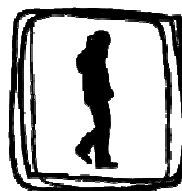
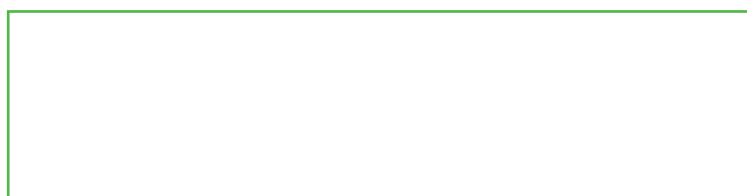




Jeffery Hale
Saint Brigid's

Rapport annuel de gestion 2013-2014



Adopté par le conseil d'administration
le 17 juin 2014

Déposé aux assemblées publiques annuelles de l'établissement
les 5 et 12 novembre 2014

Note au lecteur :

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Bibliothèque et Archives Canada, 2014

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

Production :

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

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

Message des autorités

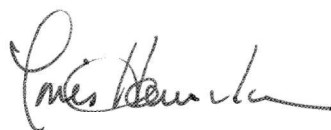
Notre établissement a reçu, en toute fin de mars 2013, une validation importante de ses efforts pour assurer des soins et services de qualité, sécuritaires et empreints de compassion à tous nos usagers. Nous avons alors reçu de la part d'Agrément Canada la plus haute distinction de qualité possible – l'agrément avec mention d'honneur. Tout en étant particulièrement fiers de cette reconnaissance, nous sommes conscients des efforts constants requis pour maintenir ce niveau d'excellence. C'est pourquoi nous avons, dès cette année, mis en marche un processus de consolidation des acquis impliquant chacun des secteurs d'activités.

En tant que dirigeants de l'établissement, nous croyons important de souligner les limites importantes des ressources financières qui, dans un contexte continu de réduction budgétaire, imposent une pression énorme sur la capacité de notre établissement à maintenir l'ensemble de ses services et obligations envers ses populations cibles.

Nous sommes très encouragés par le soutien évident de la communauté et notre progrès au regard de nos efforts pour être reconnus comme partenaire exemplaire de cette dernière, mais également des établissements du réseau régional. De nouvelles initiatives de collaboration et de réseautage au profit des deux populations cibles que nous desservons, soit la population en général et la minoritaire d'expression anglaise, nous permettent de concrétiser notre engagement à la fois comme acteur clé du réseau de la santé et leader dans le développement de services pour la clientèle anglophone.



Didier Culat
Président du conseil d'administration



Louis Hanrahan
Directeur général

Table des matières

Message des autorités	3
Déclaration de fiabilité des données de la direction	7
Partie 1 – Présentation de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	8
1.1 Notre histoire, garante de notre avenir	8
1.2 Notre mission, ancrée dans les services de première ligne bilingues	8
1.3 Portrait de nos clientèles desservies	11
1.4 Notre engagement et nos valeurs	12
1.5 Le plan d'organisation	12
Partie 2 – Faits saillants et bilan de l'année	16
2.1 Faits saillants de l'année	16
2.2 Notre vision stratégique	17
2.3 Actions prioritaires	17
2.4 Bilan des objectifs et perspectives au 31 mars 2014	18
2.5 Bilan des indicateurs de l'entente de gestion au 31 mars 2014	29
2.6 Quali-cycle : Amélioration continue de la qualité (agrément)	35
2.7 Qualité et sécurité des soins et services	36
2.8 Rapport du commissaire aux plaintes et du médecin examinateur	41
2.9 Promotion des droits des usagers	43
Partie 3 - Activités de l'établissement	45
3.1 Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées	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	60
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	71
4.2.1.2 Comité de pharmacologie	71
4.2.2 Conseil des infirmières et infirmiers et infirmières et infirmiers auxiliaires (CII-CIIA)	72
4.2.3 Conseil multidisciplinaire	73
4.2.4 Comité des usagers	74
4.2.5 Comité de vigilance et de la qualité	74
4.2.6 Comité de gestion des risques et de la qualité	78
4.2.7 Comité de révision	79
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	84
6.1 Rapport de la direction (AS-471).....	84
6.2 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés	85
6.3 État des résultats – Fonds d'exploitation.....	87
6.4 État des résultats – Fonds d'immobilisations.....	87
6.5 État de la situation financière – Fonds d'exploitation (Bilan).....	88
6.6 État de la situation financière – Fonds d'immobilisations (Bilan).....	88
6.7 État de la variation des actifs financiers nets (Dette nette).....	89
6.8 Notes afférentes aux états financiers.....	90
Partie 7 - Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs.....	99
Annexes – Extraits du rapport financier annuel AS-471.....	107
État des résultats (activités principales, accessoires et immobilières).....	107
État des surplus (déficits) cumulés.....	108
État de la situation financière	109
État de la variation des actifs financiers nets (dette nette).....	110
État des flux de trésorerie.....	111
Fonds d'exploitation – États des résultats.....	112
État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant.....	113



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 2014.

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



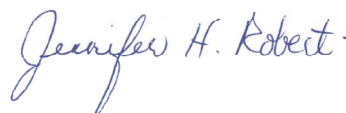
John Haberlin
Directeur des ressources financières, techniques et
informationnelles



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 2014.

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.

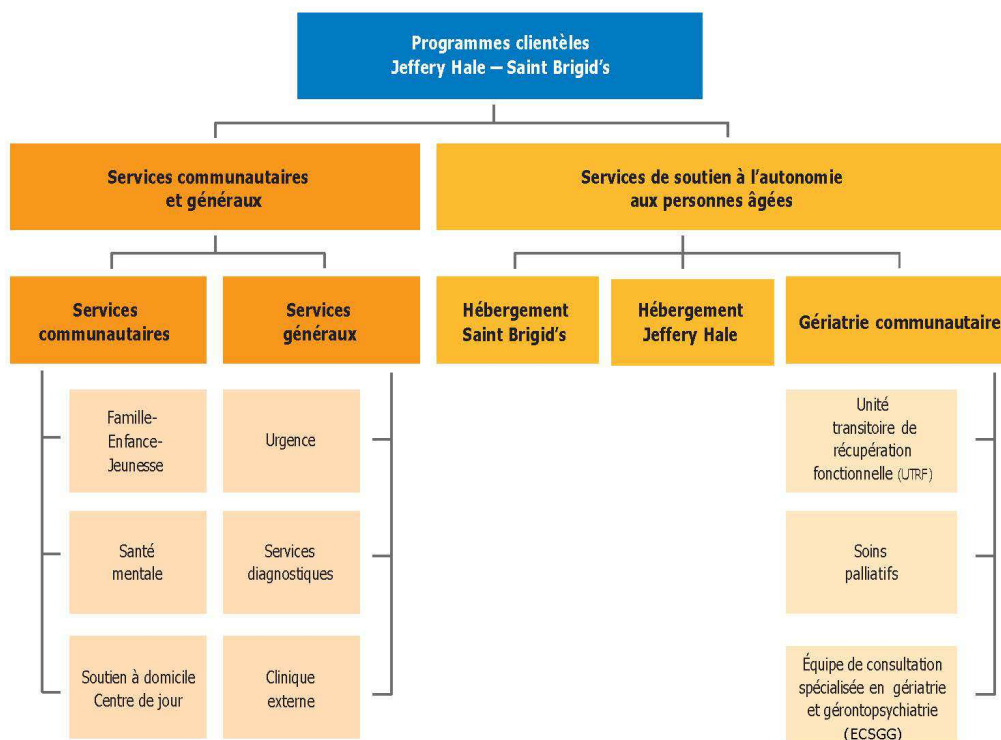
Offre de service actuelle

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) :
 - 241 lits de soins de longue durée (142 à Saint Brigid's et 99 au Jeffery Hale);
 - 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) :
 - 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) :
 - 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;
 - 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.

Organigramme des programmes clientèles



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 du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)
(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 (DSGC)

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 du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)

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 Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées 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 Haberlin, 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 (CLPQS)

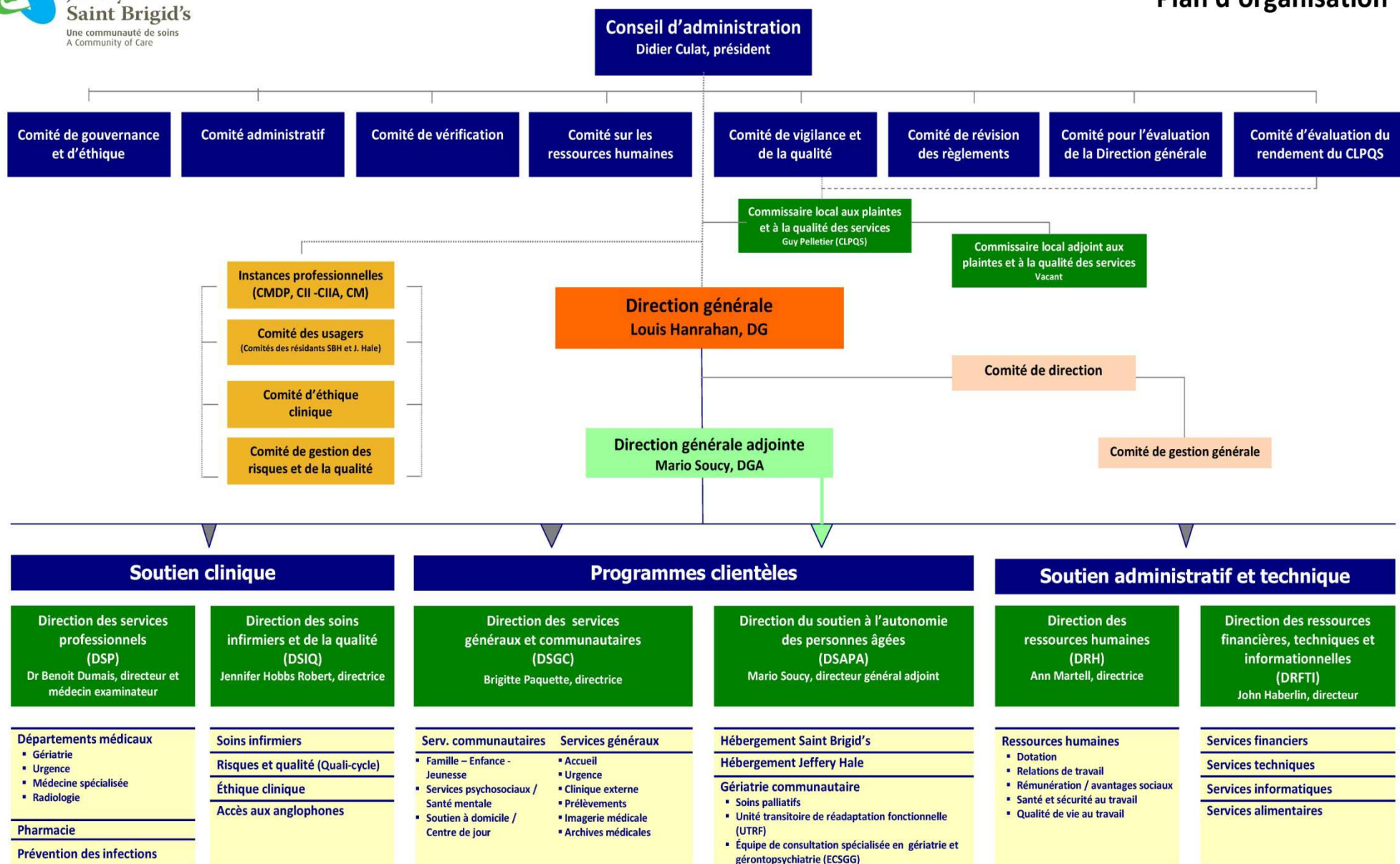
Monsieur Guy Pelletier assume la responsabilité de la gestion des plaintes en lien avec la qualité de nos services. Il est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

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 : 31 mars 2014

Partie 2

Faits saillants et bilan de l'année

2.1 Faits saillants de l'année

Sortant d'une année couronnée de succès par l'obtention du statut d'établissement agréé avec mention d'honneur et caractérisée par des efforts très soutenus à cet égard, 2013-2014 fut plutôt une année où nous avons élu de consolider nos acquis. Ce, toutefois, en se préparant à des projets importants et structurants pour l'établissement et ses clientèles.

Avec ses partenaires de la communauté d'expression anglaise, l'établissement confirme sa participation à une importante nouvelle initiative de collaboration sous le signe de « Communauté de soins ». Il s'agit notamment de la planification en vue du lancement à l'automne prochain du *Wellness Center*, nouvelle initiative conjointe de services de soutien à la communauté.

La Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées s'est investie à livrer, à Saint Brigid's, le réaménagement de l'entrée principale et du grand salon de même que la nouvelle aire prothétique ouverte et, au Jeffery Hale, un nouveau salon communautaire chaleureux au rez-de-chaussée. Elle s'est en même temps affairée à préparer l'important et complexe projet de réaménagement du 3^e étage au Jeffery Hale pour améliorer la convivialité et la fonctionnalité de nos dix lits à l'Unité de soins palliatifs et seize lits à l'Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle. Ce projet se réalisera dès l'automne 2014.

Dans le secteur des services généraux, les initiatives visant à améliorer l'accueil de la clientèle ont mené au lancement, en début d'été 2013, d'une nouvelle salle d'attente et des aires et processus d'accueil redessinés qui offrent aux clientèles de l'urgence un accès simplifié et convivial, mais également plus sécuritaire.

Aux services communautaires, un ajout de ressources a permis de consolider et repositionner de façon significative les services aux clientèles en perte d'autonomie à domicile. La relocation d'une bonne part du personnel clinique du secteur pour faciliter des travaux au Pavillon Jeffery Hale ont eu un impact important sur le personnel. Celui-ci a démontré une volonté exceptionnelle de minimiser les impacts sur la clientèle et mérite toute notre reconnaissance.

La contribution de nos services de soutien aux nombreux projets en cours durant la dernière année est à souligner particulièrement. Sur le plan clinique, le leadership de la Direction des soins infirmiers et de la qualité a été précieux pour développer des rapports de performance des plus utiles et avancer la formation essentielle au rehaussement des pratiques. Par ailleurs, la gestion des risques a pris un pas important vers l'avant avec le lancement de l'approche intégrée qui adresse également les risques non cliniques. 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 continuel 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 2014

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 2014
Avoir élaboré et diffusé un programme cadre entourant l'activité bénévole au Jeffery Hale – Saint Brigid's en collaboration avec les Partenaires communautaires (Communauté de soins Jeffery Hale).	Tous nos objectifs spécifiques sont presque atteints. Toutefois, comme il s'agit d'un processus continu, nous devons maintenir les efforts si la culture doit être modifiée en profondeur.
Soutien au rôle d'animation de processus d'amélioration pour les chefs d'équipe.	Nos mécanismes de suivi évoluent de façon positive et nous avons un bon portrait de l'état d'avancement de nos cibles d'amélioration en continu. Le principale défi à cet égard demeure d'adapter les responsabilités des infirmières chefs d'équipe afin qu'elles puissent contribuer pleinement à cette démarche, et ce, tandis que leur profession même est en mutation importante.
Développer un mécanisme de suivi et assurer l'avancement continu et cohérent du plan détaillé d'amélioration de la qualité et du suivi des recommandations d'Agrément Canada.	
Développer de nouveaux indicateurs de qualité en s'inspirant des normes nationales et pancanadiennes de soins et santé dans chacun des secteurs.	

Action 1.2 Adopter une stratégie globale de gestion des risques

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Faire une cartographie (registre) des risques selon les catégories de risques établies dans la Politique de gestion intégrée des risques.	Nous visons l'identification et l'analyse des risques dans tous les secteurs. Toutefois, malgré des avancements récents, les secteurs techniques et de soutien ont d'importants retards par rapport aux secteurs cliniques où ce travail est très avancé et bonifié en continu.
Développer une stratégie de gestion des risques adaptée aux services et aux activités de soutien. Instaurer une stratégie de collaboration ainsi qu'un processus de communication efficace avec la gestion des risques reliés aux soins.	Nous avons ajusté notre stratégie et nos structures de gestion des risques afin de mieux intégrer nos efforts. La sécurité civile est un secteur important qui s'impose comme priorité pour 2014-2015.
Assurer la révision du plan de sécurité civile.	
Continuer à élaborer et consolider un cadre conceptuel en gestion intégrée des risques.	
Redéfinir et consolider les rôles et les responsabilités des représentants de risques au comité de gestion des risques et de la qualité.	

Action 1.3 Rehausser la pratique infirmière

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Que les infirmières soient en mesure d'effectuer l'examen clinique de l'ainé, de l'adulte ou de l'enfant, selon le secteur d'activité dans lequel elles œuvrent.	L'avancement dans ce dossier complexe est variable. Les formations sur l'examen physique et les notes d'évolution sont terminées dans certains secteurs et de façon générale, le tout suit son cours.
Que les infirmières utilisent le Plan thérapeutique infirmier (PTI) informatisé pour toute clientèle ayant un problème qui nécessite un suivi clinique et qu'elles en fassent la mise à jour lorsque requis.	Toutefois, l'implantation systématique du Plan thérapeutique infirmier (PTI) informatisé, malgré certains succès, devra être reportée en 2014-2015. L'élaboration des profils de compétence accuse également des retards.
Que les infirmières et infirmières auxiliaires consignent au dossier des notes d'évolution qui respectent les normes de rédaction.	
Revoir les profils de compétence en soins infirmiers en priorisant les postes d'infirmières chefs d'équipe.	

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Réviser le processus pour mieux impliquer les équipes terrain dans les suivis d'événements indésirables dans chacun des secteurs.	Certaines équipes effectuent le suivi systématique des événements indésirables comme prévu, mais pour d'autres secteurs, notamment à l'hébergement, le soutien direct de la Direction des soins infirmiers et de la qualité est toujours requis.
Développer et implanter un nouveau canevas de présentation des rapports trimestriels sur les risques et la qualité.	Le nouveau canevas des rapports trimestriels a été développé et déployé. L'utilité des données est rehaussée, et les réactions sont très positives.

Action 1.5 Élargir la portée de l'approche attentionnée

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Adopter un plan d'action pour assurer l'adhésion de tous à l'amélioration de la compassion dans les soins en tenant compte de l'initiative « approche attentionnée ».	De façon générale, la promotion de l'approche attentionnée dans l'établissement a dû laisser place aux efforts requis pour l'amélioration de la sécurité et la qualité des soins et services. Toutefois, cette initiative est au cœur de notre visée stratégique d'assurer que tous nos soins et services soient empreints de compassion. Elle demeure donc une priorité importante, et le comité chargé de la faire avancer est bien actif.
Avoir adopté et implanté une approche d'accueil attentionnée consolidée et visible dans l'établissement en cohérence avec notre engagement de compassion.	
Développer des stratégies de gestion visant le développement d'un environnement de travail propice à la compassion	Plus spécifiquement, certaines initiatives avancent : Le code d'éthique sera prêt pour diffusion à l'automne 2014.

Action 1.5 Élargir la portée de l'approche attentionnée

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Optimiser le potentiel de l'affichage d'information et la signalisation destinée aux intervenants, aux usagers et à la population pour améliorer la communication avec la clientèle selon une approche attentionnée.	- Les processus d'accueil en pré-admission, admission et post-admission sont en révision. - Un programme cadre balisant les fonctions d'accueil des nouveaux usagers sera déposé pour validation auprès de nos comités consultatifs en 2014.
Développer et intégrer une approche de suivi systématique de la satisfaction des usagers dans tous les secteurs de l'établissement.	Le développement d'une approche de suivi systématique de la satisfaction des usagers dans tous les secteurs de l'établissement est en cours.
Réviser le code d'éthique de l'établissement.	
Assurer le rayonnement des pratiques de compassion dans l'établissement par le développement du Prix Compassion.	
Formaliser le processus actuel d'accueil en pré-admission, admission et post-admission à travers un programme cadre.	

Action 1.6 Avoir un comportement éthique responsable

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Mourir dans la dignité : Créer un forum de discussion et un groupe tactique pour statuer sur le contenu du projet de loi 52 intitulé « <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> » déposée à l'Assemblée nationale le 12 juin 2013.	Des réflexions ont débuté au regard du projet gouvernemental <i>Mourir dans la dignité</i> mais nous sommes en attente d'un nouveau projet de loi. Plusieurs professionnels, gestionnaires et médecins de notre milieu ont assisté à un colloque, en octobre dernier, mais plusieurs questions demeurent.
Consolider notre processus de réflexion éthique et promouvoir la visibilité du comité d'éthique clinique.	Ce processus sera toujours requis. Le comité, étant maintenant plus à l'aise dans la réflexion et la discussion des sujets traitant de l'éthique clinique, devient une présence importante dans le milieu.
Avoir développé un plan d'action en développement durable conformément aux orientations ministérielles.	L'établissement prépare sa politique en développement durable en s'inspirant de ce qui se fait dans le réseau et en tenant compte de ses capacités à mettre en œuvre des mesures concrètes.

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 2014
Déployer notre cadre de référence révisé sur la qualité du milieu de vie en hébergement.	Le programme-cadre sur la qualité du milieu de vie est finalisé et a été déposé au conseil d'administration en septembre 2013 dans sa version préliminaire. Les consultations auprès de nos comités consultatifs sont terminées, et le document final sera déposé pour adoption en septembre comme convenu.
Développer une aire de vie extérieure adaptée et conviviale pour nos clientèles au Jeffery Hale.	Un projet d'envergure pour une aire de vie extérieure adaptée est en planification dans le cadre des activités entourant le 150 ^e anniversaire du Jeffery Hale qui sera célébré en 2015. Toutefois, des travaux au bâtiment principal, plus importants que prévus, imposent des retards.
Optimiser l'utilisation des aires communes et salons communautaires au Jeffery Hale.	La révision de l'offre de service dans le secteur animation loisirs débutera en avril 2014 et adressera l'utilisation optimale des espaces.

Action 2.2 Prioriser la fonctionnalité des lieux pour une clientèle plus lourde

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
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 travaux pour l'aménagement d'une aire de vie adaptée à Saint Brigid's sont en cours. L'emménagement des résidents est prévu pour début juin 2014.
Développer un plan fonctionnel et technique (PFT) pour l'espace Coin soleil au Jeffery Hale.	Des travaux connexes au Coin Soleil, nous forcent à reporter ce projet en 2014-2015 Les plans de la deuxième phase de réaménagement de la salle d'activité à Saint Brigid's ont été réalisés. Nous sommes en attente de la confirmation du financement de nos fondations pour lancer les travaux en 2014-2015.
Réaménager la salle d'activité à Saint Brigid's.	

Action 2.4 Animer le milieu de vie en hébergement

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Avoir amélioré l'accessibilité, la diversité et la quantité d'activités de loisirs en y associant tous les intervenants en réalisant un étalement des activités sur toute la semaine, incluant le soir et la fin de semaine pour tout type de clientèle.	Une évaluation de l'offre de service en activités de loisirs est en cours, et des actions plus concrètes seront posées au Jeffery Hale à court terme pour mieux adapter les services aux besoins des nouvelles clientèles moins autonomes.

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 2014
Avoir réduit l'absentéisme ponctuel de 15 %.	Un plan de réduction de l'absentéisme ponctuel est déployé, mais les résultats sont en deçà des attentes. Ce plan compte un ensemble de mesures touchant la reconnaissance, la santé du personnel, la réorganisation des horaires de travail, le suivi particulier des individus avec des taux d'absentéisme hors normes ou qui ne respectent pas leurs disponibilités, etc.
Avoir réalisé un projet pour consolider nos pratiques d'accueil, d'orientation et d'intégration pour les intervenants (personnel, stagiaires, bénévoles, médecins et pharmaciens).	La politique relative à l'accueil, l'orientation et l'intégration des nouveaux employés est en vigueur depuis peu, mais certains aspects restent à finaliser. Un projet d'accueil et d'intégration subventionné par le MSSS, qui vise les préposés aux bénéficiaires, viendrait bonifier les éléments déjà en place.
Avoir réalisé le processus de titularisation pour le titre d'emploi de préposés aux bénéficiaires	Les nombreux projets en cours ont retardé le début du processus de titularisation pour les préposés aux bénéficiaires, mais la titularisation sera réalisée au printemps 2014, car elle est incontournable pour attirer et retenir nos effectifs et réduire l'absentéisme.

Action 3.2 Assurer un climat de travail stimulant

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Avoir assuré un milieu de travail qui offre des opportunités de s'engager dans le milieu.	Cet objectif est complexe à réaliser et s'étendra dans le temps. Toutefois, plusieurs projets en cours augmentent les opportunités de participation pour les employés de tous les secteurs. Ils portent sur l'organisation du travail, l'accueil, l'intégration et l'orientation du personnel, l'amélioration de la communication, le comité de santé et mieux-être, etc.
Avoir déployé des processus de gestion et de communication auprès des préposés aux bénéficiaires qui assurent la valorisation du rôle de préposés aux bénéficiaires comme acteurs engagés au sein de l'équipe clinique.	Des focus group ont été réalisés en novembre pour préparer une consultation importante des préposés. Un projet d'organisation du travail associé à cet objectif a été approuvé par le ministère et nous disposons de 150 000 \$ d'ici avril 2015.

Action 3.3 Renforcer les compétences

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Avoir déployé la formation « <i>Gestion des symptômes comportementaux et psychologiques persistants de la démence</i> » auprès de l'ensemble du personnel clinique.	La formation « Gestion des symptômes comportementaux et psychologiques persistants de la démence » auprès de l'ensemble du personnel clinique est reportée au début 2014-2015. Cependant, nous avons reçu un financement de l'Agence pour la formation de nos huit pivots formateurs par le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) planifiée pour avril 2014.
Avoir consolidé le module de formation continue pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB).	Le nouveau module de formation continue pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) est en déploiement et une première phase de mise à niveau des connaissances est terminée. Des audits seront réalisés aux 4 mois et des capsules de réactualisation seront déployées en continu pour consolider les connaissances.
S'être assuré que la gestion du programme de formation et de développement du personnel est optimisée.	Le programme de formation et de développement du personnel et les principaux secteurs ont consolidé l'ensemble des formations à donner et ont réalisé les formations pour l'an 1 du plan qui s'étale sur un cycle de 2 ans.
Avoir assuré que le personnel cadre a les opportunités d'amélioration des compétences et les opportunités d'avancement appropriées.	Les opportunités de formation pour les cadres se font en continu. En plus des formations offertes aux cadres par le CHU, des formules internes telles « Lunch and Learn » et des journées de formation sont utilisées.
Avoir développé et amorcé le déploiement d'un plan de développement des compétences pour les services généraux et communautaires.	La consultation sur un plan de développement des compétences pour les services généraux et communautaires a été amorcée, mais sera poursuivie en 2014-2015.
Avoir structuré et amorcé le déploiement auprès de l'ensemble du personnel clinique des services généraux et communautaires de la formation « OMEGA ».	La formation des formateurs « OMEGA » est réalisée et permettra le déploiement d'une formation et l'actualisation en 2014-2015.

Action 3.4 Reconnaître les succès de notre personnel

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Avoir bonifié notre programme de reconnaissance avec une activité qui offre la possibilité aux pairs de reconnaître les bons coups de leurs collègues.	Un projet pilote en lien avec la démarche Entreprise en santé vise un forum pour exprimer « les bons coups » dans les équipes de travail. Ceci sera réalisé en 2014-2015.
Maintenir à jour le processus d'appréciation de la contribution pour l'ensemble de notre personnel dans le respect de la politique.	Malgré les efforts consentis, les résultats au regard de l'appréciation de la contribution du personnel sont variables selon le secteur et l'ampleur de la tâche. Les efforts sont à poursuivre en 2014-2015.

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Avoir initié une Table d'échanges stratégiques.	Les représentants locaux de nos trois syndicats participent à la table d'échange sur le plan stratégique, soit les enjeux partagés de même que nos perspectives d'action.
Assurer la mise en œuvre des comités de formation prévus aux conventions collectives.	L'avancement à l'égard de la mise en œuvre des comités de formation prévus aux conventions collectives varie selon l'instance, mais répond aux besoins exprimés.

Action 3.6 Encourager les saines habitudes de vie

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Avoir offert aux intervenants le soutien et des opportunités qui favorisent l'adoption des saines habitudes de vie.	Dans le cadre d'Entreprise en santé, deux sous-comités travaillent à faire avancer le plan d'action adopté en février 2014 et qui vise des mesures touchant la saine alimentation.
Avoir assuré que des programmes de santé et mieux-être contribuent à une qualité de vie en milieu de travail.	Notre démarche vers une accréditation Entreprise en santé est positive. Des initiatives sectorielles et un projet visant entre autres l'amélioration de la communication entre les gestionnaires et leurs équipes donnent de bons résultats.

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 2014
Avoir révisé les éléments structurants de notre programme cadre de soins de fin de vie.	La structure de gouvernance est déployée et les comités de travail ont réalisé plusieurs actions telles la clarification de l'offre de service. Cependant, suite au départ de la chargée de projet au dossier, le directeur général adjoint assure le suivi auprès des pivots des comités et certains délais sont prévus.
Avoir optimisé l'organisation de services en fonction de la mission et du programme cadre.	L'équipe de projet a défini les besoins en regard de l'organisation de services découlant du programme-cadre et l'actualisation suivra en 2014-2015.
Avoir débuté le réaménagement des lieux physiques de l'unité de soins palliatifs et à l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF).	Les plans préliminaires ont été déposés à l'Agence, mais les coûts du projet étant maintenant estimés à 1 500 000 \$, il a été nécessaire de revoir la structure de financement. Le déménagement temporaire des clientèles débutera maintenant en août 2014. Le processus d'appel de soumissions est prévu en début d'automne 2014, pour l'ouverture du chantier au plus tard à l'automne.

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 2014
Atteindre les standards de qualité applicables au triage et triage rapide à l'urgence.	Nous avons réalisé la révision des processus de travail avec succès et nous avons intégré le prétriage comme une pratique habituelle.
Assurer le déploiement du dossier clinique informatisé (DCI).	L'implantation informatique du dossier clinique informatisé (DCI) est finalisée. Mais afin d'assurer l'utilisation pratique, la formation des formateurs a été réalisée, et les intervenants seront formés dans les prochaines semaines.
Assurer le développement de pratiques optimales en situation d'urgence incluant les pratiques <i>Advanced Cardiac Life Support (ACLS)</i> .	Un comité interdisciplinaire a développé un plan d'action en cohérence avec les normes de pratique qui sera actualisé en 2014-2015.
Assurer le développement progressif et l'attractivité médicale en cliniques de suivi de l'urgence.	La clinique de suivi poursuit ses activités, mais de façon limitée, car il n'y a toujours qu'un seul médecin qui assure le service.

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Assurer le développement de l'offre de service et le renouvellement d'équipement en imagerie médicale.	La direction est à l'étape d'établir les besoins afin de pouvoir soumettre ce dossier à l'Agence en 2014-2015 pour étude et financement.
Consolider les pratiques en imagerie médicale en conformité aux standards de qualité et de sécurité applicables.	Nous avons consolidé les pratiques implantées. Une politique de contrôle de la qualité sera poursuivie en 2014-2015.
Assurer le déploiement de la <i>Centrale de rendez-vous</i> et augmenter la contribution du centre de prélèvements sans rendez-vous.	La Centrale de rendez-vous est implantée, et le centre des prélèvements est très attractif en mode sans rendez-vous.

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Assurer la consolidation des activités des cliniques externes spécialisées.	L'établissement participera, en 2014-2015, à une révision régionale des trajectoires de ce genre de clinique. La clinique des plaies complexes a défini un plan de relève, et sa trajectoire de référence est à revoir.

Action 5.4 Contribuer davantage à la prévention des maladies chroniques

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Avoir participé activement au processus régional et implanté le programme <i>Alliance</i> pour les grands utilisateurs de services à l'urgence du Jeffery Hale.	Le programme <i>Alliance</i> est déployé, et une deuxième cohorte de clientèle a été identifiée.
En lien avec le potentiel des cliniques externes, réaliser une évaluation des opportunités de mieux contribuer aux programmes soutenant en première ligne, les malades chroniques.	La gouvernance régionale en maladie chronique est récente, et nous participons aux travaux.

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 2014
Assurer la consolidation et la diffusion du modèle d'organisation de service du <i>Guichet d'accès bilingue Jeffery Hale</i> .	Le financement récurrent est acquis, et le Guichet d'accès bilingue Jeffery Hale fait ses preuves.
Assurer le déploiement de l'offre de service additionnelle aux personnes âgées en soutien à domicile en appliquant le modèle régional révisé de gestion de cas et par le développement des soins palliatifs à domicile.	Le financement récurrent additionnel est acquis, et les services sont implantés.
Assurer le développement d'un modèle pour améliorer le soutien (aide) à domicile pour la communauté d'expression anglaise.	Dans le cadre du programme CHSSN sur l'adaptation des services, une demande de financement a été déposée par l'Agence afin développer un modèle de continuum de services qui fera l'objet d'une consultation auprès des partenaires de la communauté.
Assurer le développement d'ententes quinquennales avec le CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord pour la clientèle DI-DP-TED d'expression anglaise.	Des ententes triennales ont été signées avec les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord pour la clientèle DI-DP-TED d'expression anglaise.
Avoir consolidé les services en santé mentale, plus particulièrement le soutien à intensité variable pour la population de langue anglaise.	Une proposition d'ajout budgétaire pour des services en santé mentale sera confirmée sous peu, mais celle-ci est en deçà du besoin.
Avoir déterminé, avec plus de précisions, les postes requérant des ressources bilingues pour accomplir leur mission auprès de la clientèle d'expression anglaise.	La majorité des postes sont évalués, et un test de compétences linguistiques a été adopté. Les autres étapes sont en attente, compte tenu des autres priorités du secteur et seront reprises sous peu.

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Avoir développé un véhicule de communication afin d'assurer la diffusion de messages de promotion et de prévention incluant la gestion des maladies chroniques.	Le déploiement est prévu en 2014-2015, mais une politique éditoriale est en voie d'adoption.
Développer les balises de l'application du modèle de développement des communautés au Jeffery Hale – Saint Brigid's pour notre clientèle.	Le canevas d'un cadre de référence en développement des communautés pour le Jeffery Hale a été précisé et sera développé davantage en 2014-2015.

Action 6.3 Bâtir un réseau de partenaires efficace

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Élargir la portée du cadre de collaboration entre le Jeffery Hale – Saint Brigid's et le CSSS de la Vieille-Capitale.	Des rencontres de travail ont eu lieu, et les paramètres d'une éventuelle entente plus globale se définissent.
Participer activement au plan d'action découlant du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise 2012-2015.	Le comité régional auquel nous participons a débuté son travail, et son plan d'action se définira au cours des prochains mois.

Action 6.4 Encourager la participation active de la population anglophone

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2014
Consolider la communauté de soins dont nous faisons partie au bénéfice de la population anglophone de la région.	Les assises de cette collaboration sont clarifiées, dont la notion de Communauté de soins, mais l'adhésion de certains organismes membres est à consolider, de même que le cadre de collaboration.
Collaboration au développement d'un centre communautaire avec services pour la population d'expression anglaise.	Un groupe de travail conjoint précise les besoins et une offre de service correspondante pour le centre communautaire. Certaines activités conjointes sont déjà lancées.

2.5 Bilan des indicateurs de l'entente de gestion 2013-14

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 2013-2014	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Mise en œuvre du PNSP / PAR-SP				
1.1.2	Indicateur des résultats identifiés pour 100 % des programmes	Action engagée	Action engagée	
1.2.2	Bilan de l'implantation des activités du PAR réalisé	Participation attendue	Participation attendue	

Indicateur	Cible 2013-2014	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Pratiques préventives				
1.5.1	Augmentation du nombre de personnes rejointes par le programme MARCHE et implantation du nombre de groupe ÉquiLIBRE	Marche : 7 Équilibre : 2	Marche : 3 Équilibre : 2	
1.5.2B	Assurer la mise en place des pratiques cliniques préventives reconnues (maladies chroniques) : Évaluation d'implantation du premier cycle de mise en œuvre réalisée	Participation attendue	Participation attendue	
1.5.2C	Assurer la mise en place des pratiques cliniques préventives reconnues (maladies chroniques) : La planification et la mise en œuvre du thème choisi par le CSSS	Action réalisée	Action réalisée	
1.5.3	Dispenser 15 séances de 3 jours de formation rejoignant 12 personnes par séance de formation	Action engagée	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 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Offre de services de soutien à domicile						
2.2.1	Réaliser 75 % des actions inscrites dans le plan d'action optimisation en SAD 2010-2015	Action réalisée		Action réalisée	Proposition de l'offre de service déposée en 2013-2014	

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Milieus de vie substitués						
2.3.1	Amorcer la mise en œuvre des plans d'action de conversion de place d'hébergement de longue durée vers des ressources alternatives déposés par les établissements concernés	Action réalisée		Action réalisée		

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Projet clinique PALV						
2.4.3	Actualiser les recommandations à la suite des travaux sur la révision du système régional d'admission et d'accès	Action réalisée		Action réalisée		

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Orientations et dépendances						
2.8.2	Plan de déploiement proposé et mise en œuvre d'une trajectoire de service concertée pour la clientèle jeune et adulte présentant une double problématique santé mentale/dépendances	Participation attendue		Participation attendue		

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Information clinique et collaboration interdisciplinaire						
2.11.1	Déploiement du volet médicament et laboratoire du DSQ complété pour les sites cliniques visés	Action réalisée		Partiellement atteint	Le déploiement du DSQ est en cours en lien avec le déploiement du DCI	

Accès aux services spécialisés et appui à la première ligne

Engagement 3 : Assurer la réponse dans les délais d'accès attendus aux services spécialisés et améliorer l'appui de ces services spécialisés à la première ligne

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Accès aux services diagnostiques						
3.4.1	Intégrer de nouveaux laboratoires au corridor du CHU de Québec (pavillons CHUL-SFA_HDQ) et finaliser les travaux avec les laboratoires du corridor du CHU de Québec (pavillons HEJ-HSS) à la livraison de l'application multi-sites de TD-synergie	Action réalisée		Action réalisée		

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Lutte contre le cancer						
3.6.1	Respecter le calendrier du plan d'action établi pour l'implantation du programme de lutte contre le cancer	Participation attendue		Participation attendue		

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Partage des responsabilités						
3.7.2	Poursuivre les travaux régionaux quant à l'implantation du continuum de services pour la clientèle victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) : Trajectoire pour la clientèle victime d'un AVC et d'un accident ischémique transitoire (AIT) définie	Action engagée		Action engagée		

Ressources humaines

Engagement 5 : Prendre soin de la dimension des ressources humaines et innover dans les pratiques de gestion

Indicateur	Cible 2013-2014	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Environnement de travail et disponibilité de la main-d'œuvre				
5.1.4	Une PMO réalisée dans les CSSS, CHSGS (urgences) et GMF-CRQ	Action réalisée	Action réalisée	

Indicateur	Cible 2013-2014	Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Partenariat avec l'éducation				
5.4.1	Mettre à jour et poursuivre la campagne « Sauve des vies » : Une campagne révisée annuellement	Participation attendue	Participation attendue	

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Emploi étudiant						
5.4.2	Nombre d'étudiants inscrits dans les programmes santé et services sociaux employés dans le réseau : accroître de 10 % d'ici 2015 (hausse de 2 % annuellement, pour répondre à la cible révisée en fonction de l'impact de la Loi 100)	12		16	Hausse de 33 %	
5.4.3B	Augmentation du nombre de places de stage. • 1 ^{er} temps : participation • 2 ^e temps : cible dégager les marges de manœuvre nécessaires au développement de places de stages	Action engagée		Action engagée	Nouvelle cohorte de stages AEP en soins palliatifs	

Indicateur		Cible 2013-2014		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 : Diminution du taux de roulement	20.93 %		16%	Le taux de rétention des nouveaux employés est de 91 %	

Priorités ministérielles pour la région

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Imagerie médicale						
1.09.34	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale	90		100,0		
1.09.35	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins	100		100		
1.09.36	Proportion des demandes de service réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale	90		100,0		
1.09.37	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins	100		100,0		

Indicateurs associés à la planification stratégique ministérielle 2010-2015

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance						
1.08.09	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	60 En révision		43		
1.08.05	Nombre de places offertes en services de soutien variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	5		2	Ressource à 2 jours/semaine en absence prolongée	

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Main-d'œuvre du réseau						
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Action réalisée		Action réalisée		
Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Main-d'œuvre du réseau						
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Action réalisée		Action réalisée	Projet d'organisation du travail « accueil et intégration en 2013-2014 »	

(...Suite)

Indicateurs associés à la planification stratégique ministérielle 2010-2015

Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau						
3.05	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du personnel du réseau	Inf. : 2,41 Ens. réseau : 1,35		Inf. : 2,49 Ens. réseau : 2,22		
Indicateur		Cible 2013-2014		Résultat	Commentaires	Atteinte de l'objectif
Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau						
3.06	Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers	Inf. : 3 Inf. aux. : 2,7 PAB : 1,75		Inf. : 2,97 Inf. aux. : 2,44 PAB : 2,81		

Indicateur		Cible 2013-2014		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	5,5		6,39		
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Action engagée		Action engagée	Visite en septembre 2014-accréditation prévue	
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Action réalisée		Action réalisée		
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique-volet préceptorat	Action réalisée		Non atteint	Reporté en 2014-2015	

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

Nous avons obtenu l'agrément avec mention d'honneur en 2013, soit la plus haute distinction 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.

