

Rapport annuel de gestion

HÔPITAL

Jeffery Hale-Saint Brigid's

Attentionné, novateur, au service de la collectivité



2011 – 2012

Adopté par le conseil d'administration
Le 25 septembre 2012

Déposé aux assemblées publiques annuelles de l'établissement
Les 7 et 13 novembre 2012

Note au lecteur :

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

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

Production :

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

Message des autorités

Notre établissement de relativement petite taille a une force particulière : la qualité de l'engagement de son personnel et de ses dirigeants. Cette force lui permet des réussites surprenantes tout en composant avec de sérieuses limites de ressources. Le lecteur constatera à la section des faits saillants les remarquables réussites de cette dernière année, laquelle fut un exemple éloquent de cet engagement partagé senti pour la qualité, la sécurité et la compassion.

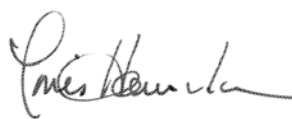
En tant que dirigeants de l'établissement, nous croyons important de souligner les clés de ces succès : le solide engagement de tous – du Conseil d'administration au personnel en passant par l'équipe de gestion, les usagers et les bénévoles – dans un projet commun fondé sur le souci réel des meilleurs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

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

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



Didier Culat
Président du conseil d'administration



Louis Hanrahan
Directeur général

Table des matières

Message des autorités	3
Déclaration de fiabilité des données de la direction.....	7
Rapport de la direction (AS-471)	8
Partie 1 - Présentation de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's	9
1.1 Notre histoire, garante de notre avenir.....	9
1.2 Notre mission, ancrée dans les services de première ligne bilingue.....	9
1.3 Notre engagement et nos valeurs	12
1.4 Caractéristiques des populations desservies.....	13
1.5 Le plan d'organisation.....	15
Partie 2 - Faits saillants et bilan de l'année	19
2.1 Faits saillants de l'année.....	19
2.2 Orientations stratégiques.....	19
2.3 Actions prioritaires	20
2.4 Bilan des objectifs et perspectives au 31 mars 2012.....	20
2.5 Bilan annuel des indicateurs de l'entente de gestion 2011-12	34
2.6 Amélioration continue de la qualité (agrément).....	38
2.7 Qualité et sécurité des soins et services.....	38
2.8 Rapport du commissaire aux plaintes et du médecin examinateur.....	43
2.9 Promotion des droits des usagers.....	46
Partie 3 - Activités de l'établissement	47
3.1 Direction des services aux personnes âgées PALV.....	47
3.2 Direction des services généraux et communautaires.....	51
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.....	66
Partie 4 - Conseils et comités de l'établissement.....	67
4.1 Membres du Conseil d'administration, de ses comités et autres instances.....	67
4.2 Conseils et comités institués en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux et les faits saillants..	68
4.2.1 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	68
4.2.1.1 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique	70
4.2.1.2 Comité de pharmacologie	70
4.2.2 Conseil des infirmières et infirmiers et infirmières et infirmiers auxiliaires (CII-CIHA).....	72

4.2.4 Conseil multidisciplinaire.....	73
4.2.5 Comité des usagers.....	75
4.2.6 Comité de vigilance et de la qualité.....	77
4.2.6 Comité de gestion des risques et de la qualité.....	79
4.2.7 Comité de révision.....	81
4.2.8 Comité d'éthique clinique.....	81
Partie 5 - L'Établissement en lien avec la communauté	83
5.1 La contribution des bénévoles : le généreux don de soi.....	83
5.2 La contribution des fondations.....	83
5.3 La contribution de Saint Brigid's Guild.....	84
5.4 Les Partenaires communautaires Jeffery Hale.....	84
Partie 6 - États financiers	85
6.1 Rapport de l'auditeur indépendant.....	85
6.2 État des résultats – Fonds d'exploitation.....	87
6.3 État des résultats – Fonds d'immobilisations.....	87
6.4 État de la situation financière – Fonds d'exploitation (Bilan).....	88
6.5 État de la situation financière – Fonds d'immobilisations (Bilan).....	88
6.6 État de la variation des actifs financiers nets (Dette nette).....	89
6.7 Notes afférentes aux états financiers.....	90
Partie 7 - Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs	93

HÔPITAL
Jeffery Hale-Saint Brigid's



Jeffery Hale

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

www.jefferyhale.org



SAINT BRIGID'S

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

saintbrigidshome.org



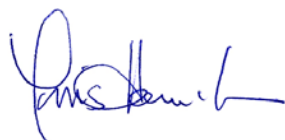
Déclaration de fiabilité des données de la direction de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

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 2012.

Les membres du Comité de direction,



Louis Hanrahan
Directeur général



Mario Soucy
Directeur général adjoint



John Haberin
Directeur des ressources financières et immobilières



Ann Martell
Directrice des ressources humaines



Dr Benoit Dumais
Directeur des services professionnels



Jennifer Hobbs Robert
Directrice des soins infirmiers et de la qualité

Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's
Québec, juin 2012.

Rapport de la direction

Extrait du rapport AS-471

Québec, le 12 juin 2012

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

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

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-471 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2012 transmis au Ministère possèdent le même sceau(1). De plus, elle s'est assurée du respect des concordances (2) applicables à l'établissement.

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

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

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

2012-06-12	Louis Hanrahan
Date	Directeur général



Signature du directeur général

2012-06-12	Fred Cribb
Date	Président du comité de vérification



Signature de la personne désignée

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

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

Partie 1

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

1.1 Notre histoire, garante de notre avenir

L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's est né de l'intégration, le 1^{er} avril 2007, de deux institutions qui, ensemble, comptent à leur actif 300 ans de services à la communauté d'expression anglaise de la grande région de Québec. Il a été créé pour renforcer l'offre de service en anglais destinée à cette communauté.

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 pour enrichir la mission du Jeffery Hale – Saint Brigid's.

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.

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.

Afin de bâtir sur leurs réputations d'excellence respectives, les deux institutions ont préservé leur identité distincte. L'objectif de départ était d'assurer la continuité en maintenant un sentiment d'appartenance chez la clientèle et le personnel tout en s'inspirant des meilleures pratiques de part et d'autre pour susciter l'émergence d'un nouvel établissement uni et gagnant.

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

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. Il offre des services communautaires et généraux de première ligne à tous les groupes d'âges de même que des services variés destinés aux personnes en perte d'autonomie.

L'Hôpital 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.

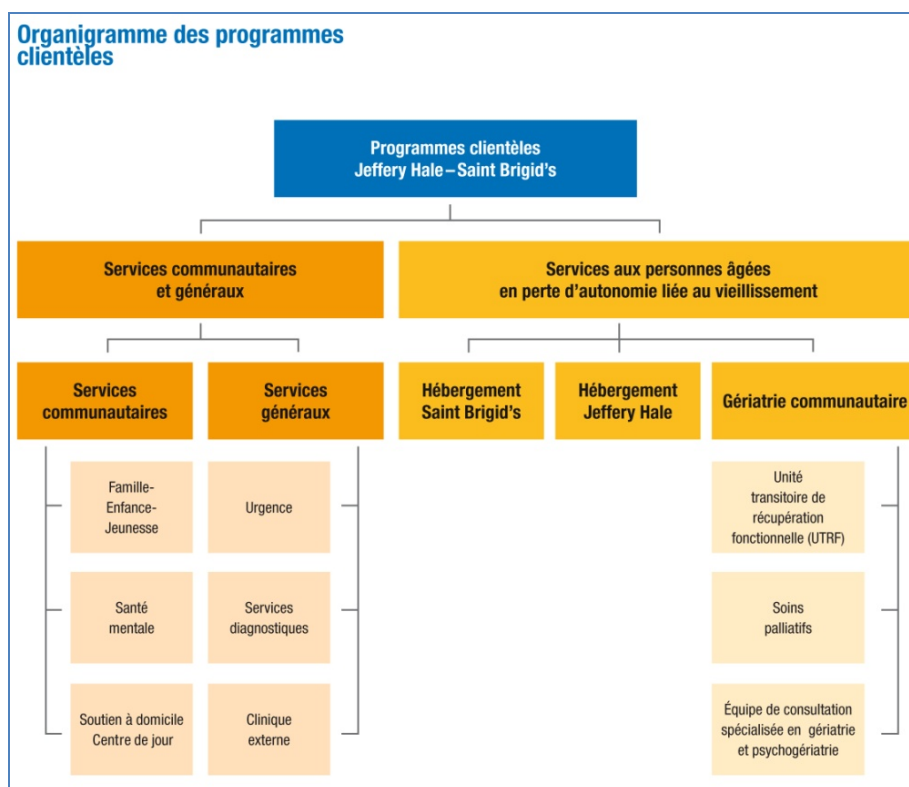
Offre de service actuelle

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

durée (CHSLD) avec, en complément, la mission de centre hospitalier (CH) et des services communautaires 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 Home 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 gériopsychiatrie.
- ➔ 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 en langue anglaise**) :
 - services communautaires de langue anglaise destinés à la population anglophone comprenant les services aux jeunes et aux familles, de santé mentale et de soutien aux personnes âgées à domicile ainsi qu'un centre de jour ;
 - 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 aussi disponibles en anglais. Nous assumons un rôle de premier plan d'initiatives visant à assurer l'accessibilité et l'adéquation des soins et services offerts à la clientèle anglophone dans sa langue.



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.

Depuis qu'un changement législatif en 2004 a introduit les notions de territoire géographique et de responsabilité populationnelle, il existe quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS) dans notre région, auxquels a été confiée une responsabilité exclusive de gérer et de coordonner l'ensemble des services offerts sur leur territoire. Malgré la création des CSSS et leur juridiction exclusive sur des territoires donnés, l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's a été créé pour consolider une masse critique de ressources et d'expertises, et l'accès aux services de santé primaires à la population de langue anglaise de la région. Au même moment, il a été convenu que l'ensemble de l'offre de service de ce nouvel établissement serait intégré à la programmation des CSSS des quatre territoires de la région. Par ailleurs, les CSSS demeurent actifs dans la provision de services à la clientèle anglophone lorsque celle-ci s'y présente ou lorsque l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's ne peut pas répondre à ses besoins compte tenu des limites de son offre de service.

Nous nous retrouvons, découlant de ces orientations régionales, à assumer une dualité de rôles.

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.

Notons que notre établissement se situe dans un quartier où le taux de vieillissement est comparativement très important. Notre offre de service répond bien aux besoins de cette population vieillissante, mais pourrait être enrichie.

Quant au profil de la population générale desservie, 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.

Notre rôle en regard de la population anglophone

L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's est issu de la communauté d'expression anglaise de la grande région de Québec. Il demeure activement soutenu par cette dernière et a toujours comme priorité de répondre aux besoins de ses membres.

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.

Le rôle distinctif de notre établissement au regard de la population d'expression anglaise a émergé notamment :

- de constats liés à la clientèle même (par exemple, le lien entre la langue et l'accessibilité aux soins et services) ;
- du développement progressif, au fil des ans, d'un cadre légal et réglementaire au niveau du Québec et au niveau régional ;
- et enfin des liens historiques qui unissent notre établissement et la communauté anglophone.

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 comme (Bowen, 2001; Flores, 2005; Bowen et al., 2010) :

- la difficulté d'accès aux services et soins de santé préventifs ;
- la détérioration de l'état de santé en raison des délais d'accès aux soins appropriés ;
- la diminution de la collaboration du patient pour adhérer au traitement prescrit ;
- l'augmentation du risque d'erreur de diagnostic et d'incidents critiques en raison de l'incompréhension, de part et d'autre, du patient et du personnel soignant ;
- la duplication des examens et des visites médicales ;
- la baisse du taux de satisfaction du patient et du personnel soignant ;
- l'augmentation des coûts du système de santé en raison des multiples visites résultant de la non-accessibilité au soin approprié au bon moment.

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 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.

La qualité de ses ressources humaines, la qualité des installations et des équipements, de même que la qualité dans les processus de préparation et d'offre des services seront garantes de notre succès. 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 soient au cœur de nos préoccupations.

Nos valeurs

Respect, discrétion, professionnalisme, empathie, courtoisie, équité

Notre établissement et son personnel endosse 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.

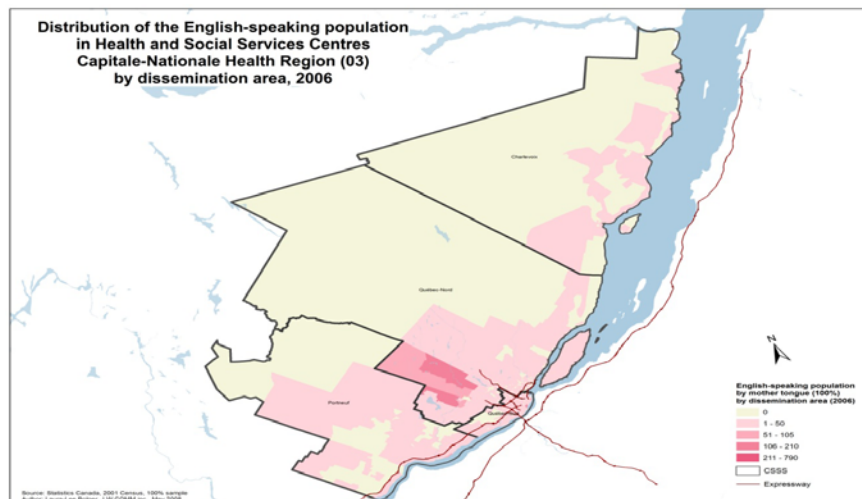
1.4 Caractéristiques des populations desservies

Profil de la population anglophone desservie

La population anglophone de la région de Québec constitue environ 2 % de la population totale de la région. Il s'agit d'une population vieillissante beaucoup moins homogène et à l'aise qu'autrefois.

Certains facteurs de risque pour la santé et le bien-être de cette population sont maintenant documentés. Soulignons toutefois les limites en ce qui a trait à la connaissance de la population anglophone de la région et de ses besoins de santé. Peu d'études portent précisément sur cette population, ce qui empêche de brosser un portrait actuel de la communauté. Par exemple, nous ne disposons pas d'information sur certains groupes cibles (jeunes en difficulté, DI-DP-TED). Nous éprouvons aussi des difficultés de comparaison avec la population francophone et des problèmes de concordance en raison de l'usage des données concernant la langue maternelle (LM) ou la première langue officielle parlée (PLOP). Finalement, une limite importante est liée au fait que les systèmes d'information sur les usagers du réseau de la santé ne permettent que rarement d'identifier les anglophones qui reçoivent des services (Lachance, 2005).

Carte 1 : Distribution de la population d'expression anglaise dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de la Capitale-Nationale (03), 2006 (tiré du document Warnke, 2009)



Démographie

- Dans la région de la Capitale-Nationale, un peu moins de 12 000 personnes d'expression anglaise sont recensées. Elles représentent environ 2 % de la population de la région 03, soit 1,8 % selon le recensement de Statistique Canada, 2006 (Warnke, 2009).
- La population d'expression anglaise de la région se répartit selon un indice de densité peu élevé et 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. Leur présence dans les territoires de Portneuf (4,8 %) et de Charlevoix (1,6 %) est marginale (Warnke, 2009).
- En 2001, environ 28 % des personnes d'expression anglaise vivant dans la région de la Capitale-Nationale étaient des migrants, c'est-à-dire qu'elles avaient vécu dans une autre municipalité 5 ans plus tôt, comparativement à 17 % de migrants francophones (Warnke, 2006 ; Magnan, 2005).
- La population anglophone est relativement stable depuis 2001, même si elle a connu des périodes de diminution quelques années avant.
- La population anglophone est actuellement plus vieille que celle de l'ensemble de la région (CIM, 2011).

Caractéristiques démographiques

- On trouve une proportion élevée d'ainés anglophones dans la région de la Capitale-Nationale. Au total, 20,5 % de la population anglophone est âgée de 65 ans et plus, ce qui est plus élevé que la moyenne francophone (Warnke, 2009). La majorité de ces personnes habite sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale.
- On trouve également une génération moins présente des gens âgés de 40-65 ans que l'on associe à l'exode des années 1976-1986 (CHSSN, 2007 ; 2009 ; Pocock, 2006). La perte créée par ce groupe d'âge affecte les taux de soignants, d'aidants naturels et de bénévoles (CHSSN, 2007).
- D'ici 2016, la population anglophone âgée de 65 ans et plus augmentera de 11 %, mais cette hausse est concentrée chez les 65-74 ans (CIM, 2011).
- Après 2016, on prévoit une hausse importante du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (CIM, 2011).

Tableau 1 : Distribution (2001, 2006) et projection (2011 à 2026) de la population anglophone selon la langue maternelle ajustée de la région 03 (Eckler Associés ltée, 2006 et CIM, 2011)

Groupe d'âge	2001	*2006	**2011	**2016	***2021	***2026
00-04 ans	415	360	445	432	419	406
05-24 ans	2 345	2 330	1 889	1 673	1 558	1 574
25-44 ans	3 565	3 185	2 599	2 379	2 168	1 854
45-64 ans	3 395	3 565	4 025	3 733	3 326	2 826
65-74 ans	1 175	1 175	1 338	1 646	1 798	1 856
75-84 ans	885	880	824	809	920	1 133
85 ans +	265	375	378	373	344	342
Total	12 045	11 870	11 498	11 045	10 534	9 991

* Statistique Canada, 2006 ; Projections basées sur les données de Statistique Canada, ** 2001 ; *** 2006

Conditions socioéconomiques

- Comparativement à la majorité francophone, la population anglophone se distingue par un écart de plus en plus grand entre les ménages à revenus élevés et le nombre croissant de ménages sous le seuil de faible revenu (Pocock, 2006).
- La population anglophone de la Capitale-Nationale est 17 % plus susceptible de vivre sous le seuil de faible revenu que les francophones de la région (Warnke, 2009).

Scolarité

- Au total, 33 % de la population anglophone détient un certificat ou un diplôme d'étude universitaire, ce qui est supérieur au pourcentage régional. La Capitale-Nationale est l'une des régions du Québec où l'on trouve un niveau d'instruction sensiblement plus élevé.
- Toutefois, environ 18 % des personnes anglophones de 25 ans et plus ont moins d'un certificat d'études secondaires, ce qui est plus élevé que la population francophone de Québec (Warnke, 2006).

Habitudes de vie et comportements

- Au total, 25,32 % des anglophones du Centre du Québec (regroupement de régions comprenant la région de la Capitale-Nationale) ont un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m², en comparaison à 13,43 % des francophones pour cette région. Il faut rappeler qu'un IMC qui se situe entre 30 et 35 représente un taux d'obésité modéré et donc un risque pour la santé (RISF, 2009).
- On trouve un pourcentage plus élevé de fumeurs réguliers chez la population anglophone du Québec. Pour la région du Centre du Québec, 20,99 % des anglophones en comparaison à 19,80 % des francophones ont mentionné être fumeurs réguliers. Par contre, la région représente le plus petit pourcentage d'anglophones fumeurs réguliers au Québec.
- Au total, 69,25 % des anglophones ont déclaré être des buveurs réguliers contre 63,76 % pour les francophones de cette région. Ce taux place la région au second rang provincial.

Quelques particularités

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.
- Génération de soutien, les 45-65 ans, moins présente.

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, les deux directions de programmes clientèles, soit la Direction des services généraux et communautaires et la Direction des services aux personnes âgées PALV, sont assumées directement par le directeur général pour la première, et par le directeur général adjoint pour la deuxième.

Directions des programmes clientèles

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

Directions de soutien clinique

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

Directions de soutien administratif et technique

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

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Directions des programmes-clientèles

Direction des services généraux et communautaires

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

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

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

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

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

Directions de soutien clinique

Direction des services professionnels (DSP)

Sous la direction du directeur des services professionnels, Dr Benoît 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 clinicienne, madame Harriet Lépine, la Direction des soins infirmiers et de la qualité apporte un soutien clinique aux programmes-clientèles de l'établissement, notamment en regard du rehaussement de la pratique infirmière. Cette direction assure également la responsabilité des dossiers relatifs à la gestion des risques et de la qualité, de l'agrément et de l'éthique clinique.

Directions de soutien administratif et technique

Direction des ressources humaines (DRH)

La DRH est sous la responsabilité de la directrice, madame Ann Martell, secondée par la chef de service, madame Marie-Christine Collet. Les deux gestionnaires du programme apportent 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, matérielles et informationnelles (DRFMI)

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

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

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

À cette fin, il exerce les fonctions prévues par la Loi et par le Règlement de l'établissement portant sur la procédure d'examen des plaintes, dont notamment celle de promouvoir le régime d'examen des plaintes. Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire local doit également intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

Notre équipe de gestion dynamique

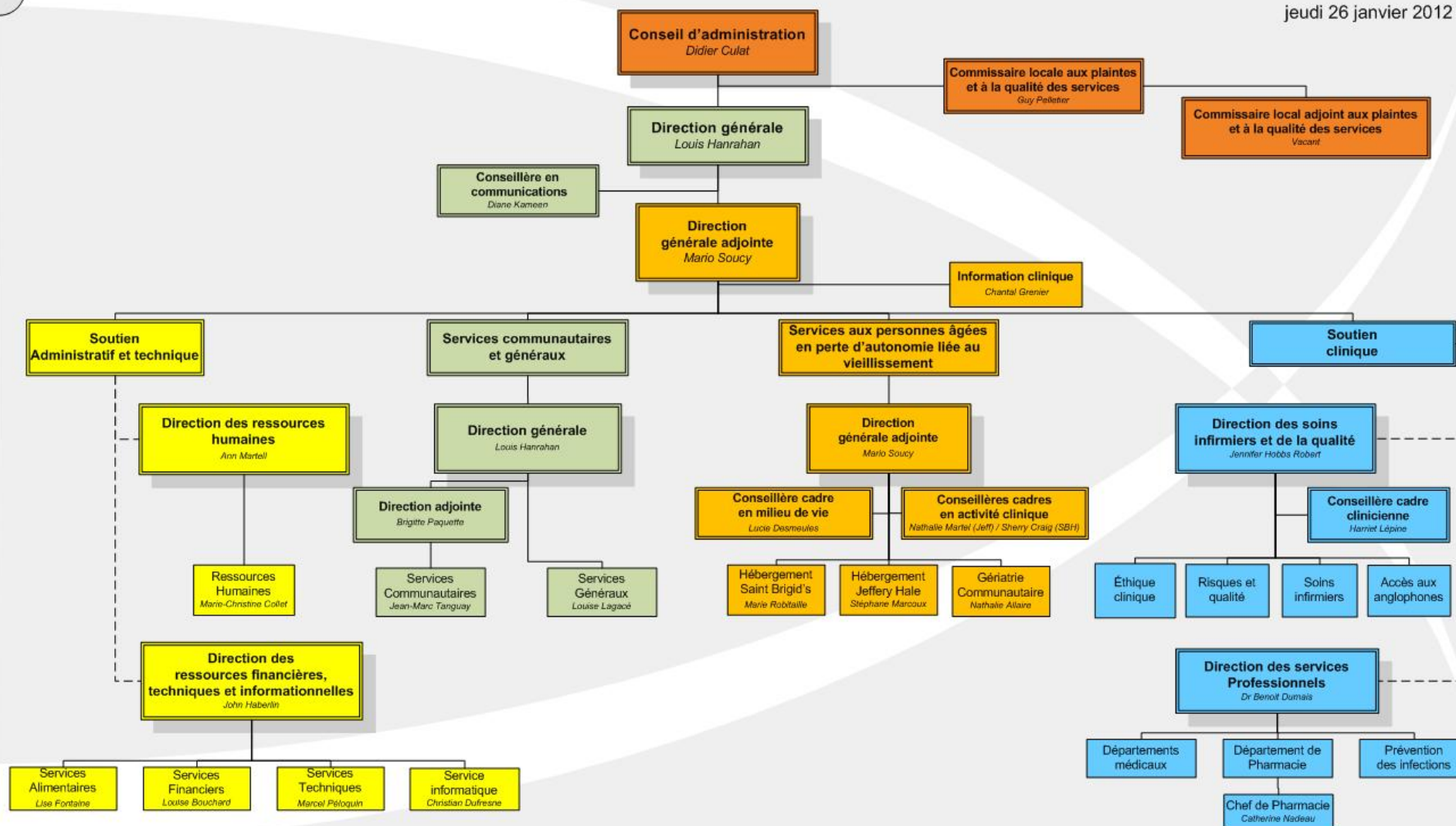


Notre équipe de gestionnaires, comme l'ensemble de notre personnel, est dédiée à la qualité, à la sécurité et à la compassion dans les soins et services à la clientèle, et dans la vie au travail.

Organigramme au 31 mars 2012

Jeffery Hale – Saint Brigid's

jeudi 26 janvier 2012



Partie 2

Faits saillants et bilan de l'année

2.1 Faits saillants de l'année

L'année 2011-2012 a donné lieu à des progrès très significatifs au Jeffery Hale – Saint Brigid's dans plusieurs secteurs. Nous pouvons être fiers de ces succès.

Le secteur de la gériatrie communautaire a probablement connu les plus grands changements avec la consolidation de son offre de service, soit maintenant vingt-six lits, dont seize à l'Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) et dix en soins palliatifs, sans compter un déménagement d'étage pour faciliter un éventuel projet de réaménagement important. Nos équipes ont été impressionnantes par l'effort et l'engagement qu'elles ont investis dans ce projet et expliquent le succès de ces réorganisations importantes.

À Saint Brigid's, la réduction de vingt lits en 2011 a mené à une réorganisation importante des activités cliniques misant notamment sur le rehaussement de la pratique des infirmières et infirmières auxiliaires et l'introduction de la distribution automatisée de la médication. Cette réorganisation a également permis de rehausser le rôle et quelque peu le ratio de préposés aux bénéficiaires.

Dans le secteur des services généraux, une nouvelle clinique de suivi permet de réduire l'achalandage à l'urgence comme tel en offrant une alternative aux clientèles ne pouvant pas obtenir un rendez-vous de suivi ailleurs dans un délai raisonnable.

Aux services communautaires, le guichet d'accès intégré qui fait l'objet d'une évaluation systématique, démontre clairement sa pertinence en facilitant pour nos clientèles l'accès à nos services ou, lorsque nécessaire, la référence vers les suivis appropriés ailleurs.

La réorganisation de la distribution des repas au Jeffery Hale, instituée au tournant de l'année, a nécessité une réorganisation du travail importante dans le secteur de l'alimentation comme à l'hébergement. Les indications sont que la clientèle en ressort gagnante.

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 y sont certes pour beaucoup. Toutefois, des efforts importants pour réduire les dépenses notamment au chapitre de la consommation énergétique, de la gestion des absences et de l'efficacité des processus sont à l'honneur de tous !

2.2 Orientations stratégiques

Guidé par les besoins des clientèles et des deux communautés qu'il dessert, et conscient des priorités régionales, l'établissement poursuit ses objectifs stratégiques en agissant sur trois grands axes. Ces derniers, tout en étant très liés, permettent de structurer les efforts afin que ceux-ci convergent tous vers les priorités stratégiques.

Demeurer un établissement autonome lié à la communauté anglophone

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

Assurer le développement continu de l'établissement

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

pouvoir compter sur un niveau de ressources adéquat que ce soit en regard du financement, du personnel compétent, de l'environnement physique ou de l'équipement.

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

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

2.3 Actions prioritaires

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

1. Consolider ses rôles de leader et de partenaire dans le développement et la prestation des services de santé et des services sociaux pour la population anglophone de la région.
2. Amorcer une stratégie de rapprochement avec la population en général et plus particulièrement d'ouverture sur la communauté avoisinante de l'établissement.
3. Soutenir l'amélioration continue des services notamment en misant sur la qualité et la sécurité des soins et services et la compassion avec lesquelles ils doivent être livrés.
4. Assurer l'engagement des équipes de travail en favorisant la reconnaissance et les initiatives visant l'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement continu des compétences.
5. Concrétiser le développement des services actifs destinés à la clientèle gériatrique et en fin de vie.
6. Assurer la consolidation intégrée de la mission des services généraux et communautaires.
7. Assurer des ressources à la mesure des missions, des mandats et des responsabilités de l'établissement et que celles-ci soient gérées de façon optimale.

2.4 Bilan des objectifs et perspectives par direction au 31 mars 2012

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

Action 1. Consolider ses rôles de leader dans le développement et la prestation des services de santé et des services sociaux pour la population anglophone de la région.

Responsabilités de la Direction générale

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Communauté de soins Jeffery Hale	Participer à l'élaboration de la Communauté de soins Jeffery Hale.	▪ Les assises du projet commun ont été clarifiées et l'engagement des membres principaux est acquis. ▪ La prochaine étape est de solliciter l'appui des membres externes.
Comité sur l'accessibilité	Assumer un rôle de leadership dans le développement d'un réseau formel d'institutions de la communauté anglophone intéressées par la santé de la population anglophone.	▪ A clarifier avec le nouveau conseil d'administration entré en fonction le 1^{er} février 2012.

Action 1. Consolider ses rôles de leader dans le développement et la prestation des services de santé et des services sociaux pour la population anglophone de la région.

Responsabilités de la Direction générale

Accessibilité linguistique	Nous assurons une réponse appropriée aux demandes de services en langue anglaise dans tous les secteurs visés.	▪ Ce dossier important requiert de dégager des ressources, ce qui demeure difficile à faire faute de financement. À réaliser selon nos moyens. ▪ Le projet est en cours pour préparer le processus.
Promotion des services de langue anglaise	Une campagne de promotion visant à augmenter la demande de services en langue anglaise est déployée.	▪ Un projet commun avec les Partenaires communautaires Jeffery Hale avance bien. ▪ Des présentations initiales ont eu lieu au Collège St. Lawrence.
Plan de communication	Un plan permettant la communication efficace avec la population anglophone de la région est implanté.	▪ Le plan de communication externe a été adopté le 24 mai 2011. ▪ Il sera nécessaire de revoir le plan de communication stratégique en lien avec l'initiative « Communauté de soins ».
Programme d'accès en langue anglaise	Mise en œuvre du Programme d'accès régional aux services de santé et services sociaux en langue anglaise.	▪ Nous participons aux démarches régionales pour s'ajuster aux exigences du MSSS.

Action 1. Consolider ses rôles de leader dans le développement et la prestation des services de santé et des services sociaux pour la population anglophone de la région.

Responsabilités de la Direction des services généraux et communautaires

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Forum des partenaires	Consolider le rôle du Forum des partenaires.	▪ Le membership est élargi. ▪ Le rôle du forum est à préciser davantage.
Services d'aide à domicile	Développer des services d'aide à domicile pour la clientèle anglophone.	▪ L'évaluation des besoins est assez complète. ▪ Les discussions ont commencé avec les partenaires suite à une présentation de l'étude des besoins en janvier.
Ressources intermédiaires	Voir au développement d'un nombre adéquat de lits RI pour la population anglophone.	▪ Nous avons présenté un projet de type novateur à l'Agence régionale. ▪ Des discussions ont eu lieu pour préciser les assises du projet. Une réponse est attendue.
Services Di-DP-TED	Procéder à l'évaluation des ententes de service DI-DP-TED.	▪ Il est proposé de maintenir les modalités actuelles des ententes. ▪ Une entente avec le CSSS de Portneuf est en réalisation.

Action 2. Amorcer une stratégie de rapprochement avec la population en général et plus particulièrement d'ouverture sur la communauté avoisinante de l'établissement

Responsabilités partagées des directions (pilotées par la Direction générale)

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Promotion des services offerts	La population avoisinante est informée des services offerts au Jeffery Hale.	▪ Des matériaux promotionnels sont disponibles, mais le développement d'un plan plus global demeure en gestation et sera reporté en 2012-2013.
Réseautage avec les organisations du quartier	Les commerces du quartier sont au courant des opportunités de partenariat et de parrainage que nous représentons.	▪ Le développement d'un plan plus global demeure en gestation. Les activités de rapprochement sont en attente. Un lien sera établi avec la Fondation des Amis du Jeffery Hale pour un projet commun.

Action 2. Amorcer une stratégie de rapprochement avec la population en général et plus particulièrement d'ouverture sur la communauté avoisinante de l'établissement

Responsabilités partagées des directions (pilotées par la Direction générale)

Entente de collaboration avec le CSSS de la Vieille-Capitale	Développement d'une entente de collaboration avec le CSSS de la Vieille-Capitale pour les services à la population générale et gériatrique.	Des discussions préliminaires ont eu lieu, mais le changement de porteurs de dossier a retardé le processus côté CSSS.
--	---	--

Responsabilité de la Direction générale adjointe

Bénévolat	La population avoisinante est informée des opportunités de bénévolat offertes au Jeffery Hale et à Saint Brigid's.	- Un chargé de projet est nommé. - La mise en place d'un comité de pilotage et des sous-comités nécessaires à l'élaboration du programme est prévue pour juin 2012. - Elaboration du programme à partir des données probantes, des meilleures pratiques et des normes d'Agrément Canada. - Le déploiement du programme est prévu pour janvier 2013. - Lancement d'une campagne de recrutement en février 2013.
-----------	--	--

Action 3. Soutenir l'amélioration continue des services notamment en misant sur la qualité et la sécurité des soins et services et la compassion avec lesquelles ils doivent être livrés

Responsabilités partagées des directions

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Interdisciplinarité	Avoir instauré l'approche interdisciplinaire dans les programmes clientèles de l'établissement.	- Compte tenu des autres priorités, il y a eu peu de progrès dans ce dossier. La phase 1 du processus visant à établir les fondements de l'interdisciplinarité dans notre établissement débutera en mai 2012. - La phase 2 suivra avec l'élaboration des outils et un déploiement pour le secteur hébergement en janvier 2013.

Pilotées par la Direction des soins infirmiers et de la qualité

Adaptation des approches et moyens pédagogiques	Avoir développé et expérimenté des moyens pédagogiques qui permettent de mieux concilier les contraintes et les objectifs de l'établissement.	- La DSIQ s'est appropriée l'approche « CAMTASIA » et débute la formation en lien avec le rehaussement de la pratique infirmière dans le secteur de l'urgence. - Les modules de formation « Café compétences » sont disponibles sur l'intranet pour l'ensemble du personnel infirmier depuis le mois de janvier 2012. - Les modules de formation en soins palliatifs sont en préparation sur une autre plateforme étant donné leur portée régionale. - Ce dossier prendra de l'importance en appui à la préparation pour l'agrément.
---	---	---

Pilotées par la Direction des services généraux et communautaires

Allaitement	La politique de bienvenue aux bébés allaités aidant à rassurer les mères afin qu'elles puissent nourrir leur enfant selon leur choix, en tout temps et en tout lieu, dans l'établissement est implantée.	- La politique est adoptée et diffusée aux gestionnaires. La diffusion plus large a été réalisée à l'aide d'un communiqué à l'ensemble du personnel. - Nous préparerons par la suite les prochaines étapes pour être reconnus « Ami des bébés ».
-------------	--	---

Action 3. Soutenir l'amélioration continue des services notamment en misant sur la qualité et la sécurité des soins et services et la compassion avec lesquelles ils doivent être livrés

Responsabilités partagées des directions

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Approche attentionnée	Avoir adapté les interventions et les relations interpersonnelles ainsi que les milieux physiques à une approche attentionnée à la clientèle, au personnel et à tout autre intervenant ou visiteur.	- Des projets de réaménagement de Saint Brigid's et du Jeffery Hale sont en consultation. - L'accueil téléphonique JHSB est maintenant centralisé à Saint Brigid's les soirs et les fins de semaine.

Responsabilités de la Direction des soins infirmiers et de la qualité

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Rehaussement de la pratique infirmière	L'orientation clinique des infirmières et des infirmières auxiliaires est réalisée en collaboration avec chaque programme. L'intégration clinique des infirmières et des infirmières auxiliaires est faite systématiquement par les programmes et soutenue par la DSIQ. Développer et /ou soutenir les programmes cliniques suivants : - Prévention des chutes - Plaies - Douleur - Soins palliatifs Les ordonnances collectives sont disponibles dans les secteurs PALV, SCLA et l'urgence. Assurer le support au plan de formation continue des infirmières et des infirmières auxiliaires. Amorcer l'implantation du Plan thérapeutique infirmier (PTI) électronique.	- Une nouvelle approche pour l'orientation est implantée depuis janvier 2012. - Le secteur de l'urgence est prioritaire en 2011-12. - La 1^{re} phase est en implantation en PALV et l'identification du besoin est réalisée. - Le programme devrait être bien implanté avant l'été. - Une fois le programme d'intégration en place, il sera possible de procéder. - Phase I : les programmes cliniques et les formations sont terminés. - Phase II : l'évaluation avance selon le plan et sera terminée au printemps. - La DSIQ participe en soutien au secteur pour l'implantation du programme de soins palliatifs. - Les ordonnances sont disponibles et implantées en PALV et en milieu scolaire comme prévu. - Pour l'urgence, les ordonnances sont faites, mais l'implantation suivra le rythme de la formation requise. Priorité retenue pour le printemps de 2012. - La formation est assurée via les modules d'auto-apprentissage « Camtasia ». - Le programme « Café compétences » est implanté et fonctionne bien. - La DSIQ a réalisé un sondage sur les besoins de formation du personnel infirmier. Elle travaille également à faciliter l'accès, pour les infirmières et infirmiers auxiliaires, aux formations qui leur permettront de respecter la norme professionnelle concernant la formation continue envers l'OIIQ et l'OIIAQ. - Le plan d'action est en attente d'un budget pour fusionner nos (2) bases de données Clinibase.

Action 3. Soutenir l'amélioration continue des services notamment en misant sur la qualité et la sécurité des soins et services et la compassion avec lesquelles ils doivent être livrés

Responsabilités de la Direction des soins infirmiers et de la qualité

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Instances professionnelles CII et CHA	Consolider le rôle du CII et du CHA en s'assurant de maximiser les opportunités de consultation et avis.	- La relance des CII et CHA est solide. Le CII a signé son premier avis. Les comités sont représentés sur les comités internes comme requis. - L'exécutif du CII et la DSIQ ont participé à l'information sur le fonctionnement d'un CII.
Gestion des risques et de la qualité	Consolider nos pratiques intégrées de gestion des risques et de la qualité. Promotion de la sécurité de soins : La culture de sécurité est bien connue et respectée dans tous les secteurs.	- Les indicateurs de qualité sont ajoutés aux rapports trimestriels. Tous les secteurs sont représentés de façon active au comité de gestion des risques. - L'approche intégrée de la gestion de la qualité est en réflexion notamment en regard de l'attribution des responsabilités. - L'analyse prospective avance bien. - Les rapports trimestriels sont diffusés, mais ne sont pas encore discutés systématiquement dans tous nos secteurs d'activités via les rencontres d'équipes, au personnel, aux prestataires de services, bénévoles et familles. - Bien qu'il y ait eu un certain progrès dans les secteurs de soutien, la culture de sécurité doit toujours être renforcée.
Éthique clinique	Faire connaître le comité d'éthique clinique (CEC) et faire la promotion de son rôle.	Le comité d'éthique clinique travaille très bien. Il a déposé un projet de cadre de référence au début de la nouvelle année. Il a également proposé des outils pour faciliter la référence de situations éthiques.
Agrément	Rencontrer les normes de qualité d'Agrément Canada en vue de la prochaine visite au printemps 2013.	Il y a une somme importante de travail à faire en préparation à la visite d'agrément au printemps 2013, mais les efforts sont ciblés et le dossier progresse bien.
Rehaussement de la pratique infirmière à l'urgence et en clinique externe	Les infirmières à l'urgence et en clinique externe exercent leur profession de façon optimale. En clinique externe, les pratiques en regard de la gestion des sédatifs narcotiques rencontrent les normes de qualité et de sécurité en vigueur.	- La première série d'ordonnances collectives a été adoptée et fait l'objet de formation. - L'implantation du PTI à l'urgence étant confirmée, l'implantation débutera dans les prochains mois. - Les travaux de réaménagement prévus au cours des prochains mois à la réception du Jeffery Hale prévoient l'implantation du pré-triage. Un comité de travail revoit actuellement les pratiques de triage et de pré-triage. - La réorganisation du travail en lien avec la sédation en gastroentérologie a été implantée en janvier. Les outils cliniques font l'objet de validation.
Soins palliatifs à domicile	Améliorer la prestation des soins et services à domicile en soins palliatifs.	L'équipe est à valider les outils cliniques pour l'implantation du bilan comparatif des médicaments.
Centre de jour	Assumer le leadership du processus régional de révision du cadre des programmes Centres de jour.	Nous assumons un leadership dans ce dossier régional via la Direction adjointe des services généraux et communautaires.
Dictée numérique	Déployer l'usage de la dictée numérique dans tous les secteurs visés.	La dictée numérique a été implantée à l'automne comme prévu.

Action 3. Soutenir l'amélioration continue des services notamment en misant sur la qualité et la sécurité des soins et services et la compassion avec lesquelles ils doivent être livrés

Responsabilités de la Direction générale adjointe (PALV)

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Hébergement Saint Brigid's	Réorganiser les soins et services à Saint Brigid's afin de mieux répondre à l'alourdissement prévu de la clientèle à venir.	- Le processus de réduction de lits a été réalisé selon les échéanciers prévus. - Une réorganisation du travail a été déployée en trois phases suivant le rythme de la réduction de lits. - Les mécanismes de communication et de concertation sont maintenus pour assurer la consolidation et l'évaluation de la nouvelle structure de soins et services.
Hébergement Jeffery Hale	Réorganisation Phase 2 : 1- Optimiser les soins et services sur le quart de nuit. 2- Mettre fin à la rotation des équipes PAB en service de jour.	- Le nouveau modèle d'organisation du travail a été déployé avec succès sans aucune modification après une évaluation de trois mois. - Les équipes fixes de PAB ont été implantées à titre de projet pilote sur une unité. Considérant les résultats favorables, la rotation des équipes prendra fin pour l'ensemble des secteurs à compter du 1^{er} juin 2012.
Équipe de consultation spécialisée en gériatrie et psychogériatrie	Réviser le fonctionnement et l'organisation du travail à l'équipe en lien avec le nouveau cadre de référence et les indicateurs de gestion qui en découlent.	- Le nouveau guichet d'accès est maintenant opérationnel depuis février 2012. - Après un long processus de discussion et de négociation avec nos partenaires régionaux, de nouveaux territoires ont été déployés. Cette mesure représente pour nous une plus grande équité que par le passé en termes de distance à parcourir pour le transport de nos clientèles. - Note : L'enjeu de l'accès aux services conseils en gérontopsychiatrie demeure. Il est donc important de poursuivre nos représentations et de bien documenter les besoins non comblés.
Sécurité / Milieu de vie	Déployer le programme de gestion des comportements agressifs et perturbateurs.	- Programme très avancé, mais les outils d'évaluation sont encore en développement. Le tout sera soumis à la consultation en juin 2012. - Le déploiement de ce programme est prévu pour septembre 2012.
Milieu de vie	Déployer un programme d'activités dirigées.	- Le programme conçu par le CSSS Cœur du Québec a été retenu pour essai dans notre milieu. - Le programme a été déployé à titre pilote à l'unité 6 du Jeffery Hale et les résultats sont très favorables. - Un groupe de travail composé principalement des éducateurs spécialisés, travaille à l'élaboration d'un plan d'action pour une implantation auprès de l'ensemble de notre clientèle hébergée.

Action 3. Soutenir l'amélioration continue des services notamment en misant sur la qualité et la sécurité des soins et services et la compassion avec lesquelles ils doivent être livrés

Responsabilités de la Direction générale adjointe (PALV)

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Soins palliatifs	Déploiement du programme de soins palliatifs	▪ Une première capsule de formation portant sur les soins buccaux dentaires pour les clientèles en soins palliatifs a été réalisée conformément au mandat reçu par l'Agence. ▪ Cette première capsule a été testée en avril 2012 sur trois unités-pilotes et le déploiement suivra par la suite pour l'ensemble de nos clientèles hébergées et à l'unité des soins palliatifs. ▪ Nous poursuivons nos représentations afin de mettre en place le montage financier nécessaire pour la réalisation des autres modules de formation. ▪ La DSIQ collabore pour la formation à l'interne.

Action 3. Soutenir l'amélioration continue des services notamment en misant sur la qualité et la sécurité des soins et services et la compassion avec lesquelles ils doivent être livrés

Responsabilités de la Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Sécurité aux services de soutien technique	Les risques et les incidents associés aux services d'entretien sont mieux rapportés et les mesures correctives et préventives appliquées.	▪ Un plan d'action afin de développer un plan d'entretien préventif global est en élaboration. Ce plan devra répondre à l'ensemble des normes de l'agrément tout en demeurant réaliste. ▪ Un outil de suivi informatique a été développé permettant aux services d'aviser de tout bris ou problématique d'équipement. ▪ Le plan visera à gérer en fonction du niveau de risques de chacun des secteurs.
Distribution des repas	La distribution des repas aux résidents du Jeffery Hale a été améliorée.	▪ Les descriptions de tâches de l'ensemble du personnel ont été révisées en fonction du nouveau système de distribution des repas. ▪ Les achats d'équipement requis ont été effectués. ▪ L'ensemble des intervenants concernés a été rencontré et le nouveau système de distribution par plateaux devrait être prêt pour mieux servir notre clientèle du Jeffery Hale dès le 1^{er} juin 2012.

Action 3. Soutenir l'amélioration continue des services notamment en misant sur la qualité et la sécurité des soins et services et la compassion avec lesquelles ils doivent être livrés

Responsabilités de la Direction des services professionnels

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Développement professionnel du personnel clinique	Consolidation du rôle support au développement professionnel de notre personnel clinique	▪ Activités continues conjointement avec la DSIQ.
Projet SARDM	Actualisation de SARDM (<i>système automatisé et robotisé de la distribution des médicaments</i>) et finalisation du projet.	▪ Objectif atteint à 100% et implantation terminée autant au niveau du personnel médical, de la pharmacie et des soins infirmiers.

Action 3. Soutenir l'amélioration continue des services notamment en misant sur la qualité et la sécurité des soins et services et la compassion avec lesquelles ils doivent être livrés

Responsabilités de la Direction des services professionnels

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Services de pharmacie destinés à la communauté anglophone	La pharmacie offrira un soutien à la communauté d'expression anglaise.	Afin d'améliorer les communications, l'équipe de direction planifie la mise en place d'un réseau d'écrans plats à plusieurs endroits au sein de notre établissement (à l'instar de celui qui est présentement activé à l'accueil au niveau de la salle d'attente de l'urgence.)
Prévention des infections	Actualisation du Programme de prévention des infections et suivis étroits de l'atteinte des objectifs du programme.	Le programme a été accepté par toutes les instances concernées. Il sert de cadre de référence au Service de prévention des infections et au comité de prévention des infections et permet à notre conseillère de suivre les balises de ce même programme.
Services de prévention des infections destinés à la communauté anglophone	La communauté anglophone est mieux informée en matière de prévention des infections.	Afin d'améliorer les communications, l'équipe de direction planifie la mise en place d'un réseau d'écrans plats à plusieurs endroits au sein de notre établissement (à l'instar de celui qui est présentement activé à l'accueil au niveau de la salle d'attente de l'urgence.)
Consolidation du rôle des conseils professionnels	Consultation et implication plus étroites du CMDP, du CII-CIA et du CM.	- Ces objectifs sont partagés à 100% par toutes les directions. - Le CMDP, CII et le CM fonctionnent adéquatement.
Création d'un Conseil du personnel paraclinique (CPP)	Création du CPP ou l'équivalent, et fonctionnement régulier de ce dernier.	L'équipe de direction appuie ce projet. Toutefois, cet objectif est reporté à la prochaine année compte tenu des autres objectifs.
Effectifs médicaux	Consolidation du plan des effectifs médicaux en gériatrie et en médecine d'urgence.	- Toutes les instances régionales et locales concernées ont été alertées et mises à contribution. - En cette date, la situation n'a été aucunement corrigée malgré les efforts de tous par rapport au recrutement et des propositions de réduction d'activités cliniques ont été formulées auprès du comité de direction afin d'équilibrer les ressources médicales et l'offre de service. - Actuellement, nous procédons à un appel de candidature à travers les médias. - À l'égard des effectifs médicaux à l'urgence, la situation a été corrigée à 100%.
Effectifs en pharmacie	Optimiser le fonctionnement des services de pharmacie en intégrant les besoins liés à la distribution automatisée (SARDM) et en fonction des changements apportés au sein de la gestion de notre parc de lits (UTRF, soins palliatifs, etc.)	- Étant donné l'actualisation de SARDM, le département de pharmