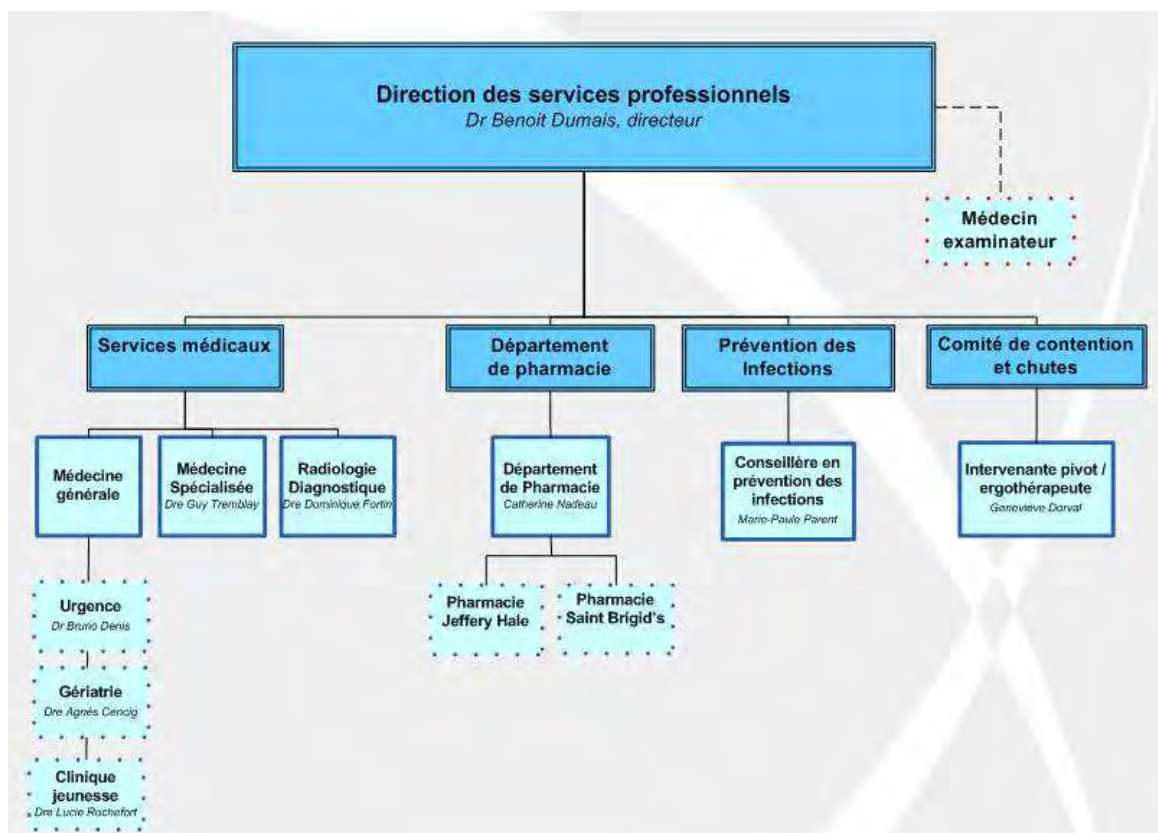
Cette direction voit au bon fonctionnement des structures médicales dans les programmes-clientèles. Par son programme de prévention des infections, elle contribue à assurer un milieu sécuritaire à nos usagers. Elle veille aussi à la préparation et à la distribution adéquate des médicaments, et enfin, elle s'assure de l'utilisation optimale des contentions et de la prévention des chutes.

Le directeur des services professionnels assume également le rôle de médecin examinateur lorsque des situations concernant la qualité du travail réalisé par des membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sont questionnées.

Dr Benoit Dumais

Directeur des services professionnels et médecin examinateur

Organigramme – DSP au 31 mars 2013



Services médicaux

Les services médicaux se divisent en cinq grandes sections : la médecine de l'urgence, la médecine gériatrique, la clinique jeunesse des services communautaires de langue anglaise, la médecine spécialisée et la radiologie médicale :

- La médecine de l'urgence couvre la salle d'urgence.
- La médecine gériatrique couvre tous les programmes-clientèles du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (*soins palliatifs, UTRF et soins de longue durée*).
- La clinique jeunesse des services communautaires de langue anglaise répond aux besoins des jeunes de 12 à 20 ans de la communauté anglophone de la région de Québec.
- La médecine spécialisée repose sur les cliniques externes spécialisées telles que la gastroentérologie, la cardiologie, la médecine interne, etc.
- La radiologie couvre l'ensemble de l'imagerie médicale.

En ce qui concerne le plan de nos effectifs médicaux, la situation est stable et fonctionnelle à l'urgence. Les heures d'ouverture y ont été prolongées jusqu'à 22 heures. Nous offrons à notre population une offre de service en médecine d'urgence s'étalant de 8 h à 22 h.

Au département de gériatrie, la situation de pénurie a été stabilisée cette année par l'ajout de deux nouveaux médecins.

Pharmacie

La pharmacie du Jeffery Hale - Saint Brigid's a pour principale mission de fournir des soins de qualité aux usagers de l'établissement en offrant des services pharmaceutiques conformément au code d'éthique professionnel et satisfaisant à toutes les exigences légales. Ces services complètent et soutiennent les services médicaux de l'établissement.

Tout comme l'ensemble des secteurs, la pharmacie a également déployé beaucoup d'efforts pour se préparer à la visite d'Agrément Canada en mars 2013 et s'assurer de la conformité de nos pratiques en fonction des normes de performance canadiennes. Nous sommes très fiers des résultats que nous avons obtenus, soit la conformité de 100 % de nos pratiques organisationnelles requises (POR), 97 % des priorités élevées et 94,1 % pour d'autres critères. Pour ce faire, de nombreuses politiques et procédures ont dû être élaborées ou révisées et par la suite, diffusées dans tous les secteurs et programmes de l'établissement. En voici une liste sommaire :

Nouvelles politiques et procédures élaborées :

- Procédure d'auto-administration des médicaments
- Distribution sécuritaire des stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées
- Sécurité du personnel manipulant des médicaments dangereux
- Gestion des échantillons à l'urgence et à la clinique de plaies
- Médicaments à haut risque
- Dépistage systématique des facteurs de risque de chute associée à la médication lors de l'admission en HP
- Consultante pour la mise en place du bilan comparatif des médicaments (BCM) pour l'ambulatorio à l'admission, transfert et congé du patient. Pour la clientèle l'urgence, du SCLA et de l'ECSGG
- Le BCM à l'admission devient l'ordonnance

Révision des politiques :

- Exécution des ordonnances
- Rédaction des ordonnances de médicaments
- Modalités régissant la garde à la pharmacie du Jeff et de SB

Prévention des infections

Le programme de prévention des infections repose sur un service clinique dont les responsables sont : M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité et Dr Benoît Du mais, directeur des services professionnels; M^{me} Marie-Paule Parent, conseillère en prévention des infections, complète ce service. Celle-ci exerce les fonctions suivantes :

- élabore, révisé et adapte les protocoles de prévention des infections en s'appuyant sur les normes, les lois, les règlements et les 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;
- 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'activités pour l'instauration et le maintien des normes et protocoles reliés à la prévention des infections.

Ce programme a permis à la clientèle de profiter d'un milieu sécuritaire en termes d'infections nosocomiales et a rencontré toutes les exigences du programme d'Agrément Canada. À titre d'exemple, un aide-mémoire concernant les mesures de précaution a permis au personnel d'être mieux outillé pour contrer les infections et ainsi mieux protéger la clientèle.

Comité de contention et chutes

Le comité de contention et chutes a été réactivé cette année, et la Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: «Contention physique et isolement» a été révisée entièrement. De plus, le programme de prévention des chutes a été formellement actualisé et mis à la disposition de l'ensemble du personnel.

Le lien constant concernant les mesures de contention et des chutes est assumé par M^{me} Geneviève Dorval, ergothérapeute, qui agit comme intervenante pivot dans cette activité.

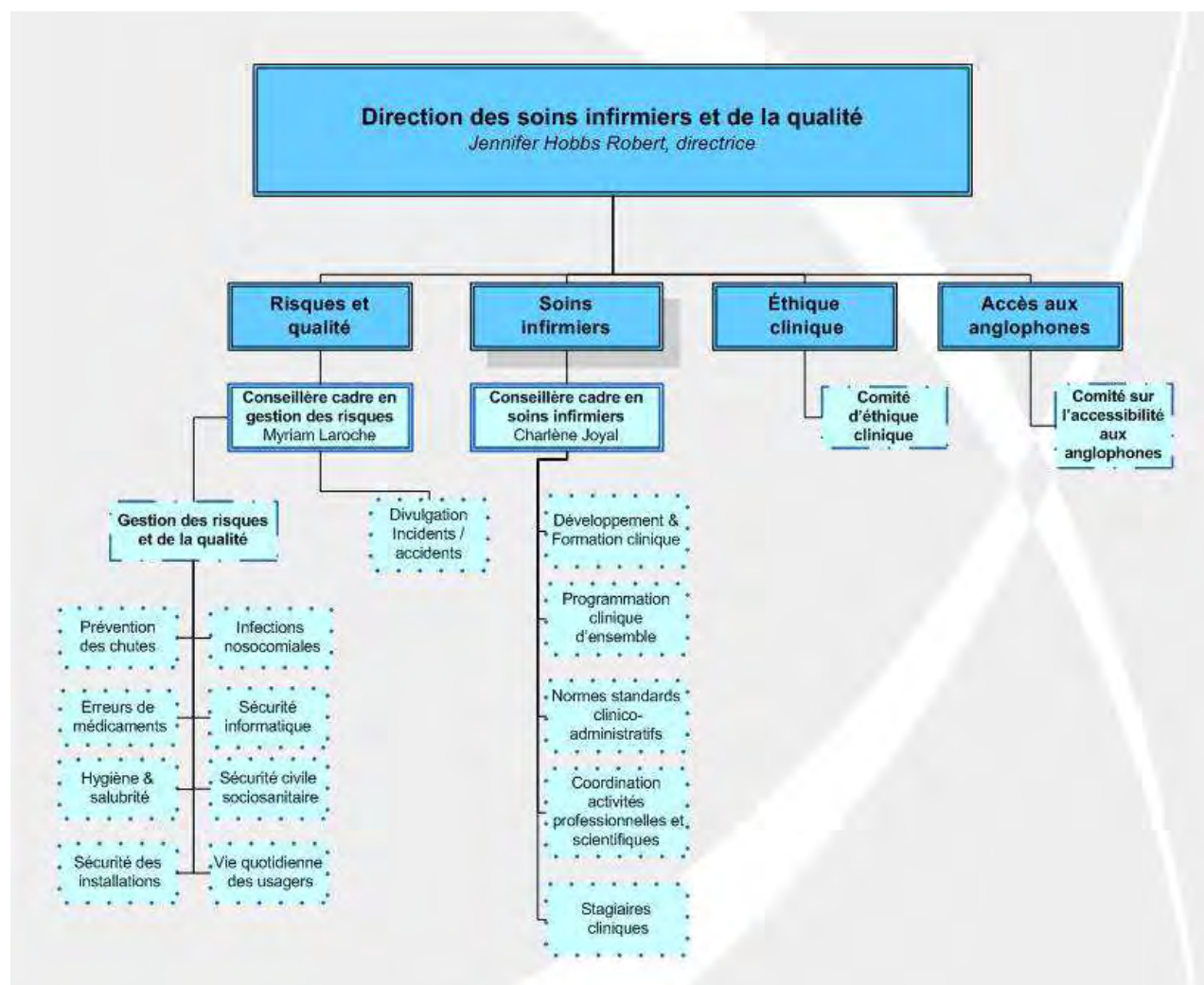
3.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité

La priorité de la Direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ) est de travailler collectivement : la direction, le personnel, les usagers, les familles et les bénévoles, afin d'assurer des soins sécuritaires prodigués avec compassion et qui soient à la fois de haute qualité et valables sur le plan éthique.

L'année 2012-2013 marque la consolidation de nos efforts visant l'excellence et la qualité par l'obtention de notre statut d'agrément avec mention d'honneur. En plus d'avoir mené le processus d'accréditation, le résumé qui suit présente quelques-uns des faits saillants de notre direction de la dernière année.

Jennifer Hobbs Robert
Directrice des soins infirmiers et de la qualité

Organigramme – DSIQ au 31 mars 2013



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 ainsi que le développement et la promotion d'une pratique professionnelle avancée en soins infirmiers.

Dans le cadre de l'initiative visant à explorer de nouveaux domaines de stages en soins infirmiers, Jeffery Hale - Saint Brigid's a offert à une étudiante, au niveau du baccalauréat, l'occasion d'acquérir des connaissances et de l'expérience dans le domaine des soins palliatifs. Ce stage novateur de trente-six jours et réparti en trois volets, soit : les soins palliatifs dans la collectivité, le rôle de l'infirmière ou l'infirmier de liaison en soins palliatifs et l'expérience au sein du service de soins palliatifs, a été un véritable succès.

Notre programme d'orientation et d'intégration du personnel infirmier a été révisé pour y inclure les formations cliniques obligatoires offertes au JHSB. Trente infirmières et infirmières auxiliaires ont bénéficié de ce programme en 2012-2013, pour un total de 210 heures de formation. Ce programme est en constante évolution pour assurer à notre nouveau personnel une expérience d'apprentissage optimale. Par ailleurs, en partenariat avec le Centre de formation professionnelle Fierbourg, l'unité des soins palliatifs au Jeffery Hale accueille des infirmières auxiliaires en stage de perfectionnement dans le cadre d'une formation en soins palliatifs s'adressant au personnel œuvrant auprès de la clientèle âgée.

Un programme de prévention des chutes interdisciplinaire a été élaboré selon les guides de meilleures pratiques cliniques et les données probantes les plus récentes pour l'ensemble des secteurs de l'établissement en collaboration avec le Comité des contentions et chutes. La Politique concernant l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle a également été révisée en collaboration avec le Comité des contentions et chutes, selon le cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux émis en août 2011 et selon la Loi 21 adoptée en juin 2012.

Des formulaires d'évaluation et de surveillance infirmière pour la clientèle bénéficiant des services en endoscopie digestive ont été élaborés en se conformant aux lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et du Collège des médecins du Québec (CMQ) concernant la sédation-analgésie.

La Direction des soins infirmiers et de la qualité a aussi procédé à l'évaluation de l'organisation du travail en soins infirmiers dans deux unités de soins. Elle a formulé deux recommandations sur les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe de soins, les effectifs en place ainsi que le respect de la sécurité des pratiques. Enfin, dans le but d'augmenter son réseautage et son rayonnement, la DSIQ du JHSB participe aux instances suivantes :

- Comité directeur de la chaire de gériatrie de l'Université Laval
- Comité régional de l'enseignement
- Table régionale de la Direction des soins infirmiers (TRDSI)
- Table régionale du Soutien à domicile (SAD)
- Commission infirmière régionale (CIR)
- Communauté de pratique ULaval-CHSLD

De plus, notre conseillère cadre en soins infirmiers est présidente du Comité jeunesse de l'OIIQ.

Gestion des risques et amélioration continue de la qualité

Assurance qualité : notre processus d'audit

Nous avons réalisé certains audits cette année en fonction des avancements importants que nous devons mettre en place. Les résultats et les recommandations associés furent ensuite transmis aux programmes concernés. De plus, ces audits ont permis à la DSIQ de s'impliquer dans des dossiers nécessitant une amélioration des compétences et de la qualité des soins.

- Le programme de prévention des chutes (analyse du risque, mise en place des mesures de préventions, etc.)
 - Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF), soins palliatifs, hébergement permanent
- Le programme de prévention des plaies de pressions
 - UTRF, soins palliatifs, hébergement permanent
- Le bilan comparatif des médicaments
 - Services généraux, équipe de consultation spécialisée en gériatrie et gérontopsychiatrie (ECSGG), soutien à domicile
- La documentation des notes au dossier
 - Services généraux
- Les pratiques en regard de l'évaluation et du suivi de la douleur
 - Services généraux

Pour la prochaine année, l'objectif sera d'élaborer un programme d'audit interne, transversal, basé sur les normes d'Agrément Canada. Ce programme inclura le suivi des résultats des audits et le suivi d'avancement des normes de l'agrément.

En étroite collaboration avec la conseillère cadre en gestion des risques, la Direction des soins infirmiers et de la qualité assume également le rôle de gestionnaire de risques pour l'établissement. À ce 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 participe aux travaux de plusieurs comités en lien avec la sécurité dans l'établissement afin d'assurer une bonne marche du programme de gestion des risques.

En 2013-2014, nous travaillerons en étroite collaboration avec tous les secteurs d'activités au développement et à l'implantation de notre approche intégrée en gestion des risques.

Éthique

La Direction des soins infirmiers et de la qualité a veillé à ce que notre milieu soit doté d'un cadre de référence en matière d'éthique et d'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.

Dans ce contexte, le comité d'éthique clinique poursuit ses activités visant à développer un cadre de réflexion éthique. Les faits saillants 2012-2013 du comité sont résumés dans la partie 4, au point 4.2.8 du présent rapport.

Accès aux anglophones

Se référer à la section 1.3 du présent rapport, intitulée « Portrait de nos clientèles desservies ».

3.5 Direction des ressources humaines

La Direction des ressources humaines (DRH) exerce un rôle déterminant de conseil et de support nécessaires aux gestionnaires dans la gestion de leur personnel. La DRH gère plus de six cents (600) dossiers de personnel et assume la responsabilité des activités suivantes : la dotation, la gestion de la liste de rappel, le service de rémunération et avantages sociaux, l'interprétation des conventions collectives, le développement organisationnel et la formation, la reconnaissance et la gestion de la santé et sécurité au travail.

L'année 2012-2013 a été marquée par l'engagement de l'établissement dans la démarche organisationnelle *Entreprise en santé*. À cet effet, les efforts ont été mis principalement à la réalisation des premières étapes du processus en débutant tout d'abord avec le sondage sur la qualité de vie au travail qui a été actualisé en même temps que le sondage sur la sécurité pour Agrément Canada. Les résultats du sondage ont permis à l'établissement d'identifier les deux sphères de la norme *Entreprise en santé* qui feront l'objet d'un plan d'action éventuel : l'alimentation et les pratiques de gestion. Par la suite, des groupes de discussion ont été créés pour raffiner les éléments soulevés dans le sondage et pour proposer à l'établissement des pistes de solution. De plus, il est prévu que des activités seront organisées dans le but d'améliorer la qualité de vie au travail et pour répondre à notre orientation stratégique de rétention de notre personnel.

Les activités de reconnaissance pour souligner le travail du personnel ainsi que le Gala reconnaissance visant à souligner les années de service et les départs à la retraite, chapeautés par la Direction des ressources humaines, ont été maintenus et grandement appréciés par le personnel. De plus, au cours de l'année, le Prix Ovation a été remis à 10 personnes ou groupes qui se sont démarqués de par leur initiative, leur leadership ou leur impact positif dans le milieu.

L'année se distingue également par la création de nouvelles plages horaires pour combler des besoins au niveau de la gestion de la liste de rappel. Le projet pilote qui a débuté en juin 2012 a été concrétisé en novembre 2012 et maintenant les ressources sont en place pendant les fins de semaine. Cette initiative a pallié un besoin réel tout en étant un complément au système de garde assuré par les gestionnaires et a sécurisé les personnes en devoir la fin de semaine au niveau des remplacements à effectuer, en cas de besoin. La DRH a aussi pris en charge les horaires de certains secteurs d'activités qui auparavant étaient assumés par les effectifs de ces secteurs comme tâche supplémentaire.

Trouver les ressources en quantité et en qualité demeure toujours un défi. Nous avons une équipe qui travaille de façon acharnée pour supporter les opérations et qui a à cœur que les bonnes personnes sont à la bonne place. Nous sommes constamment à la recherche de meilleures méthodes et solutions qui contribueront positivement à l'essor de notre bel établissement.

Ann Martell, directrice des ressources humaines

Ressources humaines

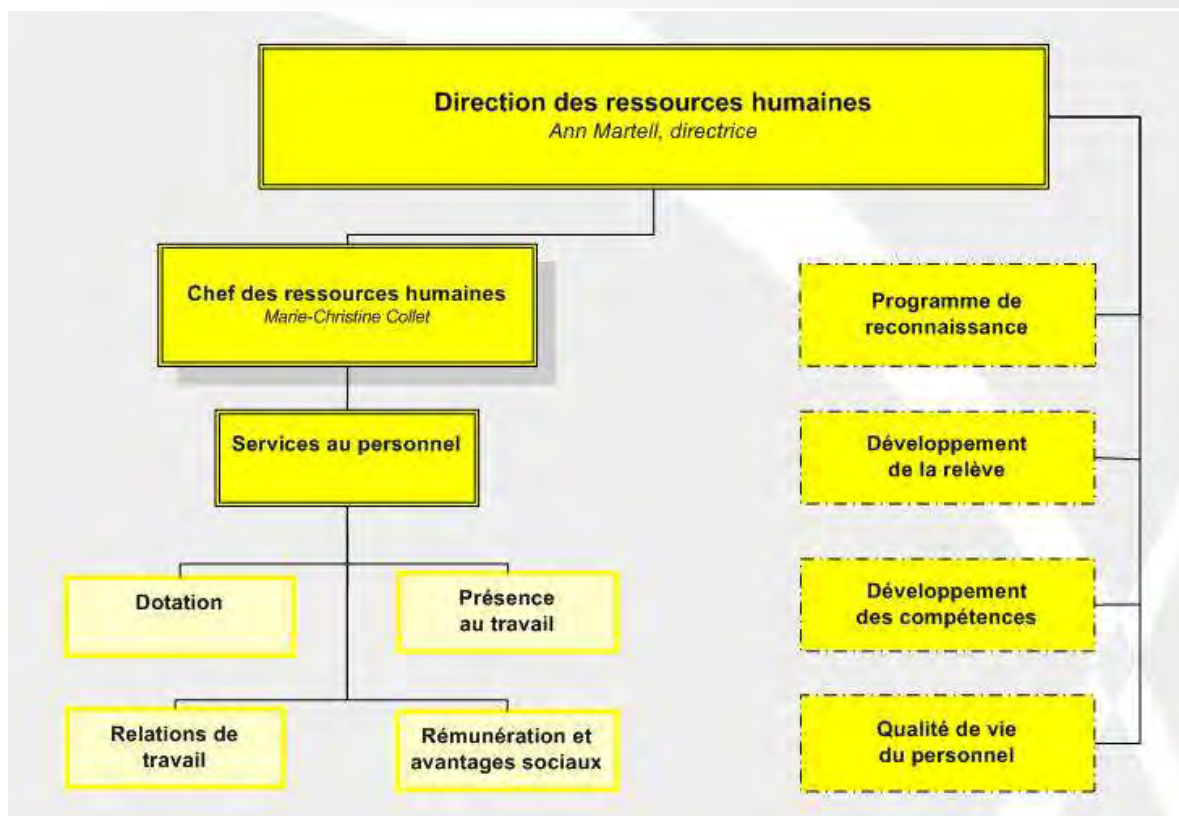
La Direction des ressources humaines est sous la responsabilité de la directrice, madame Ann Martell, et de la chef de service, madame Marie-Christine Collet. Les deux gestionnaires apportent directement un soutien aux gestionnaires et aux équipes dans les matières suivantes :

- la gestion des ressources humaines;
- l'appréciation du rendement;
- le programme de développement des ressources humaines;
- la planification des effectifs;
- la présence au travail;
- les politiques et procédures, normes RH;
- l'interprétation des conventions collectives et lois;
- la qualité de vie au travail;
- le programme de reconnaissance.

La Direction des ressources humaines regroupe quatre secteurs d'activités principales, soit :

- la dotation et la liste de rappel;
- le service de santé;
- les relations de travail;
- la rémunération et les avantages sociaux.

Organigramme – DRH au 31 mars 2013



Effectifs du Jeffery Hale - Saint Brigid's au 31 mars 2013 (extrait du rapport financier annuel AS-471)

	Exercice en cours 2012-13	Exercice antérieur 2011-2012
Personnel détenteur de postes		
<u>Les cadres (en date du 31 mars 2013)</u>		
▪ Temps complet, nombre de personnes..... <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi)</i>	17	17
▪ Temps partiel, nombre de personnes..... Équivalents temps complet..... <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi)</i>	2 1,6	1 0,80
▪ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
<u>Le personnel régulier (en date du 31 mars 2013)</u>		
▪ Temps complet, nombre de personnes..... <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi)</i>	227	227
▪ Temps partiel, nombre de personnes..... Équivalents temps complet..... <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi)</i>	196 107,37	216 122
▪ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Personnel non détenteur de postes		
<u>Les occasionnels (en date du 31 mars 2013)</u>		
▪ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	156 203	193 619
▪ Équivalents temps complet..... <i>(Les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile))</i>	86	106

3.6 Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

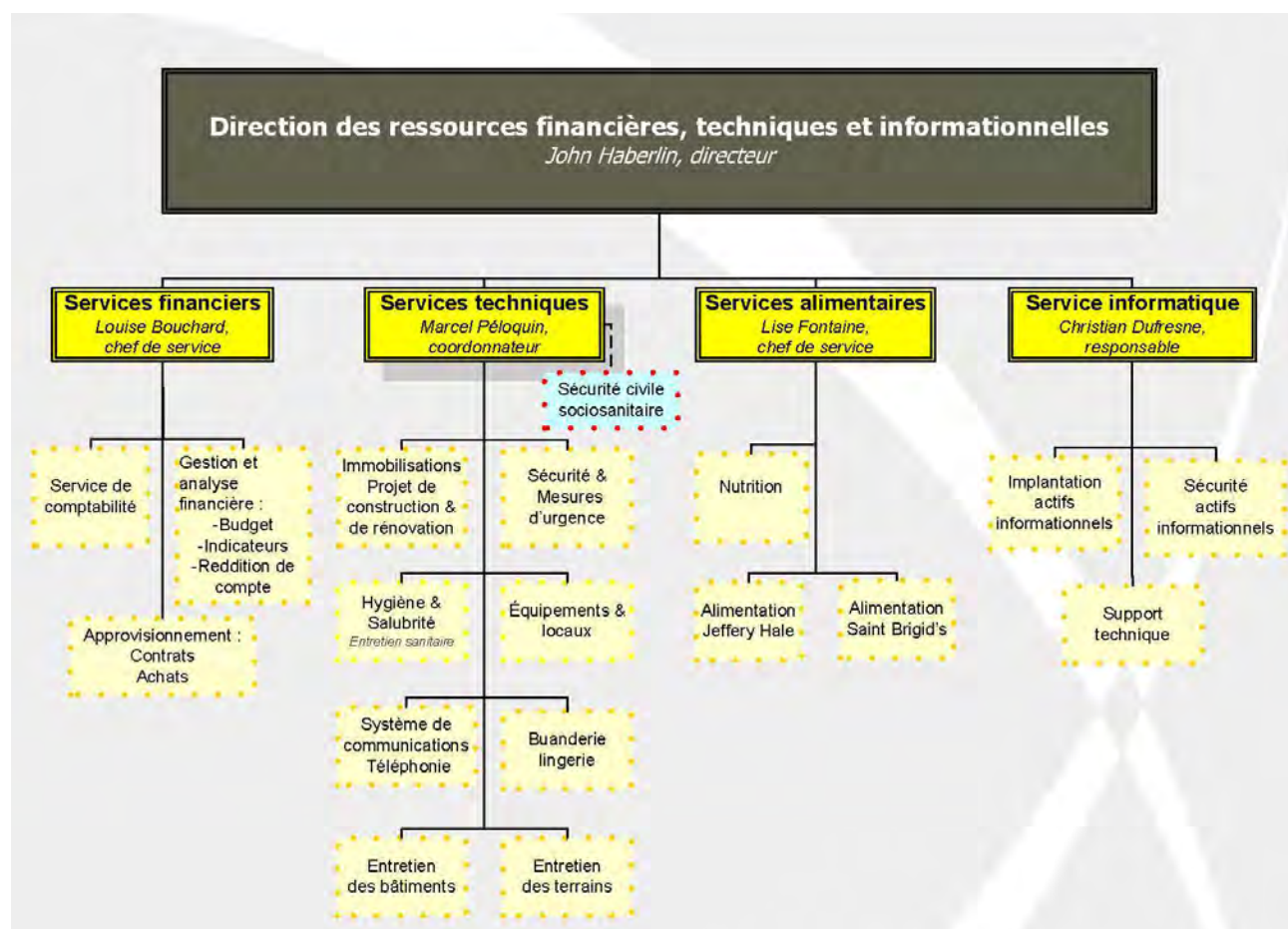
La Direction des ressources financières, techniques et informationnelles comprend sous sa gouverne : les services financiers, les services techniques (*hygiène salubrité, services immobiliers*), les services alimentaires et les services de l'informatique. En tant que programme support, notre direction a toujours eu comme philosophie d'être à l'écoute des programmes qui offrent des services en lien direct avec la clientèle.

Nous devons nous assurer que les services que nous offrons contribuent à la qualité et à la sécurité des services aux usagers de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Dans un contexte financier difficile, là où les besoins sont en hausse, notre organisation doit continuellement réviser ses pratiques, privilégier des approches innovatrices et assurer l'efficacité de nos activités. En tant qu'établissement de petite taille, nous sommes convaincus que nous pouvons en tirer profit et faire les choses différemment, et ce, malgré des moyens qui demeurent très modestes.

John Haberlin

Directeur des ressources financières, techniques et informationnelles

Organigramme – DRFTI au 31 mars 2013



Services financiers

Sous la responsabilité du directeur, monsieur John Haberlin, et de la chef de programme, madame Louise Bouchard, 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 pour 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.

Malgré un contexte financier difficile en 2012-2013, le Jeffery Hale – Saint Brigid's a terminé l'année avec un léger surplus de 5 680 \$ au fonds d'exploitation. Cependant, la perspective de compressions additionnelles à venir pose un défi majeur à l'établissement. Nous devons rester optimistes par le fait que nous travaillons avec nos partenaires de l'Agence de la santé, à la recherche de solutions nous permettant de traverser cette période difficile.

L'élaboration d'indicateurs de performance s'avère d'une importance capitale dans le contexte afin de bien évaluer notre performance. C'est pourquoi en cours d'année, nous avons implanté un nouveau système de gestion de rapports financiers. Nous avons également revu l'ensemble de nos systèmes de contrôle incluant les changements requis en lien avec les nouvelles lois de reddition des comptes publics.

Services techniques et immobiliers

Sous la responsabilité du directeur, monsieur John Haberlin, et du coordonnateur des services techniques, monsieur Marcel Péloquin, 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 opérationnel des mesures d'urgence*. Finalement, il s'assure du respect des obligations de l'établissement en matière d'hygiène et de salubrité.

Nous avons poursuivi, en 2012-2013, le programme d'acquisition d'équipements médicaux, à la suite de l'octroi de budgets auprès de l'Agence. Ces achats ont grandement contribué à la qualité des soins, à la sécurité et au bien-être de la clientèle.

Nous avons maintenu nos efforts en 2012-2013 afin d'améliorer l'état de notre parc immobilier. Plusieurs projets ont été complétés incluant le remplacement du système de panneau incendie au Jeffery Hale, la rénovation de l'urgence au Jeffery Hale et la rénovation du rez-de-chaussée à Saint Brigid's. Plusieurs autres projets sont en planification pour les années à venir, ce qui demandera un effort colossal de la part de l'équipe des services techniques. À titre d'exemple, les travaux de planification sont bien entamés à la suite de l'octroi d'un budget de plus de 1 000 000 \$ de l'Agence pour la création d'une nouvelle unité de soins palliatifs au 3^e étage du Jeffery Hale. Les travaux débuteront au printemps 2014.

Les services techniques ont également travaillé tout au long de l'année à préparer la visite d'Agrément Canada qui a eu lieu en mars 2013, notamment en ce qui concerne les pratiques reliées à la sécurité de la clientèle, soit le plan des mesures d'urgence et l'implantation de notre programme d'entretien préventif.

Services alimentaires

Sous la responsabilité du directeur, monsieur John Haberlin, et de la chef de programme, madame Lise Fontaine, 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 des 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 de l'établissement visant la promotion d'une saine alimentation tout en respectant les choix individuels des résidents et des clientèles est en vigueur depuis maintenant quelques années.

L'ensemble des dossiers d'absentéisme a fait l'objet d'une révision systématique pour améliorer la performance de ce secteur.

Au printemps 2012, nous avons amorcé le nouveau mode de distribution des repas au Jeffery Hale, un projet qui a fait l'objet de consultation et de planification. L'adaptation des procédés et des méthodes de travail s'est échelonnée sur plusieurs mois. Un sondage révélait, neuf mois plus tard, en février 2013, que ce changement majeur atteignait les principaux objectifs visés, soit : la sécurité alimentaire, la qualité globale des aliments, la température adéquate des aliments, la qualité du service des repas, l'horaire des repas, le contrôle du contenu de l'assiette et une meilleure utilisation des compétences du personnel.

Nous avons travaillé à préparer la visite d'Agrément Canada. Le volet sécurité a été priorisé en favorisant les bonnes pratiques d'hygiène ainsi que l'appréciation du rendement du personnel.

Sur le plan des équipements, nous avons procédé à la priorisation des besoins de remplacement. À ce chapitre, le remplacement du lave-vaisselle au Jeffery Hale fut notre dossier principal et sera remplacé à l'automne.

Enfin, de manière à assurer une meilleure efficacité, nous avons procédé à l'arrimage des deux bases de données (Jeffery Hale et Saint Brigid's) en ce qui concerne le logiciel de gestion des menus.

Service informatique

Sous la responsabilité du directeur, monsieur John Haberlin, et de nos experts en informatique composés de messieurs Christian Dufresne et Marc-André Dufour, 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 de concert avec les autres établissements de la région.

Parmi les faits saillants du secteur informatique en 2012-2013, notons particulièrement :

- sa participation au bureau régional de la gouvernance régionale des ressources informationnelles;
- l'implantation du système informatisé de prise de rendez-vous cliniques;
- le remplacement de près de 25 % de notre parc informatique composé de plus de 225 postes;
- l'implantation de la première phase du *Dossier Clinique Informatisé* (DCI) permettant l'accès aux résultats cliniques pour les consultations externes;
- participation à plusieurs comités régionaux de planification de travaux d'importance tels les dossiers cliniques informatisés, le courrier électronique, AD régional, CTI, etc.

Sécurité civile

La sécurité civile est sous la responsabilité de monsieur Marcel Péloquin, coordonnateur des services techniques. Découlant du Plan national de sécurité civile, 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 (*préhospitalier, centre hospitalier, centre de santé de première ligne*), la santé publique, les services psychosociaux, le maintien des activités et la communication.

Le Plan local de sécurité civile (PLSCS) de l'établissement 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 notamment 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.

Notre établissement a eu un exemple concret de son implication au Plan régional en accueillant, au mois de mars, sur le site Saint Brigid's, des clients d'un autre établissement de la région à la suite d'un dégât d'eau majeur. Cela nous a permis d'évaluer notre plan de sécurité civile locale, et de l'avis de tous, l'ensemble de l'exercice a été concluant.

3.7 Service des communications

L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's ne comprend pas de service de communication comme tel dans sa structure administrative. Toutefois, les services de la conseillère en communications des Partenaires communautaires Jeffery Hale, madame Diane Kameen, nous sont prêtés au besoin. 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.

Réalisations 2012-2013

Bien que les ressources à notre disposition en matière de communication soient limitées, ce secteur d'activité, offert en collaboration avec Les Partenaires communautaires Jeffery Hale, a connu, au cours de l'année 2011-'12, d'importants développements et réalisé des projets d'envergure, dont notamment :

- **Promotion de la Qualité / Sécurité** : Design de représentations graphiques simples pour appuyer les communications sur la sécurité des usagers, plusieurs dépliants, communiqués et bulletins d'information sur la sécurité de services spécifiques, et développement de trois images pour illustrer notre processus d'amélioration continue : qualité, sécurité, compassion.
- **L'établissement en lien avec la communauté anglophone** : Rubrique «Wellness» dans l'hebdomadaire Quebec Chronicle-Telegraph, dépliants, volet anglophone du portail santé, rapport annuel à la communauté.

- **Image corporative** : Adoption et déploiement d'une nouvelle image de marque intégrée pour le JHSB; mise à jour du site Internet et du site Intranet, visibilité et promotion dans la communauté; conception de la nouvelle signalisation extérieure pour mettre en valeur la nouvelle image de marque et amélioration de la signalisation directionnelle extérieure.
- **Soutien aux directions, programmes et instances de l'établissement** : Consolidation du projet impliquant des écrans électroniques dans la salle d'attente à l'urgence en collaboration avec Advisia Canal Santé; gala reconnaissance, dépliants destinés à la clientèle, amélioration de la signalisation interne, membre du comité d'approche attentionnée.
- **Soutien aux fondations** : Soutien à la Fondation des Amis du Jeffery Hale et à la Fondation Saint Brigid's Home, et directrice de la campagne de financement conjointe d'Entraide et de nos fondations.

Du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013, notre site Internet a accueilli 40 526 visiteurs (comparativement à 34 770 et 26 039 des deux années précédentes), parmi lesquels 72 % consultaient pour la première fois (comparativement à 77 % et 75 % des deux années précédentes).

Partie 4

Conseils et comités de l'établissement

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

Conseil d'administration

Entrée en fonction : 1^{er} fév. 2012

M. Didier Culat, président
par la population
M. Richard Walling, vice-président,
Fondations
M. Louis Hanrahan, DG, secrétaire
M^{me} Margaret Baker, cooptation
M. Simon Clément, cooptation, org.
communautaires
M^{me} Joanne Coleman-Robertson
Élu par la population
M. Fred Cribb, nommé par l'Agence
M^{me} Amie Deschamps, CM
M^{me} M.-Chantal Dubois, personnel non
clinique
M^{me} Christiane Dion, Agence
M. François Fleury, Comité usagers
M^{me} Gertrude Grogan, Comité usagers
M. Russell Kueber, cooptation
M. Roger Lemire, cooptation
M. J. Edward Murphy, cooptation
M^{me} Brenda Rogers, cooptation
M^{me} Catherine Nadeau, CMDP
M^{me} Marie-Paule Parent, CII

Comité administratif

M. Didier Culat, président
M. Richard Walling, vice-président
M. Louis Hanrahan, directeur général
M^{me} Joanne Coleman-Robertson
M. Russell Kueber
M. Roger Lemire
M. J. Edward Murphy

Comité de vérification

M. Fred Cribb, président
M. Simon Clément
M^{me} Margaret Baker
M. John Haberlin, dir. des ressources
financières / membre d'office
M. Louis Hanrahan, DG / membre
d'office

Comité de gouvernance et d'éthique

M^{me} Joanne C.-Robertson, présidente
M. Richard Walling, vice-président
M^{me} Christiane Dion
M^{me} Gertrude Grogan
M. Louis Hanrahan, DG/membre d'office

Comité de vigilance et de la qualité

M^{me} Christiane Dion, présidente
M. François Fleury, vice-président
M^{me} Brenda Rogers, secrétaire
M. Louis Hanrahan, DG / 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 / membre d'office

Comité de révision des règlements

M. Roger Lemire, président
M^{me} Chantal Dubois, vice-présidente
M. Louis Hanrahan, DG / 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} Catherine Gagnon, présidente
D^{re} Micheline Tremblay, trésorière
D^r Bruno Denis
D^r Hubert Marcoux
D^{re} Marie-Ève Martineau
M^{me} Catherine Nadeau, pharmacienne
D^r Benoît Dumais, DSP / membre
d'office
M. Louis Hanrahan, DG / membre
d'office

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

M^{me} Myriam Laroche, présidente
M^{me} Kathleen Mulligan, vice-présidente
M^{me} Johanne Pétrin, secrétaire
M^{me} Marie-Paule Parent, représentante
au C.A.
M^{me} Carole Simard, déléguée aux
communications
M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice
des soins infirmiers et de la qualité /
membre d'office

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

M^{me} Roxane Thibault, présidente
M^{me} Amanda Mills, vice-présidente
M^{me} France Nolet, secrétaire
M^{me} Liane Webster, déléguée aux
communications
M^{me} Myriam Laroche, présidente CII /
membre d'office

M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice
des soins infirmiers et de la qualité /
membre d'office

Conseil multidisciplinaire (CM)

M^{me} Amie Deschamps, présidente
M^{me} France Gaudet, vice-présidente
M^{me} Amie Deschamps, secrétaire et
membre délégué au C.A.
M^{me} Hélène Fortin, conseillère
M. Mario Soucy, directeur général
adjoint / membre d'office
M. Louis Hanrahan, directeur général /
membre d'office

Autres instances

Comité de gestion des risques et de la qualité

D^r Benoît Dumais, président, DSP,
risque rattaché à la sécurité civile
M^{me} Christiane Dion, Conseil
d'administration
M^{me} Monique Brisson, Comité usagers
D^{re} Catherine Gagnon, CMDP
M^{me} Amie Deschamps, ts., CM
M^{me} Geneviève Dorval, ergothérapeute,
risque rattaché aux chutes et
contentions
M^{me} Marie-Paule Parent, conseillère en
prévention des infections, 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
M. Marcel Pélouin, coordonnateur
serv. techniques, risque rattaché à la
sécurité des installations
M^{me} Lucie Lachance, tech. éduc.
spécialisée, risque rattaché aux
activités de vie quotidienne
M. Guy Pelletier, commissaire aux
plaintes / membre d'office
M^{me} Myriam Laroche, conseillère cadre
en gestion des risques et de la qualité /
CII / membre d'office
M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice
des soins infirmiers et de la qualité /
membre d'office

Comité de révision

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

Comité d'éthique clinique

M^{me} Christiane Dion, C.A.
M. Pierre Robitaille, Comité usagers
D^{re} Micheline Tremblay, CMDP
M^{me} Geneviève Dorval, ergothérapeute,
CM
M^{me} France Nolet, inf. auxiliaire, CIIA
M^{me} Julie Roberge, travailleuse sociale,
soins palliatifs
Père Conrad Poulin, pastorale
M^{me} Anne Joug, physiothérapeute,
Gériatrie communautaire
M^{me} Paule Vallières, tech. en éduc.
spécialisée, Hébergement SB
M^{me} Marthe Vézine, infirmière, SB
M^{me} Louise Lagacé, chef des services
général, Serv. général et
communautaires
M^{me} Nathalie Fortin, travailleuse
sociale, chef d'équipe, Services
communautaires
M. Gilles Labrecque, préposé aux
bénéficiaires, Hébergement Jeff

M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice
des soins infirmiers et de la qualité /
membre d'office
M. Louis Hanrahan, DG / invité

Comité de pharmacologie

M^{me} Michelle Carrier, pharmacienne,
présidente
M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice
des soins infirmiers et de la qualité
M^{me} Kathleen Mulligan, infirmière
SCLA en milieu scolaire
M^{me} Nathalie Martel, conseillère cadre
en activité clinique au Jeffery Hale
D^{re} Marie-È. Martineau, gériatrie
M^{me} Michèle Plante, pharmacienne
D^{re} Micheline Tremblay, gériatrie

Comité des usagers JHSB

M. François Fleury, président, membre
délégué au C.A., Services généraux
M. Nicolas Poirier, vice-président,
Comité des résidents SBH
M^{me} Gertrude Grogan, trésorière,
membre délégué au C.A. / Services
communautaires de langue anglaise
M^{me} Marie Laroche, secrétaire, Serv.
gériatriques JH
M^{me} Linda Boucher, administratrice,
Serv. gériatriques SBH
M^{me} Monique Brisson, administratrice,
toute provenance
M. Pierre Robitaille, administrateur
Comité des résidents JH

Comité des résidents Jeffery Hale

M. Pierre Robitaille, président
M^{me} Huguette Lavoie, vice-présidente
M. Alain Côté, trésorier
M^{me} Clémence Robitaille, secrétaire
M^{me} Carol Docres
M^{me} Renée Côté
M. Stéphane Marcoux, chef de
l'hébergement JH / Personne
ressource

Comité des résidents Saint Brigid's

M^{me} Hillary Buggie, présidente
M^{me} Gertrude Grogan, vice-présidente
M. Robert Angers, trésorier
M^{me} Linda Boucher, secrétaire
M. Nicolas Poirier
M. Frank Scardina
M^{me} Penny Whelan
M^{me} Lucie Desmeules, conseillère
cadre en milieu de vie / Personne
ressource

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

4.2.1 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Au terme de l'année 2012-2013, le comité de l'exécutif du CMDP a tenu six séances régulières et une séance spéciale le 20 septembre 2012. Il a présenté le bilan annuel de ses activités dans le cadre d'une assemblée générale annuelle le 5 juin 2013 où il a déposé son rapport annuel de même que ceux des départements médicaux et cliniques tels l'urgence, la gériatrie, la pharmacie et le comité de pharmacologie. Le conseil d'administration de l'établissement a adopté le rapport annuel du CMDP le 18 juin 2013.

Différents dossiers ont retenu l'attention du comité exécutif en 2012-13, dont certains ont fait l'objet de recommandations à la Direction générale et au Conseil d'administration.

Formulation d'avis au Conseil d'administration ou à la Direction générale

1. Examen des titres visant le recrutement de médecins et de pharmaciens

Au cours de l'exercice 2012-2013, le conseil d'administration a procédé à deux nouvelles nominations et accepté deux démissions suivant la recommandation et l'analyse du comité d'examen des titres du CMDP.

Nouvelles nominations :

- Dre Anne-Marie Lambert-Perrault, membre actif au département de gériatrie
(Résolution numéro 2013-03-26-12.01.01)
- M. André Comeau, membre associé au département de médecine spécialisée
(Résolution numéro 2013-03-26-12.01.02)

Démissions :

- Dre Caroline Tremblay, membre actif au département de gériatrie
(Résolution numéro 2012-05-15-10.01.01)
- Dr Jacques Leclerc, ORL, membre associé au département de médecine spécialisée
(Résolution numéro 2013-03-26-12.01.03)

2. Renouvellement des statuts et privilèges des membres du CMDP

Suivant la recommandation du CMDP le 19 janvier 2013, le conseil d'administration a accordé, le 29 janvier 2013, la prolongation des statuts et privilèges aux médecins, dentistes et pharmaciennes pour une période de trois ans, soit du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015. (Résolution numéro 2013-01-29-12.02)

3. Révision de règlements internes

Règlements internes du CMDP : En vertu de l'article 4.2.1, le Règlement interne du CMDP doit faire l'objet d'une révision tous les trois ans. En vigueur depuis septembre 2003, l'exécutif du CMDP a procédé à la révision de ses règlements, lesquels ont été adoptés à l'assemblée générale annuelle du CMDP le 5 juin 2013 et au conseil d'administration le 18 juin 2013. / (Résolution N° 2013-06-18-12.01.01)

Règlements du département de l'urgence : En vigueur depuis octobre 1999, les Règlements du département de l'urgence ont aussi fait l'objet d'une révision. Suivant la recommandation du CMDP le 7 juin 2012, le conseil d'administration a procédé à l'adoption du nouveau règlement de l'urgence intitulé « *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de l'urgence de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's* » à sa séance régulière du 12 juin 2012. / (Résolution N° 2012-06-12-12.02)

La révision de ces règlements s'inscrit dans le cadre du suivi des recommandations du Collège des médecins formulées lors de la visite professionnelle réalisée en avril 2011.

4. Planification des travaux de réaménagement à l'unité des soins palliatifs et à l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF)

Dans le cadre d'un processus d'analyse et de consultation interne réalisé entre les mois de juin et novembre 2012, le CMDP a déposé, le 18 octobre 2012, un document faisant connaître sa position sur les modalités associées au déménagement temporaire d'une partie de la clientèle vers Saint Brigid's pendant les travaux de réaménagement à l'unité de soins palliatifs et à l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF). Ces travaux sont prévus de janvier à septembre 2014.

Suivant l'analyse des scénarios proposés et des recommandations formulées par les comités consultatifs et les instances consultées, le conseil d'administration a adopté, le 14 mai 2013, le *Plan de réaménagement à l'unité de soins palliatifs et à l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's*. Ce plan retient l'hypothèse proposée voulant que la clientèle hébergée au deuxième étage du Jeffery Hale soit délocalisée à Saint Brigid's pour la durée des travaux. / (Résolution N° 2013-05-14-8.01)

Autres faits saillants

5. Accessibilité aux soins dentaires

Afin d'assurer l'accessibilité aux soins dentaires pour la clientèle de l'hébergement qui ne peut pas se déplacer, le CMDP a recommandé l'achat d'équipement mobile afin de pouvoir attirer des dentistes qui pourront venir sur place en mai 2013.

L'analyse de la proposition est en cours afin de vérifier la disponibilité de l'enveloppe budgétaire pour acheter l'équipement requis.

6. Adoption d'ordonnances collectives proposées par le comité de pharmacologie

- Culture de gorge à l'urgence
- Contraception orale dans les services communautaires de langue anglaise
- Politiques et procédures de gestion des échantillons
- Politiques et procédures de distribution sécuritaire des narcotiques
- Politiques et procédures d'exécution des ordonnances médicales
- Ordonnance collective sur les soins bucco-dentaires
- Feuille de dépistage des facteurs de risque de chute associés aux médicaments
- Mise à jour « feuille suivi des neuroleptiques »

7. Adoption de la mise en garde proposée par le comité de pharmacologie

La pharmacie devra envoyer une alerte au médecin traitant lors de la prescription de quinine ou d'une dose élevée de citalopram.

8. Autorisation d'évaluation en physiothérapie sans référence médicale

Adoption et transmission d'une lettre au conseil multidisciplinaire le 31 octobre 2012. Ceci ne fit pas l'objet d'une recommandation au conseil d'administration.

9. Révision de la situation pour les patients sous jugement de l'autorisation de soins

Mise en place d'un calendrier de réévaluation de soins aux six mois et révision du jugement pour deux patients en février 2013. Ceci ne fit pas l'objet d'une recommandation au conseil d'administration.

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.

En cours d'année, aucune recommandation émanant des travaux de nos départements cliniques à l'égard de l'évaluation des actes médicaux n'a été formulée auprès de l'exécutif du CMDP. L'exécutif du CMDP a déjà pris des mesures incitatives en invitant les départements cliniques à formuler de telles recommandations concernant la qualité des services médicaux et la sécurité de notre clientèle.

4.2.1.2 Comité de pharmacologie

Le comité de pharmacologie assume les fonctions suivantes :

- Il apprécie les mécanismes de contrôle de l'utilisation des médicaments dans l'établissement, notamment par des études rétrospectives de dossiers des usagers et par des vérifications de l'utilisation des médicaments.
- Il fait l'évaluation des dossiers des usagers ayant présenté des réactions nocives et des allergies médicamenteuses.
- Il conseille le chef du département de pharmacie ou le pharmacien sur les règles d'utilisation des médicaments dans l'établissement.
- Il évalue les demandes d'utilisation de médicaments aux fins de recherche clinique et fondamentale, ou de médicaments de nécessité médicale particulière.
- Il conseille le chef du département de pharmacie dans la sélection des médicaments pour utilisation courante dans le centre à partir de la liste visée à l'article 116 de la Loi, en fonction de leur dénomination commune, de leur teneur et de leur forme pharmaceutique.
- Il formule des recommandations au comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Bilan des activités

Le comité de pharmacologie du Jeffery Hale – Saint Brigid's a tenu sept réunions en 2012-2013. Les membres ont discuté des généralités et traité des sujets suivants :

- Abréviations dangereuses (indicateur de qualité-3^{ième} audit)
- Bilan comparatif des médicaments
- Compilation des mémos, mise en garde, bulletin, recommandation et formation en lien avec la sécurité
- Dépistage des facteurs de risque de chute associés à la médication-analyse pharmaceutique à l'admission en hébergement
- Gestion des risques - rapport incidents / accidents concernant les médicaments.
- Insuline en soin hébergement
- Mise en garde pour les médicaments tels que : quinine, celexa, et rédaction d'avis pour l'équipe médicale
- Norme sur la gestion des médicaments selon Agrément Canada.
- Officialiser que la feuille d'ordonnance de BCM soit l'ordonnance d'admission.
- Politiques et procédures pour les médicaments dangereux.
- Révision de la politique et procédure : Médicaments à haut risque.
- Révision de la feuille de surveillance des neuroleptiques atypiques et autres
- Révision des ordonnances collectives – section soins de bouche.
- Restriction d'approvisionnement des produits Sandoz – impact.

*Veuillez consulter la section **pharmacie** à la page 57 du présent rapport, pour d'autres politiques entérinées par le comité de pharmacologie.*

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

Choix du RUM pour l'année 2013 : calcitonine. (En cours)

4.2.2 Conseil des infirmières et infirmiers et des infirmières et infirmiers auxiliaires (CII-CIIA)

Le Conseil des infirmières et infirmiers et des infirmières et infirmiers auxiliaires (CII-CIIA) se doit d'être le reflet des valeurs de ses membres. À ce titre, il constitue la voix de l'ensemble du personnel infirmier et infirmier auxiliaire du Jeffery Hale – Saint Brigid's. Il a pour objectif de reconnaître et promouvoir leur contribution à la qualité des services dispensés à la clientèle et est porteur de leurs recommandations sur la qualité des soins et des services, leur complémentarité et leur organisation, tout en tenant compte des ressources humaines et financières disponibles.

Bilan des activités

Au cours de 2012-2013, l'exécutif du CII-CIIA a tenu sept rencontres régulières avec un taux de participation de 85 %, comparativement à 80 % en 2011-12. L'assemblée générale annuelle des membres a eu lieu le 9 mai 2013. Suivant la recommandation de ses membres, le conseil d'administration a adopté son rapport annuel d'activités le 18 juin 2013. Des élections ont eu lieu pour combler deux postes vacants : déléguée aux communications et autre poste. Le CII-CIIA n'a soulevé aucune difficulté d'ordre éthique.

Le Conseil a formulé deux avis à la Direction des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement dans le cadre d'un processus de consultation interne sur les dossiers suivants :

- La qualité des soins infirmiers au 3^e étage du Jeffery Hale
- Le projet de réaménagement de l'unité de soins palliatifs et de l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) au 3^e étage du Jeffery Hale

Il a informé ses membres de l'entrée en vigueur de dix-neuf nouvelles politiques et procédures, de nouveaux programmes, d'ordonnances collectives et d'outils d'évaluation. Il a élaboré et diffusé un formulaire de demande d'ordonnance collective. Sur le plan de la formation continue, l'exécutif a organisé six cafés-compétences, dont trois formations en ligne. Par ailleurs, les membres de l'exécutif sont activement impliqués dans divers comités, dont le comité d'éthique clinique, le comité de gestion des risques et de la qualité, le comité de pharmacologie et le comité de prévention des infections. Dans le cadre d'activités de reconnaissance et de mobilisation des membres du CII et du CIIA, deux prix révélations ont été décernés et plusieurs activités de promotion ont été réalisées.

Recommandations au conseil d'administration

Le CII n'a pas formulé de recommandation au conseil d'administration en 2012-2013.

4.2.3 Conseil multidisciplinaire (CM)

Mandat général

- Constituer des comités de pairs, les supporter et les encadrer dans leurs projets.
- Formuler des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services offerts par ses membres, l'organisation scientifique et technique de tout centre exploité par l'établissement et les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres.

- Assumer toute autre fonction que lui confie la direction et le conseil d'administration.

Bilan des activités, avis formulés et leurs suites

En 2012-2013, le comité exécutif du CM a tenu sept rencontres avec un taux de participation de 80,7 %. Il a également organisé une rencontre avec tous ses membres dont le taux de participation était de 39 %. Le CM a tenu son assemblée générale le 2 mai 2013 où il a déposé son rapport annuel, lequel a été adopté par le conseil d'administration le 14 mai 2013.

Consultation et avis émis à la direction, le cas échéant

- Consultation sur l'élaboration des programmes de prévention des chutes et des plaies.
- Consultation par la direction générale du comité du CECM en lien avec les divers comités de pairs pour la restructuration des unités en vue de la rénovation du 3e étage.
- Révision du dépliant du CM débuté, à terminer 2013-2014.
- Réception de la lettre acheminée à la Direction générale par le comité de pairs des travailleurs sociaux concernant un poste en travail social à l'hébergement permanent de Saint Brigid's.
- Planification stratégique 2012-2015.

Autres faits saillants

- Support financier accordé au comité de pairs des nutritionnistes.
- Demande au comité de pairs ergothérapeutes au nom du CGRQ de sécuriser l'utilisation des fauteuils roulants par les bénévoles en assurant la présence d'appuis-pieds.
- Réception des recommandations du comité d'éthique clinique concernant la demande d'utilisation de pictogrammes avec la clientèle hébergée présentée par le comité de pairs des physiothérapeutes.
- Participation au colloque de l'ACMQ en octobre 2012
- Représentation de l'exécutif sur les comités et instances : comité de prévention des infections, comité de gestion des risques et de la qualité et conseil d'administration
- Suivi auprès des comités de pairs
- Préparation de l'activité de reconnaissance des professionnels, mais événement reporté en 2013-2014

Recommandations au conseil d'administration

Le Conseil multidisciplinaire n'a pas formulé de recommandation au conseil d'administration en 2012-2013.

4.2.4 Comité des usagers

Le comité des usagers est le gardien des droits des usagers. Il est un comité indépendant qui définit ses objectifs et ses priorités d'action conformément à sa mission d'informer, d'encadrer et d'aider les usagers et résidents. Les assises qui guident ses actions sont la qualité des services, la satisfaction de la clientèle et les conditions de vie des personnes hébergées. À cela s'ajoute une attention particulière envers les clientèles les plus vulnérables.

Bilan des activités

Étude sur la satisfaction des usagers

En 2010, le comité des usagers fait appel à une ressource externe spécialisée en mesure et évaluation pour entreprendre une vaste consultation sur la satisfaction des usagers de l'établissement. Un comité d'évaluation est alors formé avec le mandat de définir les groupes à consulter, déterminer la méthode à utiliser et approuver les outils de consultation. Ce comité regroupe des représentants du comité des usagers et des deux comités de résidents, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, la

conseillère cadre en milieu de vie et d'autres membres du personnel selon les programmes concernés, de même que la ressource externe.

Sur une période allant de mars 2010 à novembre 2012, 16 groupes sont consultés au total, ceux-ci représentant autant de clientèles différentes. C'est ainsi que (599) personnes, bénéficiant de l'un ou l'autre des services de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, ont fait part de leurs commentaires. Sur ces 599 personnes consultées, 416 le sont dans le cadre d'une entrevue individuelle (sur place ou par téléphone) alors que 183 répondent à un questionnaire écrit qu'elles retournent par la poste. Ce tableau fait état des groupes consultés et du nombre (N) de répondants par groupe.

Groupes consultés			N
Gériatrie communautaire	Groupe A	Usagers (ou représentants) de l'UTRF	30
	Groupe B	Usagers (ou représentants) des Soins palliatifs	31
	Groupe C	Usagers de l'Équipe de consultation spécialisée en gériatrie et en psychogériatrie	38
Services généraux	Groupe D	Usagers du Service de radiologie	37
	Groupe E	Usagers de l'Urgence	54
	Groupe F	Usagers de la Clinique externe	32
Résidence Jeffery Hale (CHSLD)	Groupe G1	Résidents aptes du Jeff	20
	Groupe H1	Représentants des résidents du groupe G1	17
	Groupe I1	Représentants des autres résidents du Jeff	66
Saint Brigid's Home (CHSLD)	Groupe G2	Résidents aptes de SBH	40
	Groupe H2	Représentants des résidents du groupe G2	33
	Groupe I2	Représentants des autres résidents de SBH	84
Jeffery Hale Community Services	Groupe J	Participants du Day Centre	39
	Groupe K	Usagers (ou représentants) des services Homecare	37
	Groupe L	Usagères de Community Services Early Childhood Team	34
	Groupe M	Usagers de Community Services (consultations individuelles)	7
Nombre total de répondants			599

Le comité des usagers a complété la consultation au cours de 2012-13 et a déposé son rapport final au conseil d'administration le 26 mars 2013. Dans tous les départements étudiés, les usagers ont exprimé un taux élevé de satisfaction et les cibles d'amélioration sont mineures. La deuxième phase du processus consistera à compiler les résultats de l'étude et à rencontrer de nouveau les différents départements consultés pour élaborer un plan d'action en vue de renforcer nos actions vers la qualité.

Assemblée annuelle

Le comité des usagers a tenu son assemblée générale annuelle le 6 juin 2012. Les membres y ont adopté le rapport annuel des activités et les rapports financiers afférents.

Élections et nominations de représentants

Au mois de septembre 2012, le comité a élu et nommé ses représentants aux diverses instances de l'établissement.

Comité des usagers :

- Président : M. François Fleury
- Vice-président : M. Nicolas Poirier
- Trésorière : M^{me} Gertrude Grogan
- Secrétaire : M^{me} Marie Larochelle, par intérim depuis juin 2012

Représentation du comité des usagers aux instances de l'établissement :

- Conseil d'administration : M. François Fleury et M^{me} Gertrude Grogan
- Comité de vigilance et de la qualité : M. François Fleury
- Comité de gestion des risques et de la qualité : M^{me} Monique Brisson
- Comité d'éthique clinique : M. Pierre Robitaille

Perspectives d'action pour 2013-2014

Au cours de ses différentes rencontres, le comité des usagers a établi un plan d'action qui s'échelonnait sur plusieurs années. Sa priorité première sera d'assurer le suivi des recommandations découlant de la consultation. Une autre priorité sera d'offrir une formation continue à ses membres et aux membres des deux comités des résidents. Enfin, le comité accentuera sa présence sur le site Web de l'établissement.

4.2.5 Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte efficacement de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Il 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.

Priorités ou objectifs spécifiques de l'année

En plus de maintenir ses activités liées à la vigie générale au regard de la qualité et de la sécurité des activités de l'établissement, le comité de vigilance et de la qualité a poursuivi les objectifs spécifiques suivants :

- S'assurer que le rôle du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est mieux connu.
- Poursuivre les démarches pour mieux intégrer les diverses initiatives d'amélioration continue.
- Développer des indicateurs de qualité additionnels ainsi que des comparatifs pour mieux évaluer notre performance.
- Augmenter la déclaration d'incidents / accidents.
- Implanter l'identification proactive des risques.

Bilan des activités

En 2012-2013, le comité de vigilance et de la qualité a tenu quatre séances avec un taux de participation de 90 %. Le comité reçoit, analyse et établit les liens entre les rapports de l'établissement de l'ensemble des comités ou des personnes responsables des volets d'amélioration de la qualité et de la sécurité de même que de la satisfaction des usagers. Après analyse de ces rapports, le comité de vigilance dépose, outre son rapport annuel, son propre rapport d'activités au conseil d'administration. Les rapports des autres instances sont également déposés systématiquement au conseil d'administration.

En ce qui a trait au traitement des plaintes, le comité de vigilance assure la transmission des recommandations au conseil d'administration et un suivi systématique des résultats.

- Trois plaintes ont été référées au médecin examinateur en 2012-13, mais aucune n'a donné lieu à des recommandations de ce dernier.
- Aucune plainte n'a reçu de suivi de la part du Protecteur du citoyen.

En 2013, le commissaire a formulé deux recommandations au conseil d'administration relativement :

- au besoin d'une aire prothétique au Jeffery Hale pour réduire les impacts associés à l'errance invasive sur les unités de soins;
- et l'accessibilité aux services de psychogériatrie au Jeffery Hale.

Les directions visées par ces recommandations ont établi des plans d'action comprenant les résultats attendus, les moyens, l'échéancier et l'état d'avancement pour suivre leur évolution jusqu'au dénouement attendu. Une mise à jour des plans d'action est déposée au comité de vigilance et au conseil d'administration.

Le comité est généralement satisfait des efforts consentis, de l'engagement du personnel à améliorer la qualité et la sécurité ainsi que des résultats obtenus. Il reconnaît également les efforts considérables qu'a exigés la préparation de la visite d'Agrément Canada et qui ont mené au succès de la démarche. Bien entendu, il demeure toujours place à l'amélioration.

Voici les réalisations en lien avec les objectifs spécifiques de l'année :

Mieux faire connaître le rôle du commissaire

- Production d'un nouveau dépliant et formulaire de plaintes, installation de boîtes de commentaires avec le dépliant à l'entrée de chaque site, rencontres des instances et activités de sensibilisation organisées par le commissaire.

Démarches pour mieux intégrer les diverses initiatives d'amélioration continue et qui ont fait l'objet d'avis à la direction

- Adoption et diffusion du Qualicycle - Plan intégré pour l'amélioration des soins et des services – Qualité – Sécurité – Compassion
- Adoption et diffusion du Plan de sécurité des usagers
- Adoption de la Politique de gestion intégrée des risques
- Adoption du Cadre de référence en matière d'éthique et de déontologie
- Rapport final d'Agrément Canada : Statut « Agréé avec mention d'honneur »

Développer des indicateurs de qualité additionnels ainsi que des comparatifs pour mieux évaluer notre performance

- Rapport trimestriel sur le suivi des nouveaux indicateurs de qualité concernant les admissions en hébergement : Risques de chutes, de plaies et douleur / Mesures de contrôle / Mesure de remplacement ou environnementales
- L'information présentée a été simplifiée et standardisée, mais les comparatifs seront intégrés aux rapports en 2013-14.

Augmenter la déclaration d'incidents / accidents

- Augmentation significative des déclarations notée dans les secteurs cliniques visés.
- Il y a moins de progrès du côté des services de soutien

Planter l'identification proactive des risques

- Adoption et diffusion de la Politique de gestion intégrée des risques
- Nomination de gestionnaire et de répondants de risques
- Adoption et implantation du Plan de sécurité des usagers
- Tenue d'exercices d'identification des risques avec les équipes terrain
- Développement d'outils permettant le suivi du traitement des risques sur le terrain.

Le comité de vigilance perçoit un réel engagement de l'établissement et du personnel en général pour assurer des services de qualité et sécuritaires. Des améliorations sont requises à bien des niveaux, mais celles-ci sont adressées avec sérieux et transparence dans un cycle d'amélioration continue qui se solidifie chaque année. Il est essentiel que tous les secteurs et niveaux de l'organisation soient parties prenantes des efforts d'amélioration, et le comité encourage la direction à maintenir le cap à cet égard.

L'obtention de la mention d'honneur, lors de la visite d'Agrément Canada en mars 2013, atteste de la qualité de l'engagement de l'établissement pour que la qualité, la sécurité et la compassion soient au rendez-vous dans tous nos soins et services. L'agrément et nos propres plans d'amélioration doivent continuer d'avoir un effet d'entraînement important pour assurer de maintenir les efforts et consolider les gains.

Recommandations

Les recommandations touchent principalement les services des secteurs du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des services généraux et concernent l'accessibilité des services de même que l'organisation du travail en lien avec la qualité des soins aux usagers. Des rapports d'analyse de l'état d'avancement sont produits et déposés au conseil d'administration aux deux mois. Le nouveau formulaire permettant la formulation d'objectifs d'amélioration plus ciblés, en réponse à une recommandation du comité de vigilance, permet un suivi plus serré en y associant des indicateurs de succès prédéterminés et adaptés au contexte particulier.

L'étude des rapports trimestriels sur la qualité et la sécurité des soins et services est bien intégrée et donne une perspective d'ensemble sur les résultats atteints au regard des efforts de la sécurité et la qualité de soins et services.

Objet / Émission	Recommandation	Bilan
Distribution sécuritaire des médicaments <i>2009-09-11</i>	Qu'un plan d'amélioration pour une distribution sécuritaire des médicaments en hébergement soit préparé et suivi rigoureusement.	L'implantation de la distribution automatisée a eu des effets positifs très importants sur le nombre d'erreurs notées. Le comité maintiendra une vigilance en étudiant les rapports trimestriels des incidents / accidents, mais fermera le dossier sur cette recommandation.
Accès aux services conseils en psychogériatrie <i>2009-11-13</i>	Assurer la couverture complète de l'établissement en services conseils en psychogériatrie	Les établissements partenaires n'ont pas encore été en mesure d'assurer la couverture complète de l'établissement en services conseils en psychogériatrie, malgré les efforts répétés de la Direction. Toutefois, d'ici là, il y a engagement des partenaires de soutenir notre équipe en cas de besoins ponctuels importants.
Gestion des demandes et des plaintes sur les unités de soins <i>2010-11-05</i>	Se doter d'une politique de gestion des demandes et des plaintes qui en facilite le traitement et le contrôle.	L'établissement s'est doté d'une Politique sur la gestion des insatisfactions et des demandes des usagers. Celle-ci est adoptée et diffusée. L'implantation n'est pas consolidée. Des sessions de sensibilisation à l'importance de donner suite aux demandes des usagers et leurs représentants sont donc prévues.

Objet / Émission	Recommandation	Bilan
Accès aux rendez-vous en radiologie <i>2012-03-16</i>	Assurer une réponse téléphonique en temps opportun aux personnes appelant pour obtenir un rendez-vous en radiologie	L'implantation récente des rendez-vous informatisés comprend maintenant la radiologie. Une analyse du fonctionnement, à l'aide d'une observation des processus, a permis d'identifier des mesures pouvant améliorer le fonctionnement. Certaines mesures d'amélioration sont présentement à l'essai. Une diminution récente des plaintes laisse croire que les mesures à l'essai donnent les résultats escomptés.

Enfin, le comité de vigilance recommande de façon générale à l'établissement de prendre les moyens pour assurer que des démarches participatives engagent de façon optimale tous les niveaux et tous les secteurs dans les efforts d'amélioration continue, de prestation sécuritaire des services et de réduction des risques qu'il déploie et ainsi consolider les acquis des dernières années.

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

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.

Bilan des activités

Le comité de gestion des risques et de la qualité a tenu quatre rencontres au cours de 2012-2013 avec un taux de participation de 72 %, comparativement à 69 % l'année précédente. Il a déposé le rapport annuel de ses activités au conseil d'administration le 14 mai 2013.

L'analyse prospective 2012 - 2013

En 2012-2013, l'analyse prospective a porté sur le risque associé à la transmission d'infections dans les lieux d'activités communs. L'évaluation s'est posée principalement sur la salle communautaire des services communautaires de langue anglaise en raison de son utilisation par une clientèle diversifiée, de tout âge. Le sous-comité chargé de l'analyse a formulé une recommandation à l'effet que l'entretien de la salle communautaire soit fait quotidiennement en respectant un tableau d'entretien établi.

Recommandations des processus à haut risque

- Recommandation sur la formation des préposées aux bénéficiaires en lien avec les principes de déplacements sécuritaires des usagers (PDSB).
- Suivi de l'évolution des erreurs de médicaments.

4.2.7 Comité de révision

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.

4.2.8 Comité d'éthique clinique

Nos missions complémentaires et les secteurs d'activités diversifiés mettent l'organisation au cœur des questions éthiques. Des services généraux et communautaires aux soins d'hébergement, en passant par les soins gériatriques et palliatifs, les professionnels, le personnel ou les représentants des usagers de l'organisation se retrouvent souvent face à des conflits de valeurs et de droits devant des décisions à prendre. Ces innombrables situations et l'intérêt que porte l'organisation à ces questions justifient la formation d'un comité d'éthique clinique (CEC).

La pratique de l'éthique dans un contexte de soins a pour principal objectif de cerner les questions et les valeurs en cause dans telle ou telle situation clinique. L'éthique en contexte de soins est multidisciplinaire et orientée vers l'action. Le mandat du CEC est donc essentiellement de soutenir la pratique de l'éthique en milieu de soins par ses différentes fonctions qui seront élaborées plus loin. De cette façon, le CEC peut aider à prévenir des dilemmes, sinon à les résoudre.

Évidemment, le CEC n'est pas un lieu de régulation (administratif, organisationnel, d'arbitrage, etc.) et, par ses actions, il ne doit pas se substituer à d'autres instances aussi très importantes dans les établissements tels le service de soins spirituels, le commissaire aux plaintes ou d'autres instances disciplinaires ou de médiation. Toutefois, il peut parfois aider de telles ressources à prendre des décisions.

Bilan des activités

Le comité d'éthique clinique a tenu cinq rencontres en 2012-2013. Deux études de cas lui ont été soumises. Sous le thème de la *Roue de l'éthique*, le comité a organisé des journées de sensibilisations, dont l'objectif était d'éduquer et d'informer les intervenants sur la signification et le sens de l'éthique dans nos actes de soins quotidiens auprès de notre clientèle. Cent cinquante-neuf personnes ont participé à cette activité (intervenants, clients, familles, prestataires de service).

Autres priorités du comité

- Promouvoir le *Cadre de référence en matière d'éthique et de déontologie* au sein du comité.
- Promouvoir le document intitulé ***Cadre de prise de décision éthique***.
- Promouvoir le dépliant décrivant le mandat du CEC auprès de nos instances.

Partie 5

L'Établissement en lien avec la communauté

5.1 La contribution des bénévoles : le généreux don de soi

Nous désirons souligner le soutien remarquable de nos bénévoles qui veillent sur la qualité de vie de nos résidents et de notre clientèle. Le fait d'avoir à répondre aux besoins de base de notre clientèle exerce sur nous d'énormes pressions. Malgré nos meilleures intentions, il peut alors être difficile d'offrir en tout temps un milieu humain. Le généreux don de soi de nos bénévoles apporte à nos services une dimension pleinement humaine. Nous les en remercions de tout cœur.

Réalisation :		Animation du milieu de vie et bénévolat				
Résultats obtenus		Indicateurs de performance				
Contribution des bénévoles au Jeffery Hale et à 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.	Activités Saint Brigid's	Nbre d'heures		Activités Jeff	Nbre d'heures	
		11-12	12-13		11-12	12-13
	Pastorale	358 h	195 h	Boutique	1 753 h	2 000 h
	Cafétéria	300 h	250 h	Héberg.	4 900 h	4 500 h
	Act. thérapeutiques	600 h	500 h			
	Activité de la Guild	1 375 h	1 455 h			
	Assistance aux repas	350 h	325 h			
		200 h	100 h			
	Escortes médicales					
Total :		3 133 h	2 825 h		6 653 h	6 500 h

Contribution des bénévoles aux 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.

	2011-2012	2012-2013
Nombre de bénévoles	425	437
Nombre d'heures	3 860	3 515
<u>Liste des programmes :</u>		
• Baby Food Purée • Baby Book Bags • Bus Buddy • Chitchat Club • Community Christmas Hamper Campaign • Community Events • Day Centre	• Friendly calls/visits • In-Home Stimulation • Income Tax • Moms' Nite Out • Park Playdates • Special Needs • Take-a-Break Drop In	• Telephone Check-In • Travellin' Toddler Time • Transportation (<i>Medical appointments, grocery shopping and errands</i>)

5.2 La contribution des fondations

Cette année encore, le Jeffery Hale et Saint Brigid's a bénéficié d'un appui fort généreux de ses Fondations communautaires. Nous tenons à les remercier sincèrement.

La Fondation des Amis du Jeffery Hale a contribué plus de 30 000 \$ pour des activités visant à améliorer les services destinés à la clientèle et son environnement, notamment par l'achat d'ameublements pour les unités de vie sur tous les étages. La Fondation a aussi participé au financement de diverses activités de reconnaissance du personnel.

Le tournoi de golf annuel de la Fondation des Amis du Jeffery Hale a eu lieu au Club de golf de Cap-Rouge, le 13 septembre 2012, sous la présidence de l'honorable Juge Michael Sheehan. Grâce à 132 golfeurs et amis, 43 566 \$ ont été amassés incluant un don généreux de 17 077 \$ du président du Groupe Gibraltar, monsieur Luc Maurice. Sincères remerciements au comité organisateur et à tous les participants pour cette belle réussite !

La Fondation Saint Brigid's a, pour sa part, versé un montant de 114 800 \$ pour le financement de différentes activités reliées à la qualité de vie de la clientèle incluant une subvention permettant à des étudiants de la communauté d'animer des activités auprès de la clientèle.

La Fondation Jeffery Hale a versé une subvention total de 260 000 \$ qui inclut des sommes pour la rénovation du rez-de-chaussée du Jeffery Hale, le Town Hall de Saint Brigid's et les soins palliatifs au Jeffery Hale.

La Fondation Citadel a financé 21 000 \$ pour notre programme estival de stages étudiants. Ce programme, offert en partenariat avec le Collège Saint Lawrence, permet à des étudiants de travailler durant l'été comme préposés aux 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.

Les Partenaires du Jeffery Hale ont contribué pour plus de 175 000 \$ à notre établissement en finançant les coûts de notre conseillère en communication, une organisatrice communautaire de transport des clients du centre de jour et le support de gestion des services communautaires.

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, la Guild a généreusement contribué plus de 143 856 \$ en équipements et services permettant à la résidence d'offrir un milieu et une qualité de vie qui agrémentent le quotidien de tous.

Nous tenons à souligner de nouveau la Guild qui s'est engagée à financer l'entretien paysager et le développement du *Jardin Souvenir de Saint Brigid's*, pour une période de dix ans. Cet engagement représente un don de 100 000 \$. Nous leur en sommes fort reconnaissants.

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

Les Partenaires communautaires Jeffery Hale regroupent six organismes membres : l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, la Fondation Citadel, la Fondation Jeffery Hale, le Diocèse anglican de Québec (*Church Society of the Diocese of Quebec*), la Paroisse de Saint-Patrick desservant la communauté anglophone de la région (*The Congregation of the Catholics of Quebec Speaking the English Language*) et la Fondation Saint Brigid's.

Ensemble, ils organisent la collaboration des organismes membres et d'autres partenaires afin de développer et de maintenir un plan stratégique pour les services de santé et de services sociaux de langue anglaise. La vision des Partenaires se résume comme suit :

- *Sous la gouvernance communautaire, la communauté de langue anglaise de la Capitale-Nationale peut accéder à une variété de services de santé et de services sociaux adaptés à ses besoins et valeurs selon une approche combinée et coordonnée, impliquant les secteurs communautaires, publics et privés. Cette relation interdépendante et multisectorielle est la pierre angulaire essentielle qui soutient la vitalité de la communauté minoritaire d'expression anglaise de la région.*

Les Partenaires communautaires Jeffery Hale et l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's travaillent étroitement ensemble afin de concrétiser cette vision. De plus, les Partenaires offrent des services directs tels que le soutien aux organismes communautaires et collaborent avec leurs partenaires dans le but de développer de nouveaux services.

Une communauté de soins

Depuis trois ans, les institutions et les organismes de la communauté anglophone issus des milieux scolaires, religieux, communautaires et philanthropiques, collaborent pour mettre sur pied un important projet sous le leadership de l'établissement et des Partenaires communautaires Jeffery Hale, soit : « **Jeffery Hale – Saint Brigid's : Une communauté de soins** ».

Les membres de la communauté de soins partagent un objectif commun : une population d'expression anglaise dynamique et en santé soutenue par des institutions qui offrent des services pertinents, coordonnés et continus, offerts sous la gouvernance de la communauté et adaptés à ses besoins linguistiques et culturels.

Cette initiative qui a notamment donné lieu à une table de concertation communauté réseau est également mise à contribution pour assurer la continuité des actions communes.



Partie 6

États financiers audités et analyse des résultats des opérations

Approuvés par le conseil d'administration le 18 juin 2013

6.1 Rapport de l'auditeur indépendant

Québec, le 18 juin 2013

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du Conseil d'administration de l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les états de la situation financière du fonds d'exploitation et du fonds d'immobilisations ainsi que les états des résultats et des surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation au 31 mars 2013 et du fonds d'immobilisations pour l'exercice clos à cette date, sont tirés des états financiers audités de Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's (l'Établissement) pour l'exercice clos le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion sur ces états financiers dans notre rapport daté du 18 juin 2013. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes du secteur public. La lecture des états financiers utilisés pour la préparation des états financiers résumés ne saurait, par conséquent, se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Établissement.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Responsabilités de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre, conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Établissement pour l'exercice clos le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux Normes comptables canadiennes du secteur public.

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

¹CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique n° A118597

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

Place de la Cité, Tour Cominar, 2640, boulevard Laurier, bureau 1700, Québec (Québec) Canada G1V 5C2
T : +1 418 522-7001, F : +1 418 522 5663

6.2 État des résultats - Fonds d'exploitation

pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

*Extrait des rapports financiers annuels vérifiés audités par
l'auditeur indépendant PricewaterhouseCoopers*

	2012-2013 \$	2011-2012 \$
Revenus		
Subventions Agence et MSSS	25 413 115	25 799 751
Contributions des usagers	4 933 131	5 012 129
Vente de services et recouvrements	1 268 376	1 064 412
Revenus de placement	23 756	21 465
Revenus de type commercial	204 559	210 688
Autres revenus	190 766	143 284
	32 033 703	32 251 729
Charges		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	26 279 494	26 412 346
Médicaments	549 190	575 606
Fournitures médicales et chirurgicales	310 718	330 540
Denrées alimentaires	882 225	883 148
Entretien et réparations	408 387	361 759
Créances douteuses	5 000	36 607
Autres charges	3 593 009	3 629 515
	32 028 023	32 229 521
Surplus de l'exercice	5 680	22 208

6.3 État des résultats - Fonds d'immobilisations

pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

*Extrait des rapports financiers annuels vérifiés audités par
l'auditeur indépendant PricewaterhouseCoopers*

	2012-2013 \$	2011-2012 \$
Revenus		
Subventions Agence et MSSS	1 690 808	2 411 864
Donations	30 414	3 060
Revenus de placement	4 272	6 977
Gain sur disposition	-	-
Autres revenus	-	37 169
	1 725 494	2 459 070
Charges		
Frais financiers	648 875	713 991
Dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	122 919	117 862
Amortissement des immobilisations	926 189	1 550 277
Perte sur disposition d'immobilisations	23 238	40 294
Autres charges	14 395	-
	1 735 616	2 422 424
Surplus (déficit) de l'exercice	(10 122)	36 646

6.4 État de la situation financière - Fonds d'exploitation

Extrait des rapports financiers annuels vérifiés audités par l'auditeur indépendant PricewaterhouseCoopers

	2012-2013 \$	2011-2012 \$ (retraité) (note 3)
Actifs financiers		
Encaisse	1 375 753	1 775 005
Débiteurs – Agence et MSSS	834 255	1 050 895
Autres débiteurs (note 4)	638 270	444 683
Subventions à recevoir – réforme comptable	3 117 023	3 230 670
Autres éléments	89 560	76 359
	6 054 861	6 577 612
Passifs		
Créditeurs et charges à payer (note 6)	5 689 899	6 081 945
Dettes interfonds	831 919	803 878
Revenus reportés	178 740	380 232
Autres éléments	83 267	53 848
	6 783 825	7 319 903
Dettes nettes	(728 964)	(742 291)
Actifs non financiers		
Stocks de fournitures (note 5)	240 949	240 637
Frais payés d'avance	103 163	111 123
	344 112	351 760
Déficits cumulés	(384 852)	(390 531)

6.5 État de la situation financière - Fonds d'immobilisations

Extrait des rapports financiers annuels vérifiés audités par l'auditeur indépendant PricewaterhouseCoopers

	2012-2013 \$	2011-2012 \$
Actifs financiers		
Encaisse	409 900	932 812
Débiteurs – Agence et MSSS	274 690	242 394
Autres débiteurs	73 137	110 875
Créances interfonds	831 919	803 878
Autres éléments	53 952	68 349
	1 643 598	2 158 308
Passifs		
Emprunts temporaires	731 340	577 692
Créditeurs et charges à payer	273 513	865 716
Avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées	430 685	1 038 596
Intérêts courus à payer	227 714	216 788
Revenus reportés	1 582 129	1 215 756
Perçu d'avance – réforme comptable	3 376 062	3 544 401
Dettes à long terme (note 8)	16 115 259	15 362 588
Autres éléments	2 427	9 592
	22 739 129	22 831 129
Dettes nettes	(21 095 531)	(20 672 821)
Actifs non financiers		
Immobilisations (note 7)	21 436 821	21 024 236
Surplus cumulés	341 290	351 415

6.6 État de la variation des actifs financiers nets (Dettes nettes)

Extrait du rapport annuel financier AS-471 pour l'exercice terminé au 31 mars 2013 – audité

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	2012-2013 \$	2011-2012 \$
Actifs financiers nets (Dettes nettes) au début déjà établis	(742 291)	(20 672 821)	(21 415 112)	(20 917 807)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	-	-		-
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	(1)	(3)	(4)	-
Actifs financiers nets (Dettes nettes) au début déjà redressés	(742 292)	(20 672 824)	(21 415 116)	(20 917 807)
Surplus (déficit) de l'exercice	5 680	(10 122)	(4 442)	58 854
Variations dues aux immobilisations				
Acquisitions	-	(1 362 012)	(1 362 012)	(2 129 969)
Amortissements de l'exercice	-	926 189	926 189	1 550 277
(Gain) / Perte sur dispositions	-	23 238	23 238	40 294
Produits sur dispositions	-	-	-	-
Réduction de valeurs	-	-	-	-
Ajustements des immobilisations	-	-	-	0
Intérêts capitalisés	-	-	-	-
Coûts indirects capitalisés	-	-	-	-
Total des variations dues aux immobilisations		(412 585)	(412 585)	(539 398)
Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance				
Acquisition de stocks de fourniture	(993 206)	-	(993 206)	(944 235)
Acquisition de frais payés d'avance	(395 054)	-	(395 054)	(417 453)
Utilisation de stocks de fournitures	992 896	-	992 896	939 252
Utilisation de frais payés d'avance	403 012	-	403 012	405 675
Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance	7 648	-	7 648	(16 761)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	-	-		-
Augmentation (diminution) des actifs financiers nets (dettes nettes)	13 328	(422 707)	(409 379)	(497 305)
Actifs financiers nets (Dettes nettes) à la fin	(728 964)	(21 095 531)	(21 824 495)	(21 415 112)

6.7 Notes afférentes aux états financiers - exercice terminé le 31 mars 2013

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

Note 1. Nature des activités

Guidée par les besoins de notre clientèle et des communautés que nous desservons, la mission globale de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's (l'Établissement) est solidement ancrée dans la prestation de soins de première ligne, avec la particularité que ceux-ci sont offerts dans les deux langues.

Notre établissement exploite un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) avec, en complément, la mission de centre hospitalier (CH) et des services communautaires de type CLSC (centre local de services communautaires) destinés à la population anglophone.

Comme établissement désigné en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, nous avons le mandat particulier de desservir la population anglophone de la région et, à ce titre, tous nos services sont aussi 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 à la clientèle anglophone dans sa langue.

L'Établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

Le siège social de l'Établissement est situé au 1250, chemin Sainte-Foy, Québec.

Note 2. Description des principales conventions comptables

États financiers résumés

Ces états financiers résumés sont extraits des états financiers inclus dans la section auditée du rapport financier annuel de l'Établissement qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 ainsi que les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date. Ces états financiers résumés ont été préparés conformément aux besoins de la direction afin de simplifier la présentation au conseil d'administration. Ils ne se substituent pas en aucun cas aux états financiers annuels inclus dans la section auditée du rapport financier annuel de l'Établissement.

Conventions comptables

Les conventions comptables sont présentées dans les états financiers inclus dans la section auditée du rapport financier annuel de l'Établissement pour l'exercice clos le 31 mars 2013.

Note 3. Modifications comptables

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) liés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Avantages sociaux futurs (suite)

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
	\$	\$
Subvention à recevoir - MSSS	558 863	490 259
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	558 863	490 259
Charges – avantages sociaux	68 605	41 846
Subventions - MSSS	68 605	41 846

Subventions gouvernementales (transferts gouvernementaux)

Le 1^{er} avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables agréés pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si un établissement octroie une subvention, il doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où un établissement est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), il doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les établissements bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires ;
- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des établissements qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont respectées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

Note 4. Autres débiteurs

	2013 \$	2012 \$
Contribution des usagers	109 467	134 263
Avances aux employés	27 987	50 816
Réclamations de taxes à la consommation	63 198	62 871
Autres	457 618	231 733
	658 270	479 683
Provision pour créances douteuses	(20 000)	(35 000)
	638 270	444 683

Note 5. Stocks de fournitures

	2013 \$	2012 \$
Médicaments	108 988	103 411
Fournitures médicales et chirurgicales	40 999	34 057
Denrées alimentaires	11 196	11 789
Autres	79 766	91 380
	240 949	240 637

Note 6. Créiteurs et charges à payer

	2013 \$	2012 \$
Fournisseurs	727 118	721 372
Salaires courus à payer	982 001	965 761
Retenues à la source et charges sociales à payer	483 188	971 629
Comité des usagers ou des résidents	5 802	6 072
Provision pour vacances, congés de maladie, assurance-salaire et droits parentaux	3 490 476	3 403 008
Autres	1 314	14 103
	5 689 899	6 081 945

Note 7. Immobilisations

			2013	2012
	Coût	Amortissement cumulé	Montant net	Montant net
	\$	\$	\$	\$
Terrains	314 769	-	314 769	314 769
Aménagement des terrains	169 531	164 818	4 713	3 667
Bâtiments	27 056 186	11 521 712	15 534 474	16 080 790
Améliorations locatives	4 415 146	2 835 692	1 579 454	961 695
Mobilier et équipement				
Médical	6 223 519	3 996 547	2 226 972	2 366 302
Administratif	1 482 969	1 387 953	95 016	66 940
Autres	2 060 718	1 650 783	409 935	386 485
Développement informatique	41 098	17 536	23 562	30 567
Constructions et développements en cours	1 245 146	-	1 245 146	768 533
Matériel roulant	55 610	52 830	2 780	44 488
	43 064 692	21 627 871	21 436 821	21 024 236

Note 8. Dettes à long terme

	2013	2012
	\$	\$
Financement-Québec		
Billets, échéant en 2028	14 806 080	13 978 928
Emprunts hypothécaires, échéant en 2024	1 309 179	1 383 660
	16 115 259	15 362 588

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, 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012 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.

Partie 7

Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs

Rapport annuel du comité de gouvernance et d'éthique

Conformément aux Règlements sur les règles de fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, le comité a notamment pour fonctions d'élaborer :

- des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration);
- des profils de compétence et d'expérience pour la nomination par l'Agence ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;

Faits saillants et constats

Le comité a tenu six rencontres régulières et une spéciale, avec un taux de participation de 90 %. Il fait rapport au conseil d'administration à chaque séance régulière. Aucune situation potentielle de conflit d'intérêts n'a été portée à son attention au cours de l'exercice 2012-2013. Le comité a initié, en novembre 2012, un exercice d'autoévaluation sur le fonctionnement et la performance du conseil d'administration dont le rapport final a été déposé le 29 janvier. Un plan d'amélioration sera adopté et actualisé au cours de 2013-2014. Dans son rapport annuel, le comité fait un bilan positif de l'état d'avancement de l'ensemble des objectifs poursuivis durant l'année. De façon plus spécifique, le comité a priorisé en 2012 – 2013 de :

- a) réviser les règles de fonctionnement des séances du conseil d'administration (*Adoption du règlement révisé le 29 janvier 2013*);
- b) faire la promotion du code d'éthique et de déontologie des administrateurs et voir à son application (*Déposé annuellement au CA en guise de rappel de ses obligations*);
- c) examiner toute situation de conflit d'intérêts d'un administrateur ou susceptible d'affecter son indépendance et formuler des recommandations au conseil d'administration (*Mise à jour des déclarations d'intérêt*);
- d) élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques (*Adoption de la politique le 26 janvier 2013*);
- e) élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- f) élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration (*Adoption de la politique le 27 novembre 2012*);
- g) évaluer le fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le comité et approuvés par le conseil d'administration (*Dépôt du rapport final le 29 janvier*).

Le comité de gouvernance et d'éthique a, par ailleurs, contribué à la rédaction du Cadre de référence en matière d'éthique et de déontologie dont il a recommandé l'adoption au conseil d'administration, le 29 janvier 2013. Il a organisé plusieurs sessions de formation pour les membres du conseil d'administration sur les thèmes suivants :

- 18 septembre 2012 - « Pour une gouvernance créatrice de valeurs », par monsieur Léonard Aucoin, formateur de l'AQESSS.
- 27 mars 2012 - Responsabilités d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité en lien avec l'agrément
- 15 mai 2012 - Plan des mesures d'urgence (POMU)
- 12 juin 2012 - Normes de gouvernance d'Agrément Canada
- 25 septembre 2012 – Amélioration continue de la sécurité et de la qualité
- 27 novembre 2012 - Programme Chutes et Plaies
- 29 janvier 2013 – Entreprise en santé
- 26 mars 2013 – Gestion intégrée des risques

Le comité constate des améliorations importantes dans l'organisation et le déroulement des séances du conseil d'administration. De plus, l'encadrement de ses activités est grandement facilité par l'adoption de règlements à cet effet. Le travail est à poursuivre toutefois.

Recommandations formulées en 2012-2013

L'éthique et la déontologie des administrateurs :

- Maintenir la vigie
- Réviser les processus d'attribution des contrats pour clarifier la responsabilité du CA

Les règles de gouvernance :

- Révision des règlements et arrimage avec le Règlement sur la régie interne du conseil d'administration
- Adoption d'une Politique sur l'évaluation du commissaire aux plaintes et à la qualité

Les profils de compétence et d'expérience des membres indépendants du conseil d'administration :

- Actualisation et application de la politique, le cas échéant.

L'évaluation et l'autoévaluation du conseil d'administration et de ses comités :

- Adopter et actualiser le plan d'amélioration découlant de l'exercice d'autoévaluation réalisé en novembre 2012 sur le fonctionnement et la performance du CA.

L'accueil et la formation continue des membres du conseil d'administration

- Réaliser les visites des installations.

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.

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 suivants 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.

- 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 suivants 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 au bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des 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 obtenue 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

ANNEXES – Extraits du rapport financier AS-471

Pages 200 à 208, 270 et 358

État des résultats (activités principales, accessoires et immobilières)

Nom de l'établissement	Code	Page	
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S	1240-9991	200	
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ	
ÉTAT DES RÉSULTATS			
	Exploitation	Immobili- sations	Total
	Ex. courant	Ex. courant	Ex. précédent
	(r.de p358,C3)	(C1 + C2)	
	1	2	3
			4
REVENUS			
Subventions Agence et MSSS (FI:P408).....01	25,413,115	1,690,808	27,103,923
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294).....02			
Contributions des usagers.....03	4,933,131	XXXX	4,933,131
Ventes de services et recouvrements.....04	1,268,376	XXXX	1,268,376
Donations (FI:P294)-inclus ds L04.....05		30,414	30,414
Revenus de placement (FI:P302).....06	23,756	4,272	28,028
Revenus de type commercial.....07	204,559	XXXX	204,559
Gain sur disposition (FI:P302).....08			
.....09	XXXX	XXXX	XXXX
.....10	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302).....11	190,766		190,766
TOTAL (L.01 à L.11).....12	32,033,703	1,725,494	33,759,197
CHARGES			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales.....13	26,279,494	XXXX	26,279,494
Médicaments.....14	549,190	XXXX	549,190
Produits sanguins.....15		XXXX	
Fournitures médicales et chirurgicales.....16	310,718	XXXX	310,718
Denrées alimentaires.....17	882,225	XXXX	882,225
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles.....18		XXXX	
Frais financiers (FI:P325) 627508+21370-3.....19		648,875	648,875
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations.....20	408,387	122,919	531,306
Créances douteuses.....21	5,000	XXXX	5,000
.....22	XXXX	XXXX	XXXX
Amortissement des immobilisations (FI:P422).....23	XXXX	926,189	926,189
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421).....24	XXXX	23,238	23,238
.....25	XXXX	XXXX	XXXX
.....26	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325) 14097-2.47.....27	3,593,009	14,395	3,607,404
TOTAL (L.13 à L.27).....28	32,028,023	1,735,616	33,763,639
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28).....29			
	5,680	(10,122)	(4,442)

Colonne 2: établissements publics seulement

État des surplus (déficits) cumulés

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
202

Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2013 = AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation	Immobil.	Ex. courant	Ex. précédent
	Ex. courant	Ex. courant	(C1 + C2)	
	1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS.....01	(390,531)	351,415	(39,116)	(97,970)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser).....02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser) Ajustement de solde sur écarts de 03	(1)	(3)	(4)	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03).....04	(390,532)	351,412	(39,120)	(97,970)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE.....05	5,680	(10,122)	(4,442)	58,854
Autres variations:				
Transferts interétablissements (préciser).....06				
Transferts interfonds (préciser) Immos financés par tran07				
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser).....08		XXXX		
.....09	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Total des autres variations (L.06 à L.09).....10				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10).11	(384,852)	341,290	(43,562)	(39,116)
Constitués des éléments suivants:				
Affectations d'origine externe.....12	XXXX	XXXX		
Affectations d'origine interne.....13	XXXX	XXXX	15,745	15,745
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13).....14	XXXX	XXXX	(59,307)	(54,861)
Total (L.12 à L.14).....15	XXXX	XXXX	(43,562)	(39,116)

État de la situation financière

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
204

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

		Fonds		Total	
		Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire).....01		1,375,753	409,900	1,785,653	2,707,817
Placements temporaires.....02					
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408).....03		834,255	274,690	1,108,945	1,293,289
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400).....04		638,270	73,137	711,407	555,559
.....05		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Créances interfonds (dettes interfonds).....06		(831,919)	831,919	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408).....07		3,117,023	(3,376,062)	(259,039)	(313,731)
Placements de portefeuilles.....08					
Frais reportés liés aux dettes.....09					
.....10		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
.....11		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p360, FI: p400).....12		89,560	53,952	143,512	144,708
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12).....13		5,222,942	(1,732,464)	3,490,478	4,387,642
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FI: p403).....14			731,340	731,340	577,692
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408).....15					
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401).....16		2,199,423	273,513	2,472,936	3,544,653
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées.....17		xxxx	430,685	430,685	1,038,596
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401).....18			227,714	227,714	216,788
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294).....19		178,740	1,582,129	1,760,869	1,595,989
.....20		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403).....21			16,115,259	16,115,259	15,362,588
Passifs environnementaux.....22		xxxx			
Passif au titre des avantages sociaux futurs.....23		3,490,476		3,490,476	3,403,008
.....24		xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p361, FI: p401).....25		83,267	2,427	85,694	63,440
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25).....26		5,951,906	19,363,067	25,314,973	25,802,754
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 - L.26).....27		(728,964)	(21,095,531)	(21,824,495)	(21,415,112)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: p420, 421, 422).....28		xxxx	21,436,821	21,436,821	21,024,236
Stocks de fournitures (FE: p360).....29		240,949	xxxx	240,949	240,637
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400).....30		103,163		103,163	111,123
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30).....31		344,112	21,436,821	21,780,933	21,375,996
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT.....32					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32).....33		(384,852)	341,290	(43,562)	(39,116)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-05)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: établissements publics seulement
L.06, C.3: le montant doit être égal à zéro
L.32 : applicable aux établissements privés seulement

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
206

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

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

		Fonds		Total	
		Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT					
DÉJÀ ÉTABLIS.....01		(742,291)	(20,672,821)	(21,415,112)	(20,917,807)
Modifications comptables avec retraitement					
des années antérieures.....02					
Modifications comptables sans retraitement					
des années antérieures Ajustement de solde sur écart 03		(1)	(3)	(4)	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT					
REDRESSÉ (L.01 à L.03).....04		(742,292)	(20,672,824)	(21,415,116)	(20,917,807)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29).....05		5,680	(10,122)	(4,442)	58,854
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions (FI:P421).....06	XXXX		(1,362,012)	(1,362,012)	(2,129,969)
Amortissement de l'exercice (FI:P422).....07	XXXX		926,183	926,183	1,550,277
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208).....08	XXXX		23,238	23,238	40,294
Produits sur dispositions (FI:P208).....09	XXXX				
Réduction de valeurs (FI:P420,421-00).....10	XXXX				
Ajustements des immobilisations (FI:P420, 421-00).....11	XXXX	XXXX		XXXX	
.....12	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX
.....13	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
(L.06 à L.13).....14	XXXX		(412,585)	(412,585)	(539,398)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET					
AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures.....15		(993,206)	XXXX	(993,206)	(944,235)
Acquisition de frais payés d'avance.....16		(395,054)		(395,054)	(417,453)
Utilisation de stocks de fournitures.....17		992,896	XXXX	992,896	939,252
Utilisation de frais payés d'avance.....18		403,012		403,012	405,675
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES					
ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18).....19		7,648		7,648	(16,761)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés....20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS					
(DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20).....21		13,328	(422,707)	(409,379)	(497,305)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)					
À LA FIN (L.04 + L.21).....22		(728,964)	(21,095,531)	(21,824,495)	(21,415,112)

État des flux de trésorerie

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
208-00

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

État des flux de trésorerie

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit).....01	(4,442)	58,854
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Créances douteuses.....02	5,000	36,607
Provisions liées aux placements et garanties de prêts.....03		
Stocks et frais payés d'avance.....04	7,648	(16,761)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations.....05	23,239	40,294
Perte (Gain) sur disposition de placement.....06		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations		
-Gouvernement du Canada.....07		
-Autres.....08		
Amortissement des immobilisations.....09	926,189	1,550,277
Réduction de valeur des immobilisations.....10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes.....11		
Amortissement de la perte (gain) de change reporté.....12		XXXX
Amortissement de l'escompte et de la prime.....13		XXXX
Autres.....14	(4)	
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie (L.02 à L.14).....15	962,071	1,610,417
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement.....16	(1,637,941)	850,178
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16).....17	(680,312)	2,519,449
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations:		
Acquisitions.....18	(1,093,479)	(1,266,252)
Produits de disposition.....19		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19).....20	(1,093,479)	(1,266,252)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements de portefeuilles:		
Placements effectués.....21		
Produit de disposition et de rachat de placements.....22		
Placements réalisés.....23		
Variation d'autres éléments:		
Subvention à recevoir - Réforme comptable.....24	(54,692)	(960,358)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24).....25	(54,692)	(960,358)

État des flux de trésorerie (suite)

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
208-01

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

État des flux de trésorerie (suite)

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes:		
Emprunts effectués - Dettes à long terme.....01	1,574,954	3,137,487
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme.....02		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme.....03	(822,283)	(810,846)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme.....04		(1,292,253)
Capitalisation de l'escompte et de la prime.....05		
Capitalisation des gains ou pertes de change.....06		
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation.....07		
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations.....08	1,782,339	3,419,818
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations.....09		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations.....10	(53,737)	(16,052)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations.....11	(1,574,954)	(3,137,487)
Variations d'autres éléments:		
Fonds d'amortissement du gouvernement.....12		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement (L.01 à L.12).....13	906,319	1,300,667
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.17+L.20+L.25 + P.208-01, L.13).....14	(922,164)	1,593,506
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT.....15	2,707,817	1,114,311
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15).....16	1,785,653	2,707,817
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:		
Encaisse.....17	1,785,653	2,707,817
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois.....18		
Total (L.17 + L.18).....19	1,785,653	2,707,817
AUTRES RENSEIGNEMENTS:		
Immobilisations:		
Comptes à payer sur les immobilisations.....20	268,533	863,717
Intérêts:		
-Intérêts créditeurs (revenus).....21		
-Intérêts encaissés (revenus).....22		
-Intérêts débiteurs (dépenses).....23		
-Intérêts déboursés (dépenses).....24		
Placements temporaires		
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:		
- Solde au 31 mars de l'exercice précédent.....25		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant.....26		
Échéance supérieure à 3 mois:		
- Solde au 31 mars de l'exercice précédent.....27		
- Placements effectués.....28		
- Placements réalisés.....29		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant (L27 + L28 + L29).....30		

État des flux de trésorerie (suite)

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
208-02

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
Avoirs financiers:		
Espèces, effets en main et dépôts en circulation.....01		
Débiteurs Agence-MSSS.....02	184,344	(228,453)
Autres débiteurs.....03	(155,848)	495,542
Créances interfonds et interétablissements.....04		
Intérêts courus à recevoir sur placement.....05		
Frais reportés liés aux dettes.....06		
Autres éléments d'actifs.....07	1,196	(32,265)
Provision pour créances douteuses.....08	(5,000)	(36,607)
Escompte ou prime.....09		
Chèques en circulation.....10		
Créditeurs Agence-MSSS.....11		
Autres créditeurs et frais à payer.....12	(1,252,782)	775,947
Intérêts courus à payer sur emprunts.....13	10,926	(25,741)
Avance de fonds en fidéicomis.....14		
Transfert du gouvernement du Canada à rembourser.....15		
Dettes interfonds et interétablissements.....16		
Provision pour perte sur les interventions financières garanties.....17		
Revenus reportés à court terme.....18		
Passifs environnementaux.....19		
Avances en provenance des agences - enveloppes décentralisées.....20	(607,911)	(493,284)
Autres éléments de passifs.....21	187,134	395,039
Excédent des éléments du passif sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement (L.01 à L.21).....22	(1,637,941)	850,178

Notes aux états financiers audités

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
270-00

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2013

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

Guidée 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, avec la particularité que ceux-ci sont offerts dans les deux langues.

Notre établissement exploite un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) avec, en complément, la mission de centre hospitalier (CH) et des services communautaires de type CLSC (centre local de services communautaires) destinés à la population anglophone.

Comme établissement désigné en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, nous avons le mandat particulier de desservir la population anglophone de la région et, à ce titre, tous nos services sont aussi 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 à la clientèle anglophone dans sa langue.

L'Établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

Le siège social de l'Établissement est situé au 1250, chemin Sainte-Foy, Québec.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

AS-071 - RAPPORT FINANCIER ANNUEL

2013/06/18 @ 10:52:43 LPRG-2013-1.1

Révisé: 03-10 270-00

Notes aux états financiers audités (suite)

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
276-01

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2013

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

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est à dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des agences ou de d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'établissement, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assorti de stipulations à respecter imposés par le cédant. L'établissement comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Notes aux états financiers audités (suite)

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
270-02

Notes aux états financiers - AUDITÉES

exercice terminé le 31 mars 2013

Autres revenus

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

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds (établissement public uniquement)

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

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

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

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est

Notes aux états financiers audités (suite)

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-3991

Page
270-03

Notes aux états financiers - AUDITÉES exercice terminé le 31 mars 2013
comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	03 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	05 ans
Développement informatique	05 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stock

Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

Le 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendrent des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

Notes aux états financiers audités (suite)

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
270-08

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2013

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements (agences). Pour l'exercice clos le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposés par la LSSSS en ce sens.

" L'établissement ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants:

" le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

" le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

" activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence;

" activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Notes aux états financiers audités (suite)

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9001

Page
270-05

Notes aux états financiers - AUDITÉE
Subdivisions des activités accessoires

exercice terminé le 31 mars 2013

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

" les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;

" les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Actif net (déficit)

L'actif net correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'actif net d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'actif net à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

NOTE 3 - MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en

Notes aux états financiers audités (suite)

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
270-06

Notes aux états financiers - AUDITÉE
assurance-salaire sont comptabilisés.

exercice terminé le 31 mars 2013

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir - MSSS	558 864 \$	490 259 \$
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	558 864 \$	490 259 \$
Charges-avantages sociaux	68 605 \$	41 846 \$
Subventions - MSSS	68 605 \$	41 846 \$

Subventions (transferts) gouvernementales

Le 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si un établissement octroie une subvention, il doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où un établissement est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), il doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les établissements bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

" lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;

" lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des établissements qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été

Notes aux états financiers audités (suite)

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
270-07

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2013

retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

NOTE 4 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S 4.2) et à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E 12.0001), l'établissement a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités du Fonds d'immobilisations.

Les prévisions budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration relatives aux activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation sont comparées aux données réelles correspondantes :

	Réel 1	Budget 2
ACTIVITÉS PRINCIPALES :		
Revenus		
Financement de l'Agence ou du MSSS		
Budget net avec incidence sur trésorerie	01 25 051 878 \$	24 862 022 \$
Rectificatif (au net)	02	
Budget sans incidence sur la trésorerie ;	03	
Produits sanguins	04	
Rénovations fonctionnelles mineures (EPC)	05	
Augmentation (ou diminution) du financement	06 327 780 \$	(106 720) \$
Variation des revenus reportés	07 33 457 \$	25 000 \$
Sous-total (L.01 à L.07)	08 25 413 115 \$	24 780 302 \$
Revenus provenant des usagers	09 4 933 131 \$	4 770 127 \$
Revenus d'autres sources	10 1 419 088 \$	1 090 207 \$
Autres revenus non budgétisés	11	
Total des revenus (L.08 à L.11)	12 31 765 334 \$	30 640 636 \$
Charges		
Coûts directs bruts des centres d'activités ou sous-centres d'activités	13 31 693 160 \$	30 681 882 \$
Transferts de frais généraux	14 (44 436) \$	(47 654) \$
Charges non réparties	15 110 930 \$	6 408 \$
Total des charges (L.13 à L.15)	16 31 759 654 \$	30 640 636 \$
Surplus (déficit) des activités principales avant contributions de l'avoir propre et interfonds (L.12 - L.16)	17 5 680 \$	0 \$
Contributions de l'avoir propre et interfonds (au net) (préciser)	18	
Surplus (déficit) des activités des activités principales après contributions de l'avoir		

Notes aux états financiers audités (suite)

Nom de l'établissement	Code	Page
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S	1240-9991	270-08
Notes aux états financiers - AUDITÉE		
propre et interfonds (L.17 + L.18)	19	exercice terminé le 31 mars 2013 5 680 \$ 0 \$
ACTIVITÉS ACCESSOIRES		
Revenus	21	268 369 \$ 221 700 \$
Charges	22	268 369 \$ 221 700 \$
Surplus (déficit) des activités accessoires (L.21 - L.22)	23	0 \$ 0 \$
Surplus (déficit) du fonds d'exploitation après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.19 + L.23)	24	5 680 \$ 0 \$

Fonds d'exploitation - États des résultats

Nom de l'établissement
HÔPITAL JEFFERY HALE - SAINT BRIGID'S

Code
1240-9991

Page
358

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Activités principales	Activités accessoires	Total (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS (P362).....01	25,413,115		25,413,115	25,799,751
Subventions Gouvernement du Canada (C1:P290/C2:P291).....02				
Contributions des usagers (P301).....03	4,933,131	XXXX	4,933,131	5,012,129
Ventes de services et recouvrements (P320).....04	1,268,376	XXXX	1,268,376	1,064,412
Donations (C1:P290/C2:P291).....05				
Revenus de placement (P302).....06	23,756		23,756	21,465
Revenus de type commercial (P351).....07	XXXX	204,559	204,559	210,688
Gain sur disposition (P302).....08				
.....09	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302).....11	126,956	63,810	190,766	143,284
TOTAL (L.01 à L.11).....12	31,765,334	268,369	32,033,703	32,251,729
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C1:P320/C2:P351).....13	26,215,684	63,810	26,279,494	26,412,346
Médicaments (P333).....14	549,190	XXXX	549,190	575,606
Produits sanguins.....15		XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales (P340).....16	310,718	XXXX	310,718	330,540
Denrées alimentaires.....17	882,225	XXXX	882,225	883,148
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650).....18		XXXX		
Frais financiers (P325).....19		XXXX		
Entretien et réparations (C1:P650 c/a 7800).....20	408,387		408,387	361,759
Créances douteuses (C1:P301).....21	5,000		5,000	36,607
.....22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
.....23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325).....24	3,388,450	204,559	3,593,009	3,629,515
TOTAL (L.13 à L.24).....25	31,759,654	268,369	32,028,023	32,229,521
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25).....26	5,680	0	5,680	22,208

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX- XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Compte à payer : PWC a constaté lors de ces travaux sur les comptes à payer que certaines factures concernant principalement le fonds d'immobilisations aurait dû être comptabilisé à la période 13 et non à la période 1.	2012- 13	C	S/O			NR
Immobilisations : PwC a constaté lors de ses travaux sur les immobilisations qu'il y avait certains immobilisations acquis avant 2008 complètement amortis et dont le degré d'utilisation est incertain.	2012- 13	C	S/O			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
S/O						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
S/O						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
S/O						
Rapport à la gouvernance						
S/O						