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 critères élevés 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 en regard de l'agrément qu'il nous a conféré. Il a toutefois formulé un certain nombre de recommandations pour nous guider dans la poursuite de nos efforts d'amélioration. Ces recommandations, 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.

Priorités d'amélioration	Recommandations d'Agrément Canada
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.
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, d'intégration et de soutien aux bénévoles. Actuellement, des 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 des dernières années, 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. Ceci s'est concrétisé par la mise en oeuvre :

- du Quali-cycle : plan d'amélioration continue de la qualité, sécurité, compassion

- du Plan de sécurité des usagers
- de la Politique de gestion intégrée des risques
- du Cadre de référence en éthique
- et l'actualisation du 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, enfin, le comité de vérification qui s'assure de pratiques adéquates de gestion intégrée des risques. Cette approche est compatible avec la réalité d'un plus petit établissement aux moyens restreints qui doit assurer l'efficacité et l'efficacité optimale de chacune de ses initiatives.

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

Nous avons créé nos propres symboles pour représenter les trois 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 2013-2014, nous avons maintenu une attention accrue 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 2012-2013	Nombre pour 2013-2014
Chutes	752	798
Erreurs de médication	752	573
Problèmes matériels	41	41
Agression-abus-harcèlement	11	17
Autres types d'événements	280	217
Tests diagnostiques	4	6
Traitements	4	1
Effets personnels	12	11
Diète	1	11
Total	1857	1675

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. Les efforts se poursuivent afin de diminuer les risques dans ces deux domaines. Plusieurs actions ont été réalisées dans notre établissement cette année pour assurer l'amélioration continue de la qualité.

En voici quelques-unes :

- La décentralisation du suivi des incidents et accidents en lien avec les médicaments par les responsables d'unité.
- La réalisation d'audits sur l'application du programme de prévention des chutes.
- La dispensation de formation continue sur le programme de prévention des chutes.
- Le renforcement de la pratique de divulgation.
- Le renforcement de la double vérification indépendante des médicaments (à haut risque)
- La mise en place d'un kiosque sur la sécurité des médicaments lors de la semaine nationale de sécurité des patients.

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

La décentralisation des suivis des incidents / accidents aux équipes est toujours 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 poursuit.

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'identification des risques – Analyse prospective

Une activité d'identification des risques a eu lieu avec les membres du comité de gestion des risques et de la qualité afin de choisir le sujet de l'analyse prospective de cette année. Plusieurs événements d'incidents et d'accidents en lien avec les technologies d'aide à la surveillance (moniteur de mobilité) se sont produits. Il n'est pas possible d'extraire de statistiques quantitatives de nos logiciels cliniques spécifiquement sur cette problématique, mais une analyse approfondie a mis en évidence les améliorations requises au regard de cette activité représentant un niveau de risque élevé pour nos clients. Le sous-comité chargé de l'analyse a formulé quatre recommandations au comité de gestion des risques et de la qualité, lesquelles sont détaillées sous ce comité, à la page 79 du présent rapport.

Processus de suivi des avis d'alertes et rappels

Tous les secteurs de l'établissement se sont maintenant bien approprié la procédure de suivi des avis d'alertes et rappels élaborée l'an dernier. 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 assure 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 de la qualité et au conseil d'administration.

Promotion d'une culture de sécurité

L'établissement réalise une série d'actions pour promouvoir une culture de sécurité :

- Révision de la présentation des rapports trimestriels afin de les rendre facilement compréhensible pour la population en général. Les statistiques relevées sont les erreurs de médication, les chutes, les infections nosocomiales, les mesures de contrôle et de remplacement et les plaies de pression. Aussi, nous suivons de près nos indicateurs de qualité des soins infirmiers tels que la réalisation du risque de chute, du risque de plaie, de l'évaluation de la douleur et du bilan comparatif des médicaments. De plus, cette année, l'ajout de statistiques relatives aux secteurs des ressources humaines sont maintenant incluses au rapport (piqûres accidentelles, agressions et harcèlement.)
- Diffusion à large échelle des 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.
- Publication du bulletin « Action Prévention » quatre fois par année touchant une variété de sujets relatifs à la sécurité des patients, aux incidents / accidents et à la prévention des infections.
- 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.
- Formations continues sur la gestion des risques dans plusieurs secteurs de l'établissement.
- 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.

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

Le programme sur l'utilisation des mesures de contrôle et alternatives est déployé depuis 2010. Tous les résidents hébergés porteurs d'une mesure de contrôle sont évalués à l'admission et réévalués dans le cadre des rencontres interdisciplinaires à partir d'un outil standardisé. Nous observons une diminution des mesures de contrôle au profit d'une augmentation des mesures alternatives et environnementales.

Trois catégories de mesures de contrôle sont évaluées

- **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 résident plus confortable et améliorer sa sécurité.

Mesures de contrôle | Données comparatives des deux dernières années

Mesures de contrôle	2012-2013		2013-2014	
	Jeffery Hale	Saint Brigid's	Jeffery Hale	Saint Brigid's
Nombre total d'usagers présents	97	140	99	138
Nombre d'usagers ayant des mesures	35	59	31	54
% d'usagers avec des mesures	36 %	42 %	31 %	39 %

Note : Le pourcentage des mesures de contrôle concernent la présence de ridelles de lit trop contraignantes que l'établissement remplace selon le calendrier fixé avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour le financement.

Mesures de remplacement	2012-2013		2013-2014	
	Jeffery Hale	Saint Brigid's	Jeffery Hale	Saint Brigid's
Nombre total d'usagers présents	97	140	99	138
Nombre d'usagers ayant des mesures	76	43	86	53
% d'usagers avec des mesures	78 %	31 %	87 %	38 %

Mesures environnementales	2012-2013		2013-2014	
	Jeffery Hale	Saint Brigid's	Jeffery Hale	Saint Brigid's
Nombre total d'usagers présents	97	140	99	138
Nombre d'usagers ayant des mesures	6	14	9	18
% d'usagers avec des mesures	6 %	10 %	9 %	13 %

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)		
	11-12	12-13	13-14	11-12	12-13	13-14
Symptôme d'allure grippale (SAG)	63	62	56	-	-	-
Influenza saisonnière	0	9	0	-	-	-
Gastro-entérite	77	20	32	-	-	-
Clostridium difficile	4	9	0	4	6	5
SARM (<i>Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline</i>)	0	0	0	3	28	15
ERV (<i>Entérocoques Résistants à la Vancomycine</i>)	0	0	0		6	4
Total :	144	100	88	7	40	24

En 2013-2014, on relève 56 cas atteints de symptômes d'allure grippale (SAG) et 32 cas de gastro-entérite. Nous pouvons remarquer une diminution du nombre de cas isolés annuellement.

Les cas de Clostridium difficile provenaient d'un autre centre hospitalier et aucun de ces cas nouveaux n'ont développé de processus infectieux.

Les cas colonisés à SARM et les cas ERV proviennent d'autres centres hospitaliers de la région. Il est à noter que six (6) cas colonisés (ou porteurs) par le SARM sont suivis par la clinique de plaies ou ont fait une visite à l'urgence, trois (3) cas sont suivis par l'équipe de consultation en gériatrie et gérontopsychiatrie et six (6) cas ont été admis sur les unités de vies ou à l'unité de soins palliatifs et l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) au cours de l'année. Des prélèvements pour recherche ERV sont faits dès l'admission d'un usager non porteur lorsqu'il a séjourné dans un centre en éclosion au cours des six (6) derniers mois. De plus, nous procédons à un prélèvement pour recherche SARM et ERV pour tous les cas provenant d'une autre région, d'une autre province ou d'un autre pays, selon les procédures en vigueur dans la région.

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

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ainsi que le médecin examinateur de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's ont voulu contribuer, au cours de l'exercice 2013-2014, à l'amélioration continue de la qualité des services de l'établissement. Ils l'ont fait par le traitement des plaintes qui leur ont été adressées et par des propositions d'interventions plus larges relatives au respect des droits des usagers de cet établissement. Voici les faits saillants de leurs activités au cours de cette dernière année.

Procédure d'examen des plaintes et promotion des droits

1. Les plaintes reçues et traitées au cours de cet exercice et 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							
2013-14	0	31	31	29	8	0	21
2012-13	0	38	38	38	12	1	25
Médecin examinateur							
2013-14	1	4	5	4	0	0	4
2012-13	0	3	3	2	0	0	3
Total 2013-14	1	35	36	33	8	0	25
Total 2012-13	0	41	41	40	12	1	28

2. Les motifs pour lesquels ces plaintes ont été adressées :

Catégorie de motifs	2011-12	2012-13	2013-14
Relations interpersonnelles	3	2	8
Soins et services	14	18	12
Accessibilité / continuité	7	16	3
Organisation/milieu/matériel	2	2	8
Aspects financiers	0	1	1
Droits particuliers	1	1	3
Total	27 (*)	40 (*)	35 (*)

(*) Une plainte peut inclure plusieurs motifs.

3. Quelques considérations particulières en ce qui a trait au traitement de ces plaintes :

- Plus de 67% des plaintes **provenaient** de l'urgence (16) et de l'hébergement (8);
- Le **délai** moyen des plaintes conclues s'élève à 30 jours;
- En ce qui a trait aux **réactions des plaignants** recueillies par une relance téléphonique du commissaire, plus de la moitié d'entre eux (18) se sont dits satisfaits de l'avis produit ou de l'accueil fait à leur plainte, 7 ont été insatisfaits, et 8 n'ont pas retourné l'appel du commissaire.
- Deux plaintes se sont avérées être plutôt des demandes d'**assistance** auprès du commissaire. Elles ont été traitées comme telles.
- Le commissaire a recueilli **13 témoignages positifs écrits** qu'il a aussitôt fait suivre auprès des services concernés.

4. Par ailleurs, des recommandations ont été faites auprès du comité de vigilance et de la qualité et du conseil d'administration sur les sujets suivants :

- Comblent l'absence **d'expertise stable d'un psychogériatre** auprès des équipes de consultation (UTRF, ECSGP) : dossier qui *a finalement connu un heureux dénouement* au cours de cet exercice;

- Réduire les **délais de prise de rendez-vous en échographie** : *l'absence de plainte concernant ce secteur d'activités, au cours du dernier exercice, suggère que le problème serait maintenant solutionné;*
- Régler les problèmes de **confidentialité** lors de l'inscription des patients au guichet pré-triage de l'urgence : *des solutions temporaires ont été apportées sur ce point. À poursuivre en 2014-2015;*
- Améliorer la **gestion des demandes et des insatisfactions des usagers** : une politique à ce sujet a été adoptée et en est à sa *phase d'implantation* auprès des services concernés. Le commissaire local participe activement à cette implantation, faisant ainsi la promotion de son rôle dans l'établissement. **À terminer en 2014.**
- Réaliser l'**aire prothétique à l'Hôpital Jeffery Hale** en réponse aux inconvénients qu'entraîne l'errance de plusieurs résidents sur les unités de soins : cet ajustement **essentiel** à l'offre d'hébergement de l'Hôpital Jeffery Hale ne pourra malheureusement s'effectuer qu'en 2015. D'ici là, il a lieu de chercher des solutions temporaires à ce problème. **À poursuivre durant le prochain exercice.**
- Améliorer les **soins et services buccodentaires** offerts à l'hébergement au Jeffery Hale. Une analyse de la situation serait souhaitable au cours de l'exercice 2014-2015

Le Rapport annuel 2013-2014 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 que, l'établissement a implanté sa *Politique de gestion des demandes et des insatisfactions des usagers* adoptée en janvier 2012. Celle-ci 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.

En 2013-2014, le commissaire a effectué une tournée auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement pour le sensibiliser sur l'application et l'utilisation de la politique.

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 du soutien à l'autonomie des personnes âgées

C'est sur une note très encourageante que l'année 2013-2014 a débuté avec le dépôt du rapport d'Agrément Canada nous accordant la plus haute distinction, soit un agrément avec mention d'honneur. L'automne aura aussi été marqué par une visite ministérielle réussie évaluant la qualité du milieu de vie à notre installation Jeffery Hale. Ces résultats constituent l'aboutissement d'un travail concerté de nos employés et gestionnaires à faire de notre établissement un milieu de vie et de soins où il fait bon vivre. Ces constats ne peuvent qu'être positifs pour l'ensemble de nos équipes et agir comme levier dans le renforcement de nos actions vers la qualité.

Plusieurs réalisations ont été menées telles :

- la révision des éléments structurants de notre programme-cadre de soins palliatifs et fin de vie;
- le déploiement d'un cadre de référence et guide de bonnes pratiques pour un milieu de vie de qualité;
- l'évaluation de l'offre de service en animation loisirs;
- le déploiement de l'offre de service en gériopsychiatrie de l'IUSMQ à l'équipe de consultation;
- la révision de notre règlement et politique sur l'usage du tabac dans nos installations;
- le déploiement d'un nouveau modèle de formation continue pour la prévention des blessures musculo-squelettiques;
- la formalisation de nos processus d'accueil en préadmission et admission.

Tous ces projets ont été réalisés dans une approche collaborative avec l'ensemble des équipes qui ont pris part à différents comités. Ces travaux ont pour but d'assurer l'accessibilité et la qualité de nos services, et cela, malgré un contexte d'austérité budgétaire.

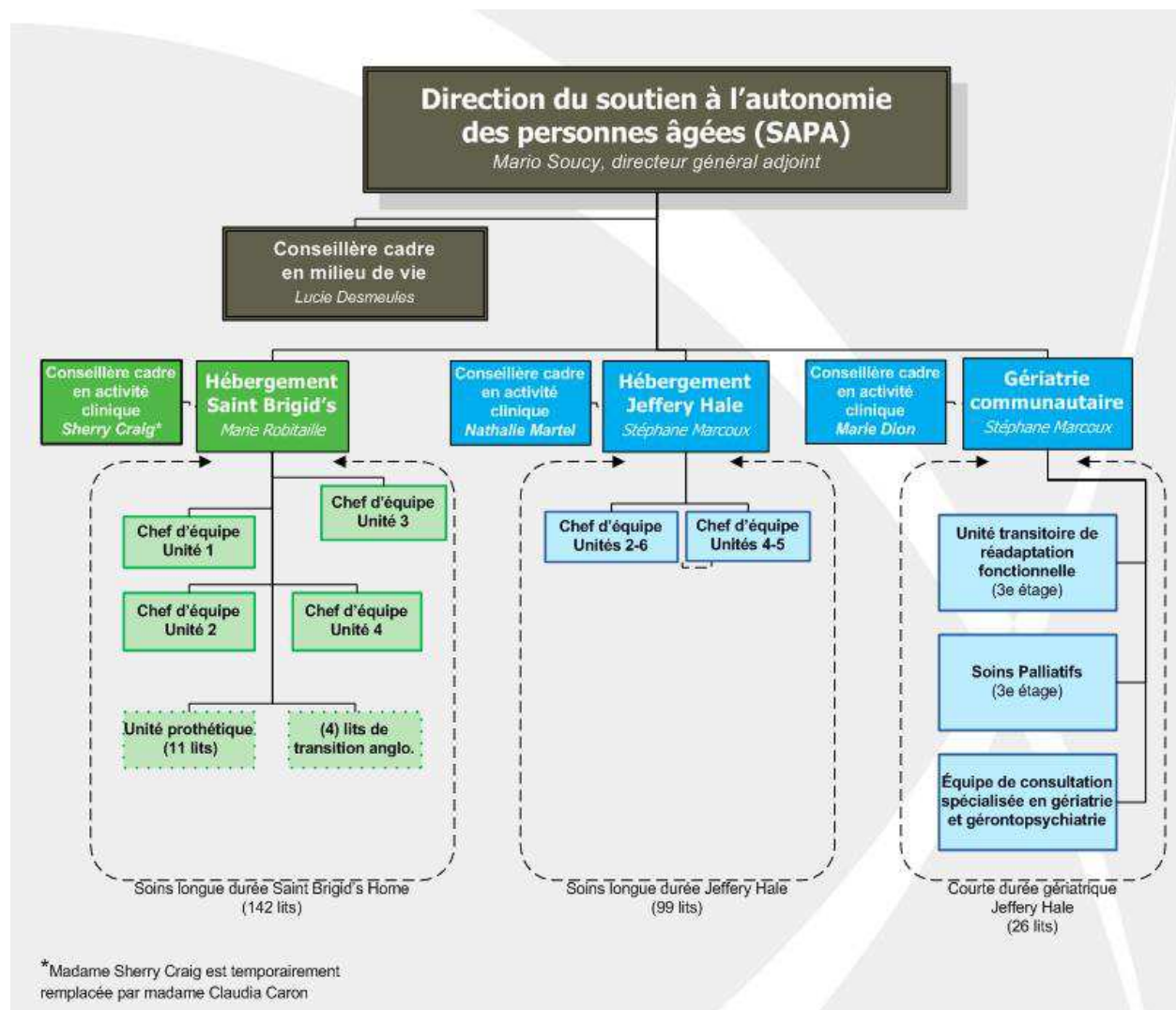
Notre grand projet de consolidation de l'offre de service pour nos lits de soins palliatifs et de récupération fonctionnelle s'est poursuivi par la définition des besoins, la réalisation des plans et devis et la planification du déménagement de nos clientèles pendant les travaux pour lesquels l'ouverture du chantier est prévue pour l'automne 2014.

L'année qui commence sera jalonnée elle aussi d'étapes importantes à franchir dont, notamment, la réalisation d'un grand projet d'organisation du travail afin d'assurer la consolidation et la valorisation du rôle de préposés aux bénéficiaires comme acteurs engagés au sein de l'équipe clinique. Nous travaillerons aussi de concert avec la Direction des soins infirmiers et de la qualité à l'élaboration d'un programme-cadre entourant l'activité bénévole.

En terminant, notre équipe de gestion est fière du chemin parcouru en 2013-2014 et remercie ses employés, les médecins, les bénévoles et ses partenaires pour tous les efforts consentis. Toutes ces réalisations sont l'aboutissement d'un travail collectif où chacun y a consacré savoir, passion et énergie.

Mario Soucy
Directeur général adjoint

Organigramme de la Direction SAPA au 31 mars 2014



Le programme du soutien à l'autonomie aux personnes âgées, 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 substitué.

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.

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

2013-2014 : <i>99 lits au Jeff / 142 lits à Saint Brigid's</i>	2012-2013	2013-2014
Taux d'occupation au Jeff	99,10 %	93,83 %
Taux d'occupation à Saint Brigid's	98,18 %	99,08 %
Nouvelles admissions au Jeff	43	80
Nouvelles admissions à Saint Brigid's	55	44
Moyenne d'âge au Jeff	84 ans	83 ans
Moyenne d'âge à Saint Brigid's	85 ans	84 ans
Durée de séjour au Jeff	927 jours	614 jours
Durée de séjour à Saint Brigid's	1 718 jours	1 339 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 au 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.

Note : L'augmentation du nombre de lits dans le secteur de la gériatrie communautaire a nécessité le déménagement de ses activités du 6^e au 3^e étage, le 20 octobre 2011.

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, en majorité des personnes âgées qui, en raison de certains problèmes physiques et cognitifs parfois associés à des troubles psychosociaux, requièrent des soins médicaux, infirmiers et de réadaptation qu'elles ne pourraient recevoir ailleurs sans être hospitalisées. Le programme offre 25 places par jour. En moyenne, la durée du traitement est d'environ 12 semaines, à raison de deux à trois visites par semaine. Le transport est assuré par un minibus à un coût minime pour l'utilisateur. Au cours de la dernière année, nous avons déployé l'offre de service en gérontopsychiatrie de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) permettant ainsi l'accès à un gérontopsychiatre.

L'équipe de consultation a pour objectifs 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

	2012-2013	2013-2014
Jours-présence		
UTRF	5 099	5 671
Soins palliatifs	3 320	3 163
Lits de transition	331	0
Admission		
UTRF	78	78
Soins palliatifs	89	102
Lits de transition	0	0
Durée moyenne de séjour		
UTRF	92,97	74,88
Soins palliatifs	36,66	30,92
Lits de transition	466,50	0
Taux d'occupation		
UTRF	94,37	97,11
Soins palliatifs	90,96	86,66
Lits de transition	75,74	0
ECSGG		
Nombre de demandes reçues :		
▪ Ambulatoire	88	48
▪ Hôpital de jour	227	197
Nombres d'inscriptions :		
▪ Ambulatoire	56	62
▪ Hôpital de jour	171	167

3.2 Direction des services généraux et communautaires

Cette année bien remplie a été marquée par la poursuite des efforts visant la qualité des services donnés à la clientèle de première ligne au sein de notre établissement. Plus spécifiquement en services généraux, le déploiement du *dossier clinique informatisé* (DCI) s'est amorcé afin de rendre disponible l'information sur les laboratoires, l'imagerie médicale et les médicaments aux professionnels de la santé en mode électronique. Cette année fût aussi marquée par les efforts vers l'atteinte de l'équilibre budgétaire et en cohérence avec les orientations provinciales en matière de dépistage colorectal, la fermeture de l'endoscopie a eu lieu en septembre. L'informatisation des rendez-vous en imagerie médicale à la centrale des rendez-vous et le centre des prélèvements qui est passé au mode sans rendez-vous ont contribué à une meilleure accessibilité des services pour la population. Le programme *Alliance* pour les grands utilisateurs de services à l'urgence du Jeffery Hale se déploie et vise à améliorer le suivi clinique et la qualité de vie des clients ayant des besoins complexes.

Pour leur part, les services communautaires de langue anglaise ont réalisé le déploiement de l'offre de service additionnelle aux personnes âgées en soutien à domicile par la bonification du modèle de gestion de cas et le développement en soins palliatifs à domicile. Cette offre de service additionnelle a permis d'assurer la consolidation du modèle d'organisation de service du *Guichet d'accès bilingue Jeffery Hale*.

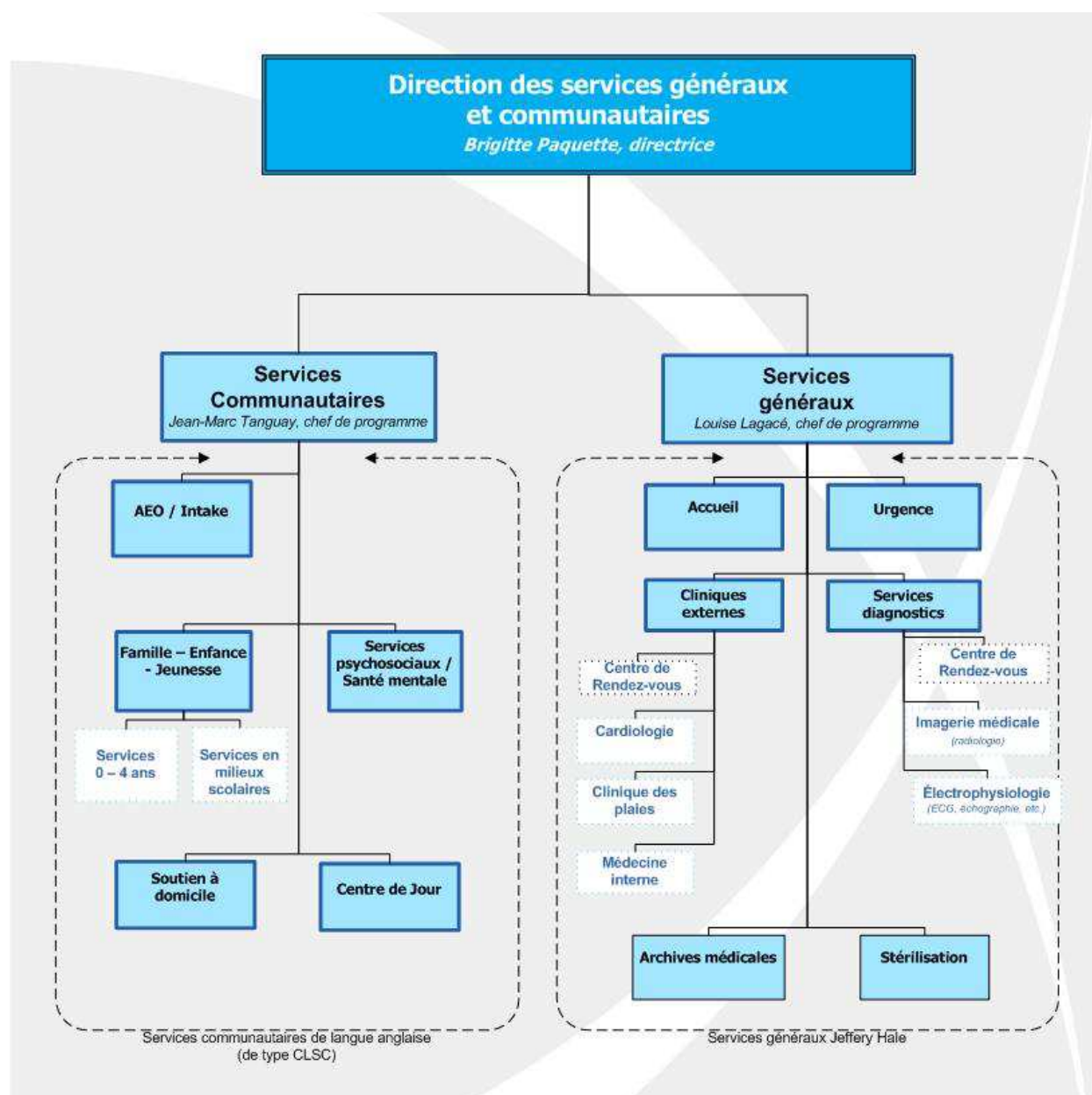
Pour la clientèle jeunesse, le comité local MELS-MSSS Jeffery Hale avec la commission scolaire *Central Quebec* poursuivent leurs travaux permettant d'améliorer l'offre de service auprès de ces jeunes et de leur famille, tout en favorisant les échanges avec un nombre grandissant de partenaires communautaires. Notre équipe Famille-Enfance-Jeunesse a aussi développé un plan d'action visant à devenir un établissement *Amis des bébés (IAB)*.

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 avons récemment reçu une confirmation de l'augmentation des services pour la clientèle pouvant bénéficier du soutien en intensité variable.

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 2014



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.

La stérilisation

Le passage vers les petits instruments à usage unique a été réalisé suite à une consultation des différents secteurs de l'établissement.

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'usager 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 **21 601** visites enregistrées.

Le programme *Alliance* pour les grands utilisateurs de services à l'urgence du Jeffery Hale se déploie et a défini une deuxième cohorte de clientèle en collaboration avec le CSSS de la Vieille-Capitale.

Au cours des derniers mois, l'urgence a mis de l'avant des indicateurs de qualité des soins. Il s'agit d'outils d'évaluation qui permettent de mesurer ou de comparer l'évolution de la performance des actes et/ou des processus dans le temps afin de maintenir des soins sécuritaires et de haute qualité.

Une clinique de suivi innovatrice à l'urgence

Pour une deuxième année, l'urgence du Jeffery Hale a opéré une clinique de suivi médical sur rendez-vous pour la clientèle ayant besoin d'un suivi médical rapide après une consultation à l'urgence ou qui est sans médecin de famille. L'existence de cette clinique a démontré ses preuves et favorise clairement le désengorgement de l'urgence.

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 au diagnostic ou au 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'établissement a un centre de prélèvements ouvert du lundi au vendredi, de 7 h à 15 h. Pour mieux répondre aux besoins de la clientèle et améliorer l'accès au service, le centre de prélèvements opère maintenant en mode sans rendez-vous, depuis juin 2013. Ces modifications ont grandement contribué à l'augmentation de l'achalandage. Dans un même objectif d'amélioration, l'année 2013-2014 se caractérise également par une réorganisation importante du travail des agents administratifs de ce secteur.

Imagerie médicale

En cohérence avec l'atteinte de l'équilibre budgétaire et les orientations provinciales en matière de dépistage colorectal, la fermeture de l'endoscopie a été finalisée en 2013. Les dernières cliniques ont eu lieu en septembre, et l'ensemble de la clientèle a été réorientée vers le CHU de Québec.

Les cliniques externes spécialisées qui demeurent, 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 clinique des plaies, 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 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 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 2013-2014, nous avons finalisé l'implantation d'une centrale de rendez-vous incluant l'imagerie médicale. 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

	2012-2013	2013-2014
Urgence	23 383 visites	21 601 visites
Services diagnostiques		
▪ Radiologie	10 511 examens 166 676 unités techniques	10 437 examens 171 273 unités techniques
Cliniques externes		
▪ Consultations externes	2 703 visites	1 381 visites

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 2013-2014, 1300 activités d'information, d'analyse ou de suivi ont été effectuées.

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 cent six (106) familles en 2013-2014. Ce nombre représente une augmentation de plus de 20% en comparaison 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-dix (290) jeunes et à leur famille. Notre clinique jeunesse fonctionne toujours à plein régime, et les statistiques démontrent un maintien de la forte demande et 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 sept (107) 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 faible diminution du nombre de clients suivis. 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 2013, 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-deux (22) 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 Quebec*.

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 2013-2014, ces différents services ont été offerts à cent soixante-dix-neuf (179) personnes âgées en perte d'autonomie d'expression anglaise de la région dans leur milieu naturel.

Notre équipe de soutien à domicile travaille présentement à mettre en place une nouvelle application d'un mode d'intervention appelée la « Gestion de cas ». Celle-ci a été développée par l'*Institut de gériatrie de Sherbrooke* et sera adaptée à nos réalités régionales et locales. Les principes de la « Gestion de cas » visent à donner à une clientèle ciblée une intensité de services plus élevée afin d'assurer le meilleur soutien à domicile possible pour des situations complexes et multi-problématiques. Il s'agit de « donner le bon service, à la bonne personne, au bon moment ». La prochaine année représentera une d'adaptation pour notre équipe qui devra appliquer ce modèle plus spécialisé tout en maintenant notre habituelle qualité de services auprès de l'ensemble de notre clientèle.

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-sept (157) personnes âgées d'expression anglaise, dont vingt-six (26) 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*, *In-Home Stimulation*, *Creative Expression Art Program* et le programme *Frozen Meals*.

Notre Centre de jour a été relocalisé cette année en lien avec les travaux d'urgence devant être effectués sur la structure du Pavillon Jeffery Hale. Il est à noter que malgré tous les inconvénients de ce déménagement temporaire, le maintien des activités a été assuré. Nous avons également visé lors de cette transition à ce que les impacts soient minimes sur les clients du Centre de jour.

Activités bénévoles

Pour terminer, la communauté peut compter sur les services d'une organisatrice communautaire qui anime des activités dans le milieu telles le « *Baby Chat* », tout en coordonnant certaines activités bénévoles. La contribution extraordinaire de cent trente (130) bénévoles a ainsi permis d'actualiser de nombreux programmes et services décrits antérieurement par l'engagement bénévole de six cent trente trois heures et demi (633,5 h) auprès de la communauté.

Volume d'activités – Services communautaires de langue anglaise

Secteurs d'activités	Nombre d'activités de suivis en 2012-2013	Nombre d'activités de suivis en 2013-2014
Santé mentale	1 053	1 023
Famille-enfance	875	1 170
Scolaire	1 344	1 368
Soutien à domicile	3 025	3 099
Centre de jour	3 437 visites	3 211 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 - Dr 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

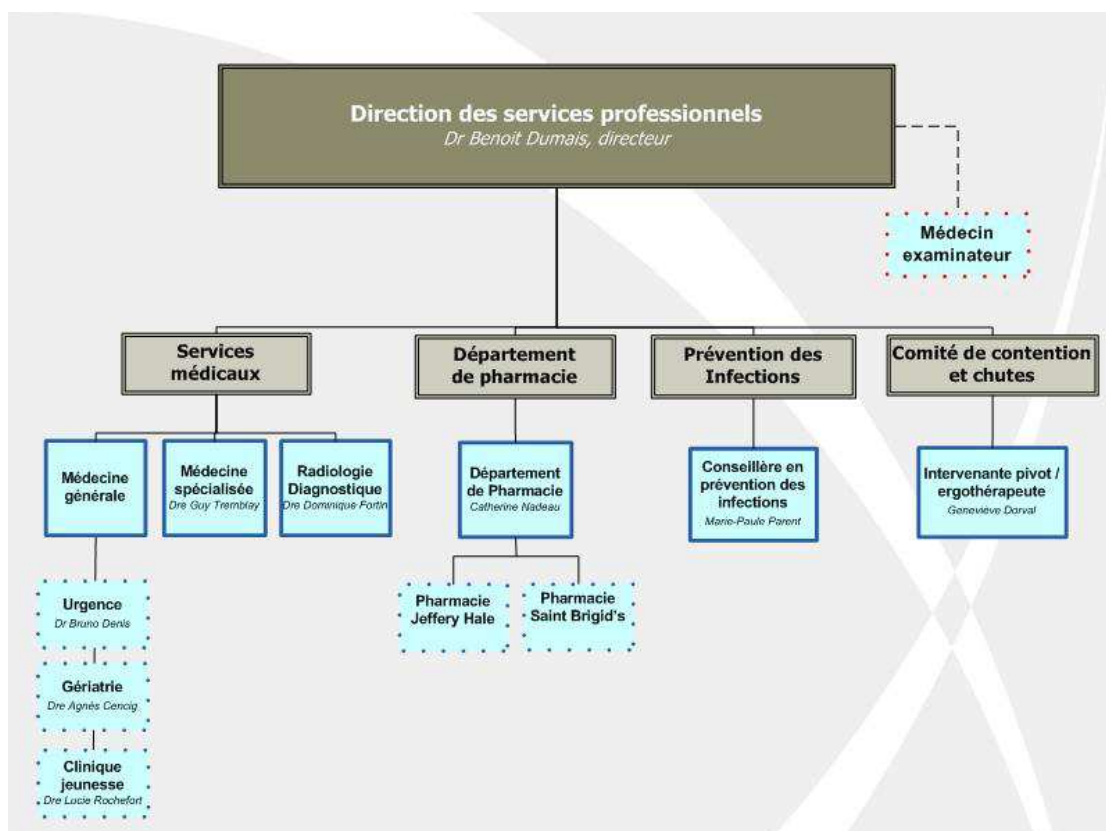
Cette direction voit au bon fonctionnement des structures médicales dans les programmes-clients. Par son programme de prévention des infections, elle contribue à assurer un milieu sécuritaire à nos usagers. Elle veille aussi à la préparation et à la distribution adéquate des médicaments, et enfin, elle 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 2014



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.

Pour la présente année, la Direction des services professionnels tient à souligner **quatre (4) enjeux** significatifs par rapport aux responsabilités de cette direction clinique, à savoir :

1. Le fonctionnement du département de gériatrie et de soins palliatifs, du département de l'urgence, du comité de prévention des infections et du comité de contention et chutes a été assuré adéquatement. Ces différentes structures se sont acquittées de leurs tâches de façon normale en cours d'année.
2. La Direction des services professionnels a contribué étroitement à l'objectif de l'atteinte de l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et cela en fonction de ses responsabilités.
3. En cours d'année, nous avons aussi consolidé le fonctionnement très étroit entre la Direction des services professionnels et la Direction des soins infirmiers et de la qualité en rapprochant l'ensemble des conseillères supportant le fonctionnement de ces directions et en consolidant le support administratif de ces deux directions cliniques conseils qui sont des directions de support et de conseil professionnel à l'ensemble des programmes cliniques de l'établissement; les deux directions ont tout intérêt à conserver des liens étroits au cours des prochaines années en mobilisant et en canalisant le travail des conseillères qui au plan professionnel réalisent un travail remarquable, et ce, de façon continue pour rehausser la qualité de nos services cliniques.
4. La planification des effectifs médicaux est demeurée en 2013-2014 une préoccupation constante autant au département de l'urgence qu'au département de gériatrie et de soins palliatifs. La situation se corrigera en début d'année 2014-2015 au département de l'urgence grâce à l'ajout de trois (3) médecins expérimentés qui pourront nous donner une certaine disponibilité hebdomadaire sans affecter le plan des effectifs médicaux de ce département. En ce qui concerne la gériatrie, il faut rappeler que la situation a été constamment difficile depuis 2010 et que la présente année n'a pas fait exception à ceci; le départ à la retraite de plusieurs collègues a créé plusieurs problèmes au niveau de la disponibilité de cette équipe médicale. Au cours de l'année, nous avons réussi à recruter trois (3) effectifs médicaux qui sont venus consolider les trous, mais beaucoup de travail reste à compléter afin d'assurer un fonctionnement optimal des médecins du département de gériatrie. À cet effet, dès le début de l'année 2014-2015, des démarches seront entreprises afin de sensibiliser la permanence de l'Agence et le département régional en médecine générale à l'égard de cette problématique: nous entrevoyons des solutions concrètes grâce à l'ajout de deux autres effectifs médicaux en début d'année 2014-2015.

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.

Parmi les travaux d'envergure réalisés par le service de pharmacie, notons la révision de plusieurs politiques, procédures, ordonnances collectives et formulaires dont voici une liste sommaire :

- Exécution des ordonnances avec système ensachage
- Gestion des ordonnances de médicaments via l'Automed au département de pharmacie
- Distribution sécuritaire des stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées
- Sécurité du personnel manipulant des médicaments dangereux
- Gestion des échantillons à la clinique jeunesse
- Modalités régissant la garde à la pharmacie du Jeffery Hale et de Saint Brigid's
- Mise sur pied d'un programme d'analyse systématique des facteurs de risque de chutes associés aux médicaments pour les patients en hébergement, au moment de leur admission. Formulaire mai 2013
- Médicaments pouvant être administrées sur ordonnance collective
 - Implantation de l'inventaire régional informatisé des vaccins (SIPMI) aux Services communautaires de langue anglaise (SCLA) en mai 2013, puis à l'urgence et à la pharmacie en février 2014
- Consultante pour la mise en place du BCM pour l'ambulatoire à l'admission, au transfert et au congé du patient. Pour la clientèle de l'urgence, des services communautaires de langue anglaise (SCLA) et de l'équipe de consultation spécialisée en gériatrie et gérontopsychiatrie (ECSSG)
- Quatrième audit pour les abréviations dangereuses en juin 2013
- « Développement professionnel » du programme de surveillance de l'exercice de l'Ordre de pharmaciens du Québec (OPQ) et activités d'auto-inspection professionnelle, août 2013.

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 D^r Benoît Dumais, directeur des services professionnels; M^{me} Marie-Paule Parent, conseillère en prévention des infections, complète ce service. Le comité de prévention des infections a pour mandat de maintenir à jour les objectifs du programme et de déterminer les priorités d'action en lien avec les exigences d'Agrément Canada. Il exerce un rôle-conseil et de recommandations pour la création d'outils de travail et l'élaboration de politiques et procédures concernant la prévention des infections. Avec le programme de prévention des infections, le comité s'assure que les activités de prévention des infections sont pertinentes, efficaces et équitables pour la clientèle. Le programme a été évalué cette année et des modifications ont été apportées à son contenu.

Le service de prévention des infections a atteint tous ses objectifs de l'année. Certains objectifs sont en continu et reconduits annuellement tels que la surveillance des infections, les audits et la formation. Les objectifs spécifiques de 2013-2014 visaient notamment :

- La surveillance des infections nosocomiales.
- La mise à jour du manuel de prévention et contrôle des infections sur Intranet.
- La mise en place d'un aide-mémoire en prévention des infections sur toutes les unités de soins.
- La participation à la formation à l'embauche, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et de la qualité.

- La planification de la journée internationale de l'hygiène des mains pour le personnel, les bénévoles, les résidents et leurs familles.
- La participation à la formation en cours d'emploi du personnel de soins.
- La planification de la vaccination contre l'Influenza pour les résidents, les familles, les bénévoles et les employés en collaboration avec les services généraux et les services communautaires.
- La planification d'un concours « Connaissez-vous bien la vaccination contre l'influenza ? »
- La vérification et la vaccination avec le « Pneumovax 23 » des nouveaux résidents.

Le comité de prévention demeure actif dans tous les dossiers concernant la prévention, les soins et la sécurité des usagers. Les réalisations de cette année auront permis aux équipes de soins d'être mieux outillées pour intervenir rapidement lors d'apparition d'éclosion.

Recommandation

- Préparer un programme de formation continue pour l'ensemble du personnel.

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 madame Geneviève Dorval, ergothérapeute, qui agit comme intervenante pivot dans cette activité.

Note : Les données comparatives des deux dernières années sont disponibles à la page 40, dans la rubrique 2.7 Qualité et sécurité des soins et services.

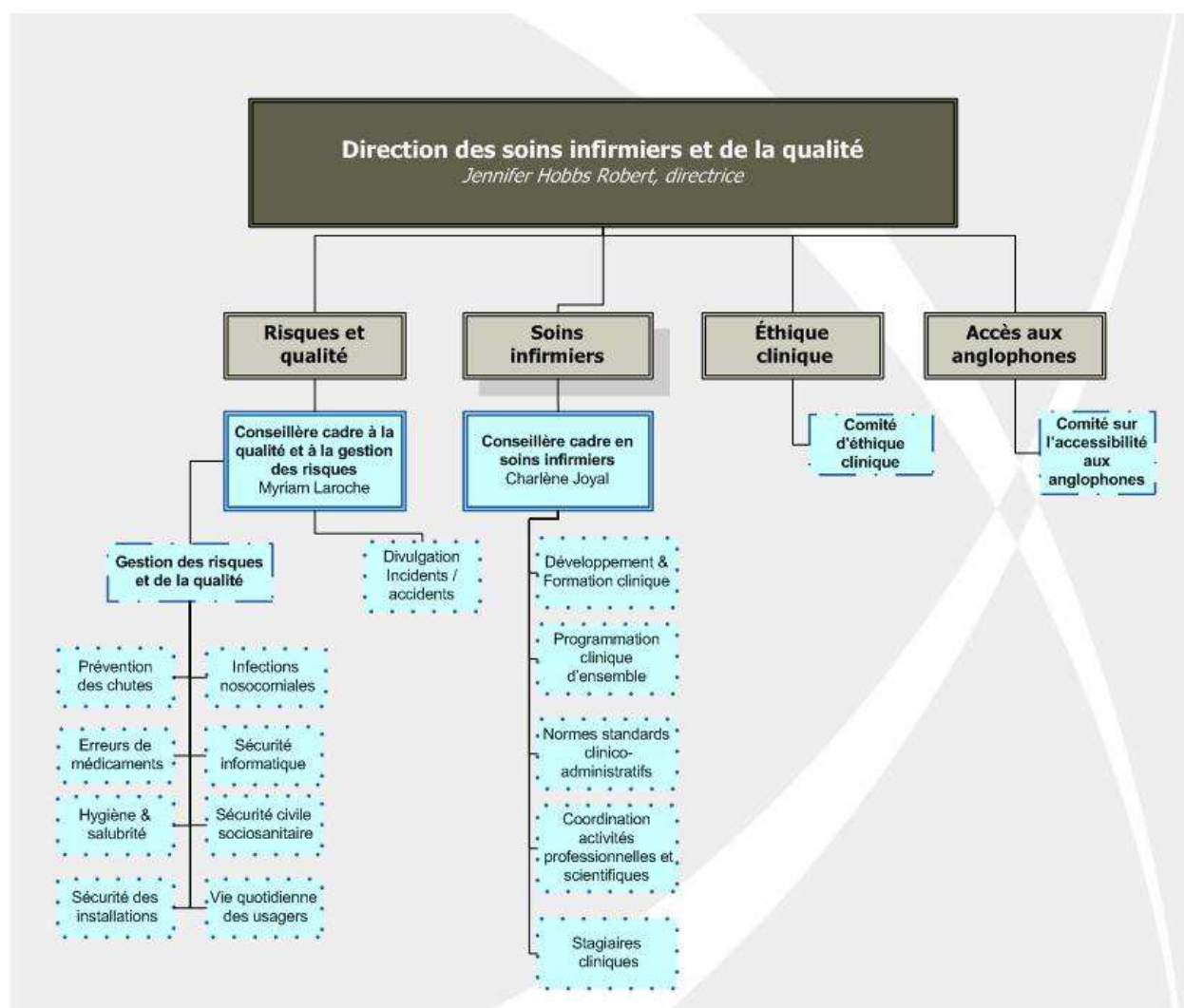
3.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité

Le bilan de cette dernière année est parfaitement résumée dans la publication de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) : « La Gouvernance en soins infirmiers ». En matière de qualité et de sécurité des soins infirmiers, la Direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ) a consolidé, appliqué et fait le suivi du programme de surveillance et de contrôle de la qualité des soins infirmiers. Elle le réalise à partir d'indicateurs de résultat pour la clientèle en vue d'une démarche collective d'amélioration continue de l'exercice infirmier. Des mesures ont été mises en place pour évaluer et prévenir les risques liés aux soins et services tels les ulcères de pression, les erreurs de médication, les chutes ainsi que les mesures de contrôle. Nos grands collaborateurs demeurent les instances professionnelles (CII-CIIA, CMDP, CM), la prévention des infections ainsi que nos programmes cliniques.

La DSIQ est extrêmement fière de cette année passionnante et stimulante qui s'est déroulée au signe de la croissance et d'une collaboration intense entre nos différentes équipes et entre les secteurs d'activité de notre établissement.

Jennifer Hobbs Robert
Directrice des soins infirmiers et de la qualité

Organigramme – DSIQ au 31 mars 2014



Soins infirmiers | Gestion des risques 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 de l'éthique.

Rehaussement de la pratique infirmière — Les formations prévues pour les infirmières et infirmières auxiliaires se sont déroulées conformément au calendrier du Plan de développement des ressources humaines 2013-2014 (PDRH). On compte notamment la formation reliée aux soins de la bouche, au traitement des plaies, à la consignation efficace des notes au dossier ainsi que la formation sur le nouvel appareil de mesure de la glycémie capillaire. Une importante ordonnance collective a récemment été adoptée permettant aux infirmières de santé scolaire de travailler de façon plus autonome en matière de contraception.

Gestion intégrée des risques — Nous progressons, en temps opportun et de façon positive, d'une approche de gestion du risque clinique vers la gestion de nos risques d'une manière plus intégrée incorporant les secteurs d'activités qui ne sont pas traditionnellement couverts par ce comité. Nos rapports trimestriels et les indicateurs de qualité ont été rationalisés et présentent maintenant des graphiques plus faciles à lire.

Amélioration continue de la qualité

Développement des capacités des bénévoles — Le plan est en développement et les normes d'or de *Bénévoles Canada* sont utilisées comme guide. Nous avons dressé l'inventaire des possibilités de bénévolat pour notre établissement et nous nous préparons à évaluer le niveau de risque associé à chaque possibilité. Cette évaluation des risques nous permettra de développer et de prioriser les programmes de formation pour nos activités à haut risque. Les différents logiciels de gestion des bénévoles sont présentement à l'étude. La formation d'un comité consultatif est prévue.

Nouvelles normes (2014) d'Agrément Canada — Un outil de suivi informatisé a été mis au point afin de suivre les progrès de nos équipes en ce qui concerne les recommandations formulées par Agrément Canada lors de leur dernière visite en mars 2013. Les normes révisées (2014) sont maintenant publiées et la DSIQ analyse présentement l'impact de ces modifications avant leur distribution à travers l'établissement.

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 décisionnel. Elle s'assure que des forums de discussions éthiques soient en place et adéquatement animés. Le Comité d'éthique clinique a adopté un avis pour relever les défis associés à « L'hydratation et l'alimentation en soins de fin de vie ». Ce document, qui pousse à la réflexion, sera présenté lors de la journée d'information annuelle consacrée à l'éthique clinique.

Dans ce contexte, le comité d'éthique clinique poursuit ses activités visant à développer un cadre de réflexion éthique. Les faits saillants 2013-2014 du comité sont résumés dans la partie 4, au point 4.2.8 Comité d'éthique clinique, à la page 80 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 les 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 2013-2014 a été marquée par un suivi rigoureux de l'absentéisme à court terme du personnel dans le but de réduire les coûts qui y sont associés. Ce suivi a été supporté par plusieurs projets qui visent notamment à améliorer la communication et à valoriser la profession de préposé aux bénéficiaires. La pénurie de main-d'œuvre s'est accentuée au cours de la dernière année, et les actions prises pour contrer cette réalité sont jumelées à des mécanismes déjà mis en place au niveau de l'amélioration de l'accueil, de l'intégration et de la reconnaissance du personnel.

L'établissement a poursuivi la mise en place des étapes à suivre suite à la démarche organisationnelle entamée pour obtenir son accréditation d'*Entreprise en santé*. Le comité de santé et mieux-être a établi le plan d'action avec des activités qui répondent aux besoins exprimés par les employés dans les deux sphères de la norme *Entreprise en santé* : l'alimentation et les pratiques de gestion des communications.

Le conseil d'administration a créé, en mars 2013, le comité sur les ressources humaines qui se compose de deux représentants du conseil, de représentants d'employés et de cadres. Le comité a précisé son mandat lors des deux rencontres réalisées au cours de l'année.

De plus, nous avons amorcé une démarche en vue de se conformer à la Loi sur l'accès à l'égalité en emploi en tant qu'organisme public. Une analyse de notre système d'emploi a permis de prendre des mesures qui sont appliquées pour tous les titres d'emploi pour lesquels il y a une sous-représentation des personnes issues des groupes visés (femmes, autochtones, minorités ethniques, minorités visibles et personnes handicapées).

Suite à la mise en place d'un nouveau logo pour l'établissement, une nouvelle carte d'identité a été conçue et est la même pour les deux sites. Un processus de renouvellement des cartes d'identité pour le personnel des deux sites a été amorcé et sera finalisé sous peu.

Tout au cours de l'année, l'équipe de la Direction des ressources humaines a travaillé de façon acharnée pour supporter les opérations relatives à une saine gestion et ainsi, s'assurer de la pérennité de l'établissement. 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

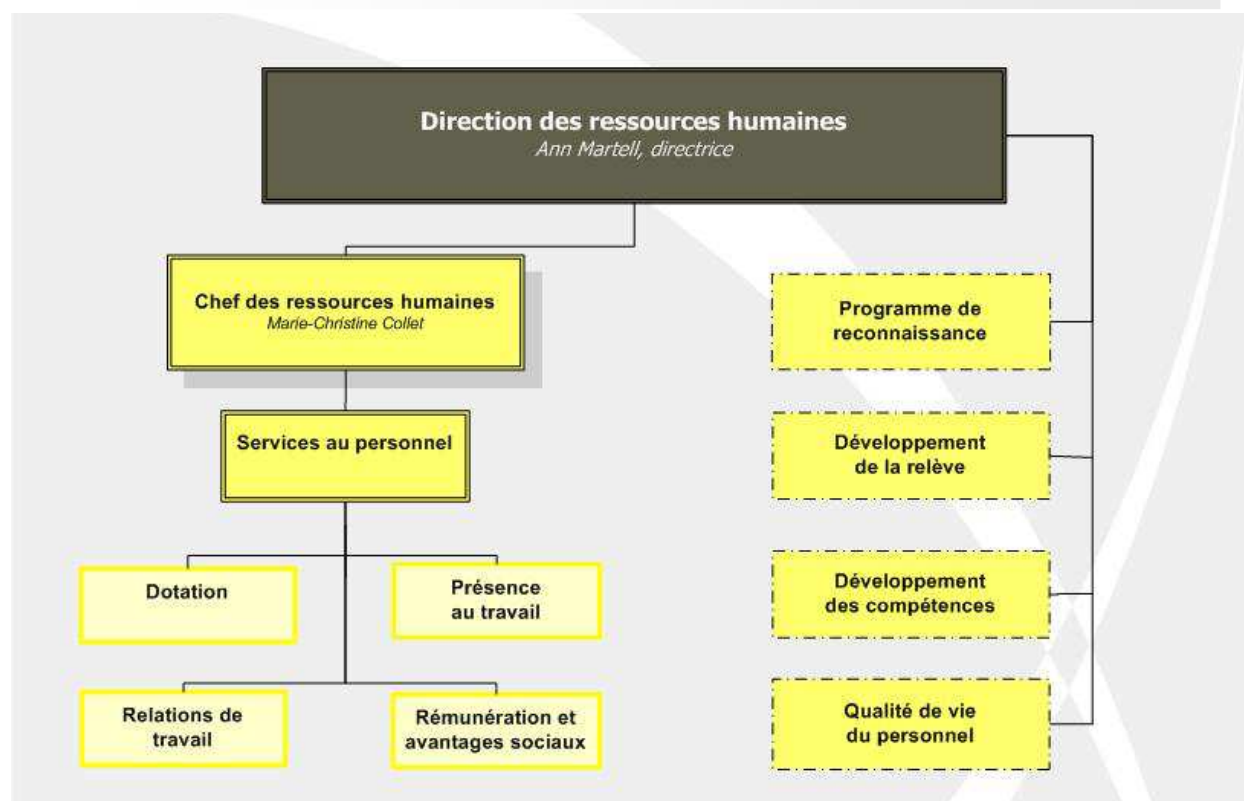
Ressources humaines

Sous la responsabilité de la directrice, madame Ann Martell, et de la chef de service, madame Marie-Christine Collet, la Direction des ressources humaines apporte un soutien direct 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 DRH regroupe quatre secteurs d'activités principales : 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 2014



Effectifs du Jeffery Hale – Saint Brigid's au 31 mars 2014 (extrait du rapport financier annuel AS-471)

	Exercice en cours 2013-14	Exercice antérieur 2012-13
Personnel détenteur de postes		
Les cadres (en date du 31 mars 2014)		
▪ Temps complet, nombre de personnes <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi)</i>	16	17
▪ Temps partiel, nombre de personnes Équivalents temps complet..... <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi)</i>	2 1,6	2 1,6
▪ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Le personnel régulier (en date du 31 mars 2014)		
▪ Temps complet, nombre de personnes <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi)</i>	229	227
▪ Temps partiel, nombre de personnes Équivalents temps complet..... <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi)</i>	222 123,85	196 107,37
▪ Nombre d'employés en sécurité d'emploi.....	0	0
Personnel non détenteur de postes		
Les occasionnels (en date du 31 mars 2014)		
▪ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	122 854	156 203
▪ 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>	67	86

3.6 Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

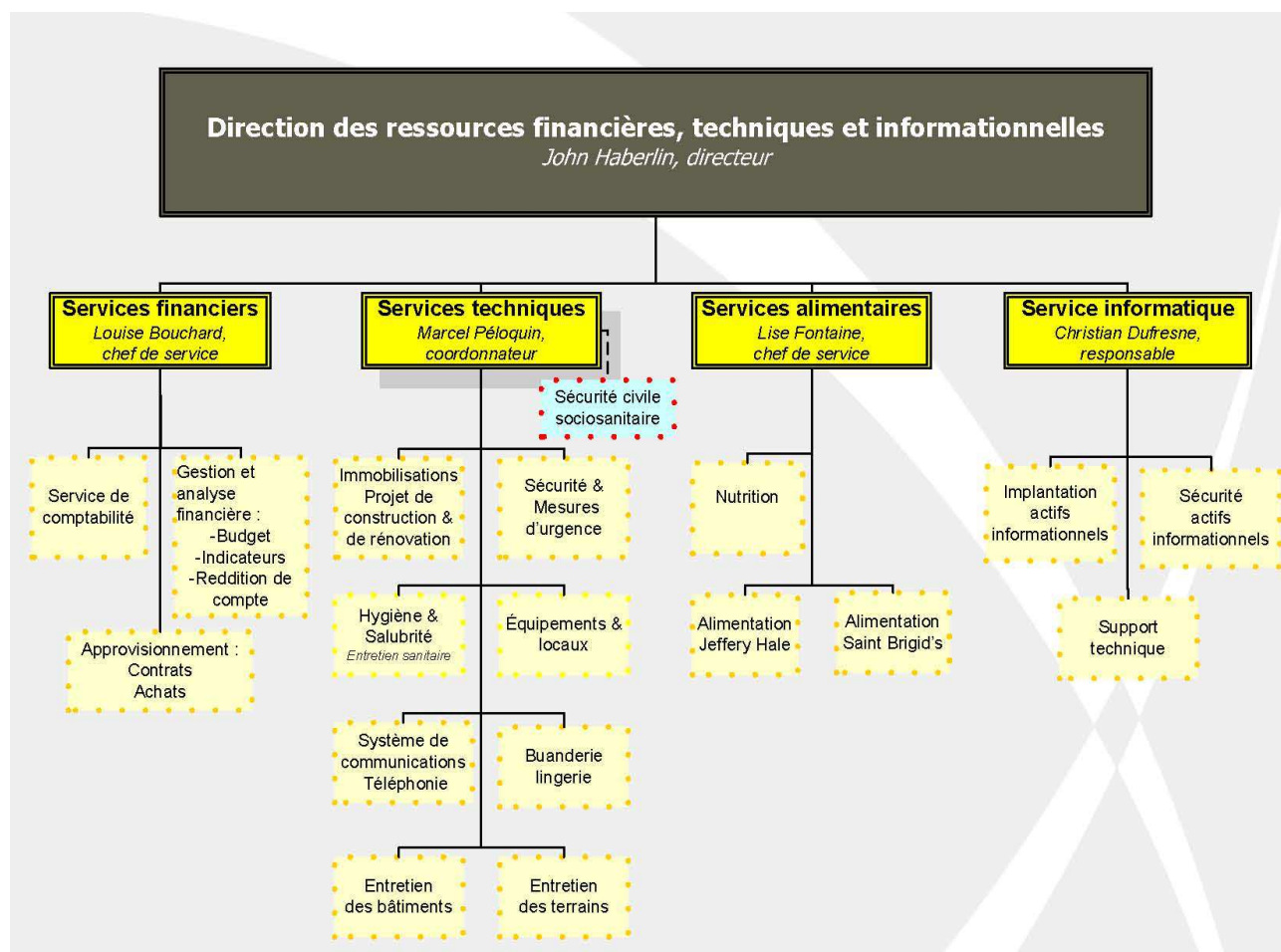
La Direction des ressources financières, techniques et informationnelles comprend sous sa gouverne : les services financiers, les services techniques (*hygiène et salubrité, services immobiliers*), les services alimentaires et le service de l'informatique. En tant que programme de soutien, notre direction a toujours eu comme philosophie d'être à l'écoute et de fournir l'assistance requise aux programmes clientèles qui offrent des services à notre population cible.

Notre programme doit toujours se rappeler que les services de soutien que nous offrons contribuent aussi à la qualité et à la sécurité des services aux usagers de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Dans un contexte financier plutôt préoccupant, là où les besoins sont en hausse et que les perspectives financières des années à venir s'annoncent particulièrement difficile, notre organisation doit continuer à réviser ses pratiques, privilégier des approches innovatrices et assurer l'efficience de nos activités. En tant qu'établissement de petite taille, nous avons plusieurs défis, mais nous sommes convaincus que nous pouvons tirer profit de nos particularités pour 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 2014



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 2013-2014, le Jeffery Hale – Saint Brigid's a terminé l'année avec un léger surplus de 9 920 \$ au fonds d'exploitation. Ce résultat faisait suite à une compression financière de 402 000 \$ qui a obligé l'établissement à déposer un plan de redressement incluant diverses mesures dont la principale était le transfert des activités d'endoscopie. Pour les années à venir, la perspective de compressions additionnelles nous mènera à poursuivre nos efforts pour actualiser les moyens de réorganisation et d'optimisation qui nous permettront de traverser cette période difficile.

Dans le contexte, l'exactitude de nos prévisions financières est importante. C'est pourquoi nous avons raffiné nos indicateurs de performance, en nous dotant d'un nouveau générateur de rapports qui facilite la compréhension de la situation financière et permet de mieux informer les différents secteurs d'activités. Également, nous avons revu l'ensemble de nos systèmes de contrôle interne dans le cadre de la gestion intégrée des risques incluant les changements requis en lien avec les nouvelles lois et la reddition de comptes qui y est associée.

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 de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM) 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.

En 2013-2014, nous avons poursuivi le programme d'acquisition d'équipements médicaux, à la suite du remplacement d'une grande partie de l'ameublement pour notre clientèle rendu possible grâce à des budgets alloués par 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 dans la rénovation et l'amélioration générale de l'état de notre parc immobilier. Plusieurs projets ont été complétés incluant le remplacement du système de panneau d'alarme incendie au Jeffery Hale, le remplacement des fenêtres de l'Hôpital 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 exigera 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 la confirmation de financement de l'Agence, d'un budget de plus de 1 200 000 \$, pour la création d'une nouvelle unité de soins palliatifs, au 3^e étage du Jeffery Hale. Les travaux débiteront à l'automne 2014.

Les services techniques ont aussi poursuivi la consolidation en lien avec les normes d'Agrément Canada, notamment en ce qui concerne les pratiques reliées à la sécurité de la clientèle, soit le plan des mesures d'urgence et l'actualisation 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.

Au cours de l'année 2013-2014, nous avons poursuivi le remplacement de certains équipements ou pièces, notamment le lave-vaisselle remplacé en janvier 2014 au Jeffery Hale.

Nous avons conclu une entente avec le *Centre Bonne Entente* pour livrer des repas à leur centre de jour, situé dans la région de Québec. Ce partenariat nous permet d'optimiser l'utilisation de nos ressources tout en générant des revenus additionnels.

Nous avons consolidé les approches en lien avec les normes d'Agrément Canada, spécifiquement en créant un registre des risques pour le secteur. Aussi, il y a eu l'actualisation des bonnes pratiques en hygiène et l'appréciation systématique du rendement du personnel.

Au cours de la prochaine année, nous allons revoir les opportunités d'optimisation des services alimentaires, plus particulièrement en lien avec la fonction production. Nous allons aussi rechercher toutes les opportunités pour maximiser les revenus du secteur en voyant si nous pouvons desservir d'autres centres de jour ou services similaires.

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 aux discussions à la Table 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 2013-2014, notons particulièrement :

- Le suivi de l'ensemble du processus exigé par le ministère entourant la planification triennale des activités informatiques incluant l'évaluation des activités et la reddition de comptes en fin d'année;
- l'implantation du système informatisé de la déclaration d'incident de sécurité;
- l'implantation du système de la gestion de suivi des contrats;
- l'implantation du système informatisé de prise de rendez-vous cliniques;
- le remplacement durant l'année de près de 30 % de notre parc informatique composé de plus de 230 postes;
- l'implantation de la deuxième phase du *Dossier clinique informatisé* (DCI) permettant l'accès aux résultats cliniques pour les consultations externes;
- la participation à plusieurs comités régionaux de planification de travaux d'importance tels les dossiers cliniques informatisés, le courrier électronique, « Active Directory » régional, le projet d'un seul centre de traitement informatique pour la région, 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.

Bilan des activités

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 2013-2014, 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; membre du comité d'approche attentionnée.
- **L'établissement en lien avec la communauté anglophone** : Articles dans l'hebdomadaire *Quebec Chronicle-Telegraph*; conception et mise à jour des dépliants; rapport annuel à la communauté.

- **Image corporative** : Création d'un cahier des Normes d'identité visuelle; mise à jour du site Internet; restructuration du site Intranet; visibilité et promotion dans la communauté, incluant la coordination de notre participation au Pentathlon des neiges – Journée santé et services sociaux et au Défilé de la Saint-Patrick de Québec.
- **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; mise en page des dépliants destinés aux usagers et au personnel; amélioration de la signalisation directionnelle intérieure et extérieure;
- **Soutien aux fondations** : Soutien à la Fondation des Amis du Jeffery Hale et à la Fondation Saint Brigid's Home.

Du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014, notre site Internet a accueilli 45 441 visiteurs (comparativement à 40 526, 34 770 et 26 039 des trois années précédentes), parmi lesquels 74 % consultaient pour la première fois (comparativement à 72%, 77 % et 75 % les trois 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
Élu par la population
M. Richard Walling, vice-président, Fondations
M. Louis Hanrahan, DG, secrétaire
Mme Margaret Baker, cooptation
M. Simon Clément, cooptation, org. communautaires
Mme Joanne Coleman-Robertson
Élu par la population
M. Fred Cribb, nommé par l'Agence
Mme Amie Deschamps, CM
Mme M.-Chantal Dubois, personnel non clinique
Mme Christiane Dion, Agence
M. François Fleury, Comité usagers
Mme Gertrude Grogan, Comité usagers
M. J.-Sébastien Jolin-Gignac, cooptation (remplace M. Russell Kueber, démissionnaire)
M. Roger Lemire, cooptation
M. J. Edward Murphy, cooptation
Mme Brenda Rogers, cooptation
Mme Catherine Nadeau, CMDP
Mme Marie-Paule Parent, CII

Comité administratif

M. Didier Culat, président
M. Richard Walling, vice-président
M. Louis Hanrahan, directeur général
Mme Joanne Coleman-Robertson
M. J.-Sébastien Jolin-Gignac, cooptation (remplace M. Russell Kueber, démissionnaire)
M. Roger Lemire
M. J. Edward Murphy

Comité de gouvernance et d'éthique

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

Comité de vérification

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

Comité sur les ressources humaines

M. Richard Walling, vice-président, C.A.
Mme Amie Deschamps, travailleuse sociale, C.A.
Mme Kathleen Dery, infirmière auxiliaire, à Saint Brigid's;
M. Gilles Labrecque, préposé aux bénéficiaires, au Jeffery Hale;
Mme Marie Robitaille, chef de programme, Soutien à l'autonomie des personnes âgées;
Mme Ann Martell, Directrice des ress. humaines / membre d'office

Comité de vigilance et de la qualité

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

Comité d'évaluation du rendement du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)

Mme Joanne C.-Robertson, présidente
Mme Christiane Dion
M. Louis Hanrahan, DG / membre d'office

Les instances professionnelles

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Dre Catherine Gagnon, présidente
Dre Micheline Tremblay, trésorière
Dr Bruno Denis
Dr Hubert Marcoux
Dr Marie-Eve Martineau
Mme Catherine Nadeau, pharmacienne
Dr Benoît Dumais, DSP / membre d'office
M. Louis Hanrahan, DG / membre d'office

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

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

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Mme Roxane Thibault, présidente
Mme Amanda Mills, vice-présidente
Mme France Nolet, secrétaire
Mme Liane Webster, déléguée aux communications
Mme Myriam Laroche, présidente CII / membre d'office
Mme Jennifer Hobbs Robert, DSIQ / membre d'office

Conseil multidisciplinaire (CM)

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

Autres instances

Comité de gestion des risques et de la qualité

Dr Benoît Dumais, président, DSP, risque rattaché à la sécurité civile
Mme Christiane Dion, Conseil d'administration
Mme Monique Brisson, Comité usagers
Dre Catherine Gagnon, CMDP
Mme Amie Deschamps, t.s., CM
Mme Geneviève Dorval, ergothérapeute, risque rattaché aux chutes et contentions
Mme Marie-Paule Parent, conseillère en prévention des infections, risque rattaché aux infections nosocomiales
Mme Michelle Carrier, pharmacienne, risque rattaché aux erreurs de médicaments
Mme 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 Péloquin, coordonnateur serv. techniques, risque rattaché à la sécurité des installations
Mme Lucie Lachance, tech. éduc. spécialisée, risque rattaché aux activités de vie quotidienne
M. Guy Pelletier, commissaire aux plaintes / membre d'office
Mme Myriam Laroche, conseillère cadre en gestion des risques et de la qualité / CII / membre d'office
Mme Jennifer Hobbs Robert, DSIQ / membre d'office

Comité de révision

Mme Joanne Coleman-Robertson, Présidente, représente le C.A.
Dr Jacques Bourgeois, CMDP
Dr Marie Martineau, CMDP

Comité d'éthique clinique

Mme Christiane Dion, C.A.
Mme Mariette Dubé, Comité usagers
Dre Micheline Tremblay, CMDP
Mme Geneviève Dorval, ergo, CM
Mme Amanda Mills, inf., CIIA
Mme Julie Roberge, travailleuse sociale, gériatrie communautaire
M. Jacques Arguin, pastoraie
Mme Anne Jougit, physiothérapeute, Gériatrie communautaire
Mme Paule Vallières, tech. en éduc. spécialisée, Hébergement SB
Mme Marthe Vézine, infirmière, SB

M. Jean-Marc Tanguay, chef des services communautaires, Serv. généraux et communautaires
Mme Nathalie Fortin, travailleuse sociale, chef d'équipe, Services communautaires
M. Gilles Labrecque, préposé aux bénéficiaires, Hébergement Jeff
Mme Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité / membre d'office

Comité de pharmacologie

Mme Michelle Carrier, pharmacienne, présidente
Mme Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité
Mme Kathleen Mulligan, infirmière SCLA en milieu scolaire
Mme Nathalie Martel, conseillère cadre en activité clinique au Jeffery Hale
Dre Marie-E. Martineau, gériatrie
Mme Michèle Plante, pharmacienne
Dre 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
Mme Monique Brisson, trésorière, toute provenance
Mme Gertrude Grogan, administratrice, membre délégué au C.A. / Services communautaires de langue anglaise
Mme Clémence Robitaille, secrétaire, Serv. gériatriques JH
Mme Linda Boucher, administratrice, Comité des résidents SBH
M. Pierre Robitaille, administrateur
Comité des résidents JH

Comité des résidents Jeffery Hale

Mme Huguette Lavoie, présidente
Mme Renée C. Gauthier, vice-présidente
Mme Lise Proulx, vice-présidente
M. Alain Côté, trésorier
Mme Clémence Robitaille, secrétaire
Mme Lucie Desmeules, conseillère cadre en milieu de vie / Personne-ressource

Comité des résidents Saint Brigid's

Mme Hillary Buggie, présidente
Mme Gertrude Grogan, vice-présidente
M. Robert Angers, trésorier
Mme Linda Boucher, secrétaire
M. Nicolas Poirier, administrateur
M. Frank Scardina, administrateur
Mme Penny Whelan, administratrice
Mme 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)

Durant la période 2013-2014, l'exécutif du CMDP s'est réuni à cinq reprises et a tenu une assemblée générale de ses membres le 5 juin 2013.

Formulation d'avis au CA ou à la Direction générale

Nominations	Statut	Avis au CA
D ^{re} France-Valérie Roy, omnipraticienne	Membre actif au département de gériatrie et de soins palliatifs	14 mai 2013
D ^r Philippe Gervais, microbiologiste-infectiologue	Membre conseil du département de médecine spécialisée	28 janvier 2014
D ^r Alain Martel, microbiologiste-infectiologue	Membre conseil du département de médecine spécialisée	28 janvier 2014
D ^r Jean-François Roussy, microbiologiste-infectiologue	Membre conseil du département de médecine spécialisée	28 janvier 2014
D ^{re} Julie Larochelle, médecin de famille	Membre actif du département de gériatrie et de soins palliatifs	25 mars 2014
M ^{me} Nathalie Gagnon, pharmacienne	Membre associé du département de pharmacie	25 mars 2014
Démissions		
D ^{re} Dominik Cyr, omnipraticienne	Membre actif du département de médecine d'urgence	26 novembre 2013
D ^r Gérard Maléza, omnipraticien	Membre actif du département de médecine d'urgence	26 novembre 2013
M. André Comeau, pharmacien	Membre associé au département de pharmacie	25 mars 2014

Faits saillants et principaux dossiers

Sujets	Tâches accomplies
Adoption de politiques provenant du comité de prévention des infections	Politiques et procédures « Surveillance des maladies respiratoires sévères (MRS) »
Adoption des ordonnances proposées par le comité de pharmacologie	- L'ordonnance collective 2011-11-17-010 « Contraception orale dans les services communautaires de langue anglaise » - Révision de la politique et procédures de distribution sécuritaire des narcotiques - Politiques et procédures d'exécution des ordonnances médicales - Adoption de la liste de médicaments ophtalmologiques (antiallergiques, antibiotiques et corticostéroïdes). Remplacement de la phénytoïne (Dilantin) en suspension par du Dilantin croquable
Adoption de mise en garde proposée par le comité de pharmacologie	- Une mise en garde est transmise à tous les membres du CMDP : - sur la survenue de décollement de la rétine lors de

Sujets	Tâches accomplies
	l'utilisation de fluoroquinolone - o sur le fait que la risperidone pourrait causer de la rhabdomyolyse - o sur des cas de prurit associés à l'usage de citalopram dans l'établissement - o de limiter la dose de dompéridone (Motilium) à 30 mg par jour en raison du risque de torsades de pointe
Suivi des recommandations de la visite professionnelle du Collège des médecins	▪ Adoption du Règlement interne sur l'organisation et le fonctionnement du département de gériatrie et de soins palliatifs ▪ Préparation du rapport, consultation et envoi du rapport au Collège des médecins en avril 2014
Révision de procédures	▪ Adoption du Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de révision
Jugement d'autorisation de soins	▪ Suivi des dossiers aux six (6) mois ▪ Suivi de deux patients ▪ Un patient qui était sous ordonnance de soins est décédé en juin 2013
Accessibilité aux soins dentaires pour la clientèle de l'hébergement	▪ Discussions ▪ Rencontre du dentiste consultant par le directeur des services professionnels ▪ Approche et recrutement d'une dentiste qui offre un service sur place avec équipement mobile

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.

Réalisations

- Abréviations dangereuses - compilation de statistiques (audit #4).
- Pharmacovigilance :
 - Allergie – révision dans gesphar
 - Mise en garde Motilium – risque de torsades de pointes
 - Mise en garde fluoroquinolone en prise orale dont l'usage pourrait comporter un risque possible de décollement de la rétine
 - Mise en garde prurit sous celexa
 - Retrait du formulaire : Dilantin en suspension
 - Retrait du marché – *Miacalcin* (calcitonine) vaporisateur
 - Respect des heures d'administration (*Fosamax*, *Motilium*, etc.)
- Révision de la Politique et procédure sur la distribution sécuritaire des stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées.

*Veuillez consulter la section **pharmacie** à la page 58 du présent rapport, pour d'autres politiques entérinées par le comité de pharmacologie.*

Principaux changements de pratique qui découlent de la revue d'utilisation des médicaments (RUM)

Choix du RUM pour l'année 2014 : 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

Le CII-CIIA n'a soulevé aucune difficulté d'ordre éthique. Il a informé ses membres de l'entrée en vigueur de nouveaux programmes (soins de bouche), de nouvelles règles de soins et protocoles (administration des médicaments en milieu scolaire) et d'ordonnances collectives (la constipation, la contraception hormonale ou le stérilet). Il a également pris part aux discussions et donné son avis sur les programmes d'audit et de suivi des audits de la Direction des soins infirmiers et de la qualité.

Il a adopté un plan d'action des ordonnances collectives pour l'année 2014-2015. Sur le plan de la formation continue, l'exécutif a organisé cinq formations en classe et en ligne dans le cadre du programme « Cafés-compétences » sur des thèmes variés et une formation accréditée sur la méthode d'installation des cathéters veineux courts. Les membres ont également participé aux discussions sur les programmes d'audit et de suivi des audits de la Direction des soins infirmiers et de la qualité. Par ailleurs, les membres de l'exécutif

participent activement à divers comités, dont le comité d'éthique clinique, le comité de gestion des risques et de la qualité, le comité de pharmacologie, le comité de prévention des infections et le comité Entreprise en santé. 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.

On a consulté ou sollicité l'avis du CII-CIIA sur deux dossiers :

- le taux d'effectif et la qualité des soins infirmiers;
- le Cadre de référence et guide de bonnes pratiques pour un milieu de vie de qualité en CHSLD.

Recommandations au CA

Le CII-CIIA n'a formulé aucune recommandation au conseil d'administration cette année.

4.2.3 Conseil multidisciplinaire (CM)

Le Conseil multidisciplinaire a pour mandat général de :

- 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

Cette année, le CM visait notamment à assurer une implication et une présence plus active dans l'établissement. À cet égard, il participe à plusieurs instances décisionnelles et statutaires telles le conseil d'administration, le comité sur les ressources humaines, le comité de gestion des risques et de la qualité et le comité de prévention des infections. La présidente siège également au Conseil multidisciplinaire régional (CMuR) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Consultation et avis émis à la direction

- Consultation du Programme cadre des activités bénévoles
- Consultation du Cadre de référence et guide de bonnes pratiques pour un milieu de vie de qualité.
- Consultation du Programme d'intervention auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
- Avis formulé 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. En conclusion, un contrat de deux jours par semaine a été fait et deviendra éventuellement un poste.
- Suivi des comités de pairs suite aux décisions et à l'organisation de la restructuration du 3^e étage au Jeffery Hale.

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 les 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

Le principal objectif du comité, cette année, a porté sur sa refonte et sa consolidation. Les membres ont réussi à se donner un fonctionnement renouvelé leur permettant de contribuer de façon davantage structurante et durable au succès de l'établissement à assurer des services de qualité, sécuritaires et empreints de compassion aux usagers qu'ils représentent.

Ils ont contribué au grand projet de réaménagement du 3^e étage au Jeffery Hale visant à rendre les lieux plus conviviaux et fonctionnels pour les usagers en soins palliatifs ou à l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF). La révision du Règlement sur l'application de la Loi sur le tabac a également retenu leur attention. Le comité a aussi fait le suivi périodique du plan d'amélioration des soins et services découlant de l'enquête de satisfaction des usagers de 2010-2012.

Enfin, les représentants du comité des usagers participent activement à la révision du Code d'éthique de l'établissement de même qu'aux instances suivantes : conseil d'administration, comité de gestion des risques et de la qualité, comité d'éthique clinique et comité de vigilance et de la qualité.

Perspectives d'action pour 2014-2015

- Suivre les travaux d'aménagement de l'unité de soins palliatifs et de l'Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF).
- Suivre les étapes du déménagement des résidents du 2^e étage du Jeffery Hale vers Saint Brigid's de concert avec le comité des résidents du Jeffery Hale.
- Poursuivre le travail sur les points d'amélioration issus du rapport de la satisfaction de la clientèle.
- Suivre le programme des soins dentaires pour les résidents.
- Rencontrer les personnes-ressources des services communautaires afin de connaître leurs besoins et de recruter un représentant au comité.
- Prévoir avec les trois (3) comités : le comité des usagers et les deux comités de résidents, des projets de conférence pour les résidents, les usagers, les répondants, les bénévoles et les aidants naturels sur : le mandat d'inaptitude, le mandat de fin de vie, l'aide pour les aidants naturels, comment vivre avec une personne atteinte de surdité, etc.

4.2.5 Comité de vigilance et de la qualité

En 2013-2014, le comité de vigilance et de la qualité a tenu quatre séances avec un taux de participation de 92 %. 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 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, il peut 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. À cet égard, 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.

- Cinq (5) plaintes ont été référées au médecin examinateur en 2013-2014, 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 2014, le comité a appuyé une recommandation du commissaire formulé au CA :

- Assurer la confidentialité des communications au prétriage à l'urgence.

Il a maintenu le suivi de deux recommandations antérieures formulées 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 soin;
- 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.

Bilan des objectifs

Le comité dresse un bilan positif de l'état d'avancement de l'ensemble des objectifs qu'il a poursuivis durant l'année.

Objectifs 2013-2014	Bilan	Perspectives
S'assurer que le rôle du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CPLQS) est mieux connu.	Plusieurs efforts sont réalisés en continu, mais la promotion du rôle du CLPQS sera toujours requise.	Fixer comme objectif au CLPQS.
Poursuivre les démarches pour mieux intégrer les diverses initiatives d'amélioration continue.	La Direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ) porte ce dossier de façon efficace, et l'établissement connaît la situation.	Objectif atteint.
Développer des indicateurs de qualité additionnels ainsi que des comparatifs pour mieux évaluer notre performance.	Des indicateurs relatifs aux plaies et les risques de chutes de même qu'à l'agression envers le personnel ont été ajoutés.	Maintien de l'effort.
Augmenter la déclaration d'incidents/accidents. Implanter l'identification proactive des risques.	On constate une augmentation des déclarations des équipes cliniques visées, mais moins du côté des services techniques.	Maintien de l'effort.

Recommandations

En début d'année, le comité de vigilance a convenu de formuler des recommandations davantage stratégiques qu'opérationnelles. Il s'est recentré sur son rôle de surveillance de l'ensemble des efforts liés à l'amélioration de la qualité, sécurité et compassion.

Les recommandations touchent principalement les services du soutien à l'autonomie des personnes âgées et les services généraux et concernent l'accessibilité des services de même que l'organisation du travail en lien avec la qualité des soins aux usagers.

Objet / Date émise	Recommandation	Bilan
Distribution sécuritaire des médicaments 2009-09-11	Qu'un plan d'amélioration pour une distribution sécuritaire des médicaments en hébergement soit préparé et suivi rigoureusement. Fermeture du dossier le 30 mai 2013	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 a convenu de fermer le dossier sur cette recommandation.
Accès aux services conseils en psychogériatrie 2009-11-13	Assurer la couverture complète de l'établissement en services conseils en psychogériatrie Fermeture du dossier le 13 novembre 2013	L'Institut universitaire en santé mentale de Québec a déployé, en octobre, l'équipe Soutien et accompagnement en gériopsychiatrie : Équipe-réseau surspécialisée (SAGES). Deux gériopsychiatres desservent notre établissement. Ils viennent à raison d'une journée par mois en plus d'assurer la réponse aux demandes de consultation.
La gestion des demandes et des plaintes sur les unités de soins 2013-05-30	Sensibiliser le personnel sur la Politique de gestion des demandes et insatisfactions des usagers	L'établissement a adopté et diffusé une Politique sur la gestion des demandes et des insatisfactions des usagers. L'implantation n'est pas consolidée. Des sessions de sensibilisation à l'importance de donner suite aux demandes des usagers et leurs représentants sont en cours.

Objet / Date émise	Recommandation	Bilan
Accès aux rendez-vous en radiologie 2012-03-16	Assurer une réponse téléphonique en temps opportun aux personnes appelant pour obtenir un rendez-vous en radiologie	L'informatisation des rendez-vous est réalisée avec succès. La centrale des rendez-vous est implantée et traite l'ensemble des rendez-vous en imagerie médicale dans un délai approprié.
	Fermeture du dossier le 13 novembre 2013	L'actualisation du plan d'action augmente le nombre d'appels traités en imagerie médicale par la centrale des rendez-vous. L'objectif ciblé de 40 % est atteint.
Confidentialité au prétriage à l'urgence 2013-11-13	Assurer le triage rapide de la clientèle tout en préservant la confidentialité de l'information privilégiée.	Le triage rapide est une norme de pratique établie par l' <i>Ordre professionnelle des infirmières du Québec</i> . Cette pratique vise à assurer une priorisation du triage lorsque le délai de prise en charge pour le triage excède 10 minutes. Les travaux ont été réalisés afin de répondre à ce standard de pratique, tout en assurant la confidentialité de l'information avec l'équipe technique en place. Depuis l'instauration de la nouvelle pratique, des difficultés à assurer la confidentialité de l'information sont constatées. Ainsi, des mesures ont été mise à l'essai afin d'améliorer la situation et tout dernièrement, les infirmières assurent le triage rapide sur le côté nord du bureau de prétriage afin de préserver l'information privilégiée. Des solutions permanentes exigeront un réinvestissement.
	Nouvelle recommandation le 13 novembre 2013 (formulée par le commissaire)	

Le 30 mai 2013, le comité a convenu de fermer le dossier sur la distribution sécuritaire des médicaments, la situation étant stable et le suivi rigoureusement assuré par le comité de gestion des risques. Pour une meilleure compréhension, le comité utilise maintenant depuis le mois de septembre un outil standardisé qui intègre un plan d'action et les rapports de suivi de la direction visée par la recommandation.

Le 13 novembre 2013, les membres ont également convenu de fermer le dossier sur l'accès aux rendez-vous en radiologie, la réorganisation du service de l'accueil et la fermeture des cliniques d'endoscopie ayant permis les améliorations requises, ainsi que le dossier sur l'accès aux services conseils de gérontopsychiatrie en gériatrie communautaire, l'IUSMQ ayant déployé une nouvelle offre de service équitable pour tous en octobre 2013. Par ailleurs, le comité relève encore certains défis au regard de la confidentialité lors du prétriage à l'urgence. Une nouvelle recommandation a été formulée, le 13 novembre, pour

rappeler nos obligations à cet égard et des mesures ont été mises en place pour assurer le triage rapide de la clientèle tout en préservant la confidentialité de l'information privilégiée.

Enfin, le comité partage toujours les préoccupations du commissaire sur les délais de traitement accordés aux demandes et expressions d'insatisfaction des résidents et des familles au secteur de l'hébergement, au Jeffery Hale. Le comité est heureux d'apprendre qu'une tournée de sensibilisation est prévue pour assurer l'application de la Politique de gestion des demandes et des insatisfactions.

Le comité de vigilance perçoit un réel engagement de l'établissement découlant des orientations stratégiques et du personnel en général pour assurer des services de qualité et sécuritaires. Des améliorations sont toujours requises à bien des niveaux, mais celles-ci sont adressées avec sérieux et transparence dans un cycle d'amélioration continue qui se solidifie à 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 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 ses soins et services. L'agrément et nos plans d'amélioration doivent continuer d'avoir un effet d'entraînement important pour assurer de maintenir les efforts et consolider les gains.

Le comité de vigilance voit d'un très bon œil les actions d'amélioration continue entreprises par l'établissement en suivi des recommandations d'Agrément Canada, dont notamment, la tournée qualité des directions et le programme d'audit.

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 2013-2014. Il a déposé le rapport annuel de ses activités au conseil d'administration le 13 mai 2014. Les objectifs spécifiques qu'il a poursuivis cette année sont les suivants :

- Poursuivre et assurer la diffusion des bulletins « *Action prévention* ».
- Développer et implanter un nouveau canevas de présentation des rapports trimestriels sur les risques et la qualité.
- Poursuivre et assurer la transmission des rapports trimestriels dans tous les secteurs de l'établissement.
- Permettre la transformation du comité de gestion des risques pour mieux refléter les nouveaux enjeux avec la qualité et la gestion intégrée des risques.
 - Redéfinir et consolider les rôles et les responsabilités des répondants de risques au comité de gestion des risques et de la qualité.
 - Redéfinir le rôle de la conseillère cadre en gestion des risques au sein du CGRQ.

- Analyser et formuler des recommandations sur des processus à haut risques de l'établissement.
- Effectuer le suivi des rapports de coroner.
- Effectuer le suivi de l'avancement de l'amélioration continue de la qualité.

Recommandations découlant de l'analyse prospective 2013-2014

Le CGRQ a formulé quatre recommandations découlant de l'analyse prospective sur les risques associés aux technologies d'aide à la surveillance (moniteur de mobilité) réalisée par un sous-comité :

1. Qu'une formation soit disponible et incluse à l'orientation d'embauche pour les préposées aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires et les infirmières.
2. Qu'une formation aux infirmières, infirmières auxiliaires et au personnel de réadaptation soit réalisée par de la formation continue 2014-2015. Le contenu de la formation devra comprendre les principes d'utilisation des technologies de surveillance, dont l'analyse de la pertinence d'utilisation ainsi que le module d'autoformation sur les technologies d'aide à la surveillance.
3. Qu'une vérification de toutes les technologies d'aide à la surveillance soit réalisée quatre fois par année par un employé en travaux légers selon le plan de vérification des moniteurs de mobilité.
4. Qu'un paragraphe d'information aux familles sur les mesures de remplacements (qui inclut les technologies d'aide à la surveillance) soit ajouté à la brochure « Mesures de contrôles, publication aux usagers et aux proches ».

Recommandations des processus à haut risque

Le comité de gestion des risques et de la qualité a formulé une nouvelle recommandation au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration :

- Assurer la transmission d'un rapport structuré aux préposés aux bénéficiaires (PAB) en temps opportun, au début de chaque quart de travail.

Un projet d'organisation du travail est en cours.

Le comité a poursuivi ses travaux pour le suivi d'une recommandation antérieure :

- Assurer le bien-être et la sécurité du personnel soignant et de la clientèle lors des manipulations au quotidien. Formation sur les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB).

Les formations PDSB ont été données, et un projet de formation continue est élaboré.

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, le comité a reçu une demande de révision qui n'a toutefois pas été retenue, ne relevant pas de sa compétence.

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 la volonté que porte l'organisation de bien faire face 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.

Bilan des activités en lien avec ses objectifs

- a) Promouvoir le rôle du CEC au sein de notre établissement

Tous les nouveaux employés à l'embauche reçoivent la brochure CEC qui définit le mandat du comité, son rôle ainsi que sa composition. Les modalités relatives à la présentation d'un cas éthique/situation clinique sont également détaillées.

- b) Soutenir la pratique de l'éthique en milieu de soins via les délibérations et discussions des cas éthiques

Le CEC a ajouté un point permanent à l'ordre du jour de ses rencontres intitulé « L'examen des cas et discussion ». Ceci lui a permis de se familiariser davantage avec l'utilisation du « Cadre de prise de décision de l'éthique » de l'organisation.

- c) Exercer une activité de sensibilisation dans l'établissement, s'adressant à un sujet se rapportant à l'éthique clinique

Roue de l'éthique – La présentation de l'avis sur l'alimentation et l'hydratation qui était prévue au printemps 2014 est reportée à l'automne 2014.

Recommandation

Cette année, le comité d'éthique clinique a formulé un **avis sur l'alimentation et l'hydratation** ».

S'inspirant d'une revue de littérature sur le sujet, le CEC a adapté pour les besoins de l'établissement, un avis publié par le Centre de santé et de services sociaux de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). La journée d'information de l'éthique clinique 2013-2014 portera d'ailleurs sur ce thème.

5.2 La contribution des fondations

Cette année encore, le Jeffery Hale – 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 versé plus de 30 000 \$ pour des activités visant à améliorer les services destinés à la clientèle. La Fondation a entre autres participé au financement de diverses activités organisées pour la clientèle. De plus, elle a financé 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 12 septembre 2013, sous la présidence de madame Marie-France Poulin, de la famille fondatrice de la compagnie Maax. Grâce à plus de 120 golfeurs et amis, 22 377 \$ ont été amassés permettant de rénover le patio et le jardin extérieur. Sincères remerciements au comité organisateur et à tous les participants pour le succès de cette activité encore cette année !

La Fondation Saint Brigid's a, pour sa part, versé un montant de 128 657 \$ pour le financement de différentes activités reliées à la qualité de vie de la clientèle, incluant une subvention permettant de revoir l'activité bénévole. De plus, la fondation a participé au financement d'étudiants de la communauté pour animer des activités auprès de la clientèle.

La Fondation Jeffery Hale a versé une subvention de 25 000 \$, notamment pour l'achat d'équipement médical spécialisé. De plus, elle a confirmé, pour cette année, un engagement financier de plus de 300 000 \$ dans le cadre du projet de rénovation de l'unité des soins palliatifs permettant à nos architectes de prévoir des ajouts qui amélioreront la qualité de fin de vie de nos patients, dans un concept de milieu de vie, en repoussant les limites de l'institution. Ce projet devrait se concrétiser en 2015.

La Fondation Citadel a financé 21 000 \$ pour notre programme estival d'emplois étudiants. Ce programme permet à des étudiants de travailler durant l'été pour 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 150 000 \$ à notre établissement en finançant les coûts de notre conseillère en communication, une organisatrice communautaire et un don pour assurer le transport des clients du centre de jour. Les Partenaires ont aussi supporté l'organisation en finançant en partie les activités 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. L'organisation a d'ailleurs souligné les 45 années de cet organisme. Cette année, au-delà des innombrables heures de bénévolat de ses membres, la Guild a généreusement contribué pour plus de 160 000 \$ en équipements et services permettant à la résidence d'offrir un milieu et une qualité de vie qui agrémentent le quotidien de tous.

Enfin, nous tenons à souligner la participation financière de La Guild qui s'est engagée en 2012 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 quatre 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

6.1 Rapport de la direction extrait du rapport AS-471

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 le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

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.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

2014-06-17 Date	M. Louis Hanrahan Nom	 Signature du directeur général
2014-06-17 Date	M. Fred Cribb Nom	 Signature de la personne désignée

Membre du conseil d'administration
Fonction

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut « en production » du rapport a été modifié pour celui de « en approbation ». Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas, lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.

6.2 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 l'état de la situation financière des fonds d'exploitation et d'immobilisations au 31 mars 2014, ainsi que les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés et de la variation de la dette nette de ces mêmes fonds pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités de **l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's** (l'Établissement) pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 17 juin 2014. 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 pour le secteur public. La lecture 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.

Responsabilité 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 terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux normes comptables pour le secteur public.

Autres points

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 17 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 « Paiements de transfert », la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Cela a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers. Les incidences de ces dérogations aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception de l'incidence du problème décrit, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2014, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Les états financiers de l'Établissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 ont été audités par un autre auditeur qui a exprimé une opinion non modifiée sur ces états en date du 18 juin 2013.

Mallette S.E.N.C.R.L.¹
Société de comptables professionnels agréés

Lévis, Canada
Le 17 juin 2014

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique no A103650

6.3 État des résultats - Fonds d'exploitation

pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

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

	2013-2014 \$	2012-2013 \$
Revenus		
Subventions - Agence et MSSS	26 307 336	25 413 115
Contributions des usagers	5 008 907	4 933 131
Vente de services et recouvrements	1 137 713	1 268 376
Revenus de placement	26 744	23 756
Revenus de type commercial (annexe A)	200 434	204 559
Autres revenus (annexe B)	173 924	190 766
	32 855 058	32 033 703
Charges (annexe C)		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	27 289 607	26 279 494
Médicaments	516 315	549 190
Fournitures médicales et chirurgicales	286 096	310 718
Denrées alimentaires	913 672	882 225
Entretien et réparations	374 710	408 387
Créances douteuses	15 096	5 000
Autres charges	3 449 642	3 593 009
	32 845 138	32 028 023
Surplus de l'exercice	9 920	5 680

6.4 État des résultats - Fonds d'immobilisations

pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

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

	2013-2014 \$	2012-2013 \$
Revenus		
Subventions - Agence et MSSS	2 127 901	1 690 808
Amortissement des revenus reportés afférents aux donations	38 200	30 414
Revenus de placement	2 932	4 272
Autres revenus	22 319	-
	2 191 352	1 725 494
Charges		
Frais financiers	687 649	648 875
Dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	70 224	122 919
Amortissement des immobilisations	1 354 194	926 189
Perte sur disposition d'immobilisations	26 612	23 238
Autres charges	-	14 395
	2 138 679	1 735 616
Surplus (déficit) de l'exercice	52 673	(10 122)

6.5 État de la situation financière - Fonds d'exploitation

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

	2013-2014 \$	2012-2013 \$
Actifs financiers		
Encaisse	1 776 029	1 375 753
Débiteurs – Agence et MSSS	793 362	834 255
Autres débiteurs (note 6)	436 329	638 270
Subventions à recevoir – réforme comptable	3 274 209	3 117 023
Autres éléments	109 501	89 560
	6 389 430	6 054 861
Passifs		
Créditeurs et charges à payer (note 7)	6 012 972	5 689 899
Dettes interfonds	686 287	831 919
Revenus reportés	410 247	178 740
Autres éléments	21 665	83 267
	7 131 171	6 783 825
Dettes nettes	(741 741)	(728 964)
Actifs non financiers		
Stocks de fournitures (note 8)	266 913	240 949
Frais payés d'avance	99 896	103 163
	366 809	344 112
Déficits cumulés	(374 932)	(384 852)

6.6 État de la situation financière - Fonds d'immobilisations

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

	2013-2014 \$	2012-2013 \$
Actifs financiers		
Encaisse	144 422	409 900
Débiteurs – Agence et MSSS	215 986	274 690
Autres débiteurs	47 287	73 137
Créances interfonds	686 287	831 919
Frais reportés liés aux dettes	22 171	-
Autres éléments	70 358	53 952
	1 186 511	1 643 598
Passifs		
Emprunts temporaires	1 224 761	731 340
Créditeurs et charges à payer	424 821	273 513
Avances de fonds en provenance de l'Agence et MSSS – enveloppes décentralisées	2 257 889	430 685
Intérêts courus à payer	215 986	227 714
Revenus reportés	1 473 330	1 582 129
Perçu d'avance – réforme comptable	2 811 526	3 376 062
Dettes à long terme (note 10)	16 052 636	16 115 259
Autres éléments	-	2 427
	24 460 949	22 739 129
Dettes nettes	(23 274 438)	(21 095 531)
Actifs non financiers		
Immobilisations (note 9)	23 743 797	21 436 821
Surplus cumulés	469 359	341 290

6.7 État de la variation de la dette nette du fonds d'exploitation et du fonds d'immobilisation

Extrait du rapport annuel financier AS-471 pour l'exercice terminé au 31 mars 2014 – audité

	2013-2014 \$	2012-2013 \$
Fonds d'exploitation		
Dette nette Début de l'exercice	(728 964)	(742 292)
Surplus de l'exercice	9 920	5 680
Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance		
Stocks de fournitures	(25 964)	(310)
Frais payés d'avance	3 267	7 958
Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avances	(22 697)	7 648
Variation de l'exercice	(12 777)	13 328
Dette nette, fin de l'exercice	(741 741)	(728 964)
Fonds d'immobilisations		
Dette nette Début de l'exercice		
Déjà établie	(21 095 531)	(20 672 821)
Modification comptable sans retraitement des exercices antérieurs (note 3)	75 396	(3)
Redressée	(21 020 135)	(20 672 824)
Surplus (déficit) de l'exercice	52 673	(10 122)
Variations dues aux immobilisations		
Acquisitions	(3 687 782)	(1 362 012)
Amortissement de l'exercice	1 354 194	926 189
Perte sur dispositions	26 612	23 238
Total des variations dues aux immobilisations	(2 306 976)	(412 585)
Variation de l'exercice	(2 254 303)	(422 707)
Dette nette Fin de l'exercice	(23 274 438)	(21 095 531)

6.8 Notes afférentes aux états financiers - exercice terminé le 31 mars 2014

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

Note 1. Nature des activités

Guidée par les besoins de la clientèle et des communautés desservies, la mission globale de 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.

L'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. L'Établissement, désigné en vertu de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, a le mandat particulier de desservir la population anglophone de la région et, à ce titre, tous les services sont aussi disponibles en anglais. Il assume 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 les 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

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 - « Paiements de transfert », la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints.

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 de passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable et le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient 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.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

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 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 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 assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Établissement comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'Établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'Établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que l'Établissement bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

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.

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.

Salaires

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'Établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

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.

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.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

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 comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Établissement à son rapport financier annuel.

Avantages sociaux futurs

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance-salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre d'avantages sociaux futurs.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Établissement participent au « Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) », au « Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) » ou au « Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ». Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au 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 (maximum 10 ans)
Améliorations majeures aux bâtiments	25 à 40 ans
Mobilier et équipement	3 à 25 ans
Développement informatique	5 ans
Matériel roulant	5 ans

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.

Stocks

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

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, 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 imposées par la Loi en ce sens, et par le fait que les données financières de l'Établissement sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'applique pas la norme sur les instruments financiers.

L'Établissement ne détenait pas au 31 mars 2014 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.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire. Cependant, selon le chapitre SP 3450 Instruments financiers, la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

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 de l'Établissement 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 activités accessoires);
- le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Prêts interfonds

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.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir du solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

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 : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'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 de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS;
- activités accessoires : elles comprennent les services que l'Établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir et 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 reliées 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'organisme 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.

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 l'Établissement 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 d'activités.

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 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.

Avoir propre

L'avoir 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.

Note 3. Modifications comptables

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

Revenus reportés au 31 mars 2013	(75 396)	\$
Surplus cumulés au 31 mars 2013	75 396	\$
Subventions - Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS	(5 159)	\$
Subvention perçue d'avance - réforme comptable	5 159	\$
Surplus de l'exercice	(5 159)	\$

Note 4. Informations complémentaires aux risques financiers

L'Établissement est exposé à divers risques par le biais de ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

Risque de crédit

Le risque de crédit correspond au risque de perte financière pour l'Établissement si une contrepartie manque à ses obligations. Ce risque découle principalement des créances.

Le risque de non-recouvrement est atténué du fait que les soldes à recevoir proviennent principalement d'organismes et de sociétés gouvernementaux.

Risque de liquidité

L'Établissement est exposé au risque de liquidité principalement en ce qui a trait à ses dettes d'exploitation et sa dette à long terme.

En raison de la capacité de l'Établissement à générer des flux de trésorerie grâce à ses activités courantes, la direction estime que les flux de trésorerie sont suffisants pour couvrir ses obligations connues à l'égard de son fonctionnement et ses besoins en capital, ainsi que son service de la dette et ses engagements à court et à long terme.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt fait référence à l'incidence des fluctuations des taux d'intérêt sur la valeur de la dette à long terme.

L'Établissement assume des emprunts à long terme comportant des taux d'intérêt fixes. Conséquemment, il n'encourt aucun risque d'intérêts en fonction de la fluctuation du taux d'intérêt préférentiel.

Note 5. Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses dépenses en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, l'Établissement a respecté cette obligation légale.

Note 6. Autres débiteurs

	2014 \$	2013 \$
Contribution des usagers	79 087	109 467
Avances aux employés	43 165	27 987
Réclamations de taxes à la consommation	61 160	63 198
Autres	279 124	457 618
	462 536	658 270
Provision pour créances douteuses	(26 207)	(20 000)
	436 329	638 270

Note 7. Créiteurs et charges à payer

	2014 \$	2013 \$
Fournisseurs et frais courus	660 528	727 118
Salaires courus à payer	893 077	982 001
Retenues à la source et charges sociales à payer	755 199	483 188
Comité des usagers ou des résidants	3 341	5 802
Provision pour vacances, congés de maladie, assurance-salaire et droits parentaux	3 700 260	3 490 476
Autres	567	1 314
	6 012 972	5 689 899

Note 8. Stocks de fournitures

	2014 \$	2013 \$
Médicaments	98 058	108 988
Fournitures médicales et chirurgicales	67 058	40 999
Denrées alimentaires	19 231	11 196
Autres	82 566	79 766
	266 913	240 949

Note 9. Immobilisations

			2014	2013
	Coût	Amortissement cumulé	Montant net	Montant net
	\$	\$	\$	\$
Terrains	314 769	-	314 769	314 769
Aménagement des terrains	179 466	166 422	13 044	4 713
Bâtiments	27 056 186	12 231 316	14 824 870	15 534 474
Améliorations locatives et améliorations majeures aux bâtiments	5 814 858	2 997 633	2 817 225	1 579 454
Mobilier et équipement				
Administratif	704 678	558 395	146 283	2 226 972
Médical	6 265 071	4 064 110	2 200 961	95 016
Autres	2 070 537	1 523 377	547 160	409 935
Développement informatique	172 070	42 657	129 413	23 562
Matériel roulant	55 610	55 610	-	1 245 146
Constructions et développements en cours	2 750 072	-	2 750 072	2 780
	45 383 317	21 639 520	23 743 797	21 436 821

Note 10. Dettes à long terme

	2014	2013
	\$	\$
Financement-Québec		
Billets, échéant en 2028	14 823 627	14 806 080
Emprunts hypothécaires, échéant en 2024	1 229 009	1 309 179
	16 052 636	16 115 259

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 11. Analyses financières

Les analyses financières 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013 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;

Bilan des objectifs

Le comité dresse un bilan positif de l'état d'avancement de l'ensemble des objectifs qu'il a poursuivis durant l'année. Aucune situation potentielle de conflit d'intérêt n'a été portée à son attention au cours de l'exercice 2013-2014.

Objectifs 2013-2014	Bilan
Lancer l'ordre du jour standardisé du CA et réviser les modèles de rapport pour appuyer la décision.	Le nouvel ordre du jour standardisé est utilisé depuis le 24 septembre 2013. Il sera réévalué à l'automne 2014.
Proposer un cadre d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité.	Le cadre d'évaluation et les outils afférents sont préparés et soumis à la dernière consultation.
Actualiser le plan d'amélioration découlant de l'exercice d'autoévaluation sur le fonctionnement et la performance du CA.	Le plan est actualisé. Une des formations prévues n'a pas encore été réalisée.
Élaborer un projet de Code d'éthique du directeur général.	Il a été déterminé qu'un code particulier pour le DG n'est pas requis.
Planifier deux grandes formations sur des thèmes prioritaires.	Réalisé en partie. La deuxième formation (gestion de crise) sera réalisée en 2014.
Réviser le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs adapté d'un projet-type de l'AQESSS.	Le projet sera soumis à l'examen du comité de révision des règlements le 3 avril puis pour adoption au CA le 13 mai 2014.
Rédiger un projet de Politique sur les dons et commandites.	Un comité de travail conjoint avec les partenaires débutera ses travaux bientôt. L'échéance prévue est l'automne 2014.
Consulter les instances professionnelles sur le projet de Politique sur l'évaluation du fonctionnement et de la performance du CA, des	Cet objectif est reporté en 2014-2015.

Objectifs 2013-2014	Bilan
comités et des conseils professionnels.	
Politique sur l'évaluation du fonctionnement et de la performance du CA, des comités et des conseils professionnels.	La politique initiale a été préparée pour le CA, mais on doit l'adapter aux autres instances.
Élaboration d'un Plan de prévention contre la collusion, la corruption et les conflits d'intérêt qui portera également sur l'encadrement du rôle de gouvernance des administrateurs et sur l'évaluation des risques.	Les grands éléments du plan sont connus, mais n'ont pas été recueillis dans un plan intégré. Ce dernier sera déposé le 7 octobre 2014.

Des activités de formation sont offertes aux membres avant chaque séance régulière du conseil sur différents sujets d'intérêt. Voici les thèmes présentés cette année :

- 14 mai 2013 Éthique clinique « Roue de l'éthique »
- 18 juin 2013 Infections nosocomiales
- 24 septembre 2013 Étude de cas en gestion des risques et procédure sur le suivi des alertes des équipements médicaux
- 26 novembre 2013 Tableau de risques Santé et Sécurité au Travail (SST)
- 28 janvier 2014 Lutte contre la corruption, collusion et conflits d'intérêt
- 25 mars 2014 Gestion contractuelle

Le comité a également réalisé un sondage auprès des membres du conseil afin d'identifier leurs besoins en formation. Les membres constatent 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, pour assurer la révision régulière des règlements. Le rôle renouvelé du comité de révision des règlements est porteur à cet égard.

Recommandations

Éthique et la déontologie des administrateurs :

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

Règles de gouvernance :

- Révision, en continu selon le calendrier, des règlements et arrimage avec le Règlement sur la régie interne du conseil d'administration
- L'adoption de la Politique sur l'évaluation du commissaire aux plaintes et à la qualité est complétée y compris l'actualisation d'un comité mandaté pour ce faire.

Évaluation et autoévaluation du conseil d'administration et de ses comités :

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

Accueil et formation continue des membres du conseil d'administration

- Trois visites des installations ont été réalisées selon le plan d'amélioration.
 - o Le 18 juin 2013 : Hébergement Saint Brigid's;
 - o Le 24 septembre 2013 : Services généraux et communautaires;
 - o Le 28 janvier 2014 : Services de soutien à l'autonomie des personnes âgées.
- Un nouveau membre accueilli a reçu la documentation complète.

Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs

Le présent Code d'éthique est en vigueur depuis 2004. Une révision du Code a été adoptée au début de l'année 2014-2015.

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.

Discrétion

- 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

Des pages 200 à 208 et 358

État des résultats (activités principales, accessoires et immobilières)

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

1240-9991

200-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTATS DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	27 361 464	26 307 336	2 127 901	28 435 237
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2				
Contributions des usagers	3	5 096 565	5 008 907	XXXX	5 008 907
Ventes de services et recouvrements	4	799 141	1 137 713	XXXX	1 137 713
Donations (FI:P294)	5	199 922		38 200	38 200
Revenus de placement (FI:P302)	6	29 106	26 744	2 932	29 676
Revenus de type commercial	7	214 000	200 434	XXXX	200 434
Gain sur disposition (FI:P302)	8				
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	86 220	173 924	22 319	196 243
TOTAL (L.01 à L.11)	12	33 786 418	32 855 058	2 191 352	35 046 410
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	26 376 296	27 289 607	XXXX	27 289 607
Médicaments	14	567 700	516 315	XXXX	516 315
Produits sanguins	15			XXXX	
Fournitures médicales et chirurgicales	16	292 405	286 096	XXXX	286 096
Denrées alimentaires	17	916 875	913 672	XXXX	913 672
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18			XXXX	
Frais financiers (FI:P325)	19	661 778		687 649	687 649
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	561 117	374 710	70 224	444 934
Créances douteuses	21	20 000	15 096	XXXX	15 096
Loyer	22			XXXX	
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	1 300 588	XXXX	1 354 194	1 354 194
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	20 000	XXXX	26 612	26 612
...	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	3 260 783	3 449 642		3 449 642
TOTAL (L.13 à L.27)	28	33 977 542	32 845 138	2 138 679	34 983 817
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(191 124)	9 920	52 673	62 593
					(4 442)

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

État des surplus (déficits) cumulés

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

1240-9991

202-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(384 852)	341 290	(43 562)	(39 120)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3		75 396	75 396	XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(384 852)	416 686	31 834	(39 120)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	9 920	52 673	62 593	(4 442)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(374 932)	469 359	94 427	(43 562)	
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	78 682	(59 307)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	94 427	(43 562)	

État de la situation financière

Nom de l'établissement : Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Code : 1240-9991 Page / Idn. : 204-00 /

Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	1 776 029	144 422	1 920 451	1 785 653
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362, FI: p408)	3	793 362	215 986	1 009 348	1 108 945
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400)	4	436 329	47 287	483 616	711 407
...	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(686 287)	686 287	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408)	7	3 274 209	(2 811 526)	462 683	(259 039)
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9		22 171	22 171	
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p360, FI: p400)	12	109 501	70 358	179 859	143 512
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	5 703 143	(1 625 015)	4 078 128	3 490 478
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FI: p403)	14		1 224 761	1 224 761	731 340
Crediteurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401)	16	2 312 712	424 821	2 737 533	2 472 936
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	2 257 889	2 257 889	430 685
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401)	18		215 986	215 986	227 714
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294)	19	410 247	1 473 330	1 883 577	1 760 869
...	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403)	21	XXXX	16 052 636	16 052 636	16 115 259
Passifs environnementaux (FI: p401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	3 700 260		3 700 260	3 490 476
...	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p361, FI: p401)	25	21 665		21 665	85 694
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	6 444 884	21 649 423	28 094 307	25 314 973
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(741 741)	(23 274 438)	(24 016 179)	(21 824 495)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: p420, 421, 422)	28	XXXX	23 743 797	23 743 797	21 436 821
Stocks de fournitures (FE: p360)	29	266 913	XXXX	266 913	240 949
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400)	30	99 896		99 896	103 163
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	366 809	23 743 797	24 110 606	21 780 933
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DEFICITS) CUMULES (L.27 + L.31 - L.32)	33	(374 932)	469 359	94 427	(43 562)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638.01 et 638.02)

Eventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

1240-9991

206-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉE

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLI	1	(21 824 495)	(728 964)	(21 095 531)	(21 824 495)	(21 415 116)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3			75 396	75 396	XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(21 824 495)	(728 964)	(21 020 135)	(21 749 099)	(21 415 116)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29)	5	(191 124)	9 920	52 673	62 593	(4 442)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	2 156 426	XXXX	(3 687 782)	(3 687 782)	(1 362 012)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	(1 300 588)	XXXX	1 354 194	1 354 194	926 189
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8	(20 000)	XXXX	26 612	26 612	23 238
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	835 838	XXXX	(2 306 976)	(2 306 976)	(412 585)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(1 015 080)	(1 151 223)	XXXX	(1 151 223)	(993 206)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(431 630)	(410 787)		(410 787)	(395 054)
Utilisation de stocks de fournitures	17	1 010 760	1 125 259	XXXX	1 125 259	992 896
Utilisation de frais payés d'avance	18	439 730	414 054		414 054	403 012
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	3 780	(22 697)		(22 697)	7 648
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	648 494	(12 777)	(2 254 303)	(2 267 080)	(409 379)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(21 176 001)	(741 741)	(23 274 438)	(24 016 179)	(21 824 495)

État des flux de trésorerie

Nom de l'établissement : Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Code : 1240-9991 Page / Idn. : 208-00 /

Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	1	62 593	(4 442)

ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:

Créances douteuses	2	15 096	5 000
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	3		
Stocks et frais payés d'avance	4	(22 697)	7 648
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	5	26 612	23 238
Perte (Gain) sur disposition de placement	6		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	7		
- Autres	8	(38 200)	
Amortissement des immobilisations	9	1 354 194	926 189
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11	8 774	
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		
Autres	14	75 395	(4)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.14)	15	1 419 174	962 071
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	2 206 913	(1 637 941)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	3 688 680	(680 312)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Immobilisations:			
Acquisitions	18	(3 262 960)	(1 093 479)
Produits de disposition	19		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(3 262 960)	(1 093 479)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements de portefeuille:			
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	(721 719)	(54 692)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(721 719)	(54 692)

Fonds d'exploitation - États des résultats

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

1240-9991

358-00 /

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	25 335 489	26 307 336	26 307 336	25 413 115
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2				
Contributions des usagers (P301)	3	5 096 565	5 008 907	5 008 907	4 933 131
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	799 141	1 137 713	1 137 713	1 268 376
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	169 890			
Revenus de placement (P302)	6	24 230	26 744	26 744	23 756
Revenus de type commercial (P351)	7	214 000	XXXX	200 434	204 559
Gain sur disposition (P302)	8				
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	81 220	109 838	173 924	190 766
TOTAL (L.01 à L.11)	12	31 720 535	32 590 538	32 855 058	32 033 703
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	26 376 296	27 225 646	27 289 607	26 279 494
Médicaments (P750)	14	567 700	516 315	516 315	549 190
Produits sanguins	15		XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	292 405	286 096	286 096	310 718
Denrées alimentaires	17	916 875	913 672	913 672	882 225
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18		XXXX		
Frais financiers (P325)	19		XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	487 476	374 710	374 710	408 387
Créances douteuses (C2:P301)	21	20 000	15 096	15 096	5 000
Loyers	22				
...	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	3 260 783	3 249 083	3 449 642	3 593 009
TOTAL (L.13 à L.24)	25	31 921 535	32 580 618	32 845 138	32 028 023
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(201 000)	9 920	9 920	5 680

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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

1240-9991

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410 - Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs.	2013-2014	R	Aucune car directive du MSSS			X
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 conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
S/O						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
S/O						
Rapport à la gouvernance						
Certaines factures concernant principalement le fonds d'immobilisations auraient dues être comptabilisées à la période 13 et non à la période 1.	2012-2013	C	Les processus ont été revus au niveau de la démarcation en fin d'année	X		
Certaines immobilisations acquises avant 2008 complètement amorties et dont le degré d'utilisations est incertain.	2012-2013	C	La direction a fait les suivis pour identifier les immobilisations qui ne sont plus utilisées, notamment au niveau de l'équipement informatique.	X		

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2014.1.0

Émise: 2012-2013

Timbre valideur: 2014-06-17 16:46:30

Rapport V 1.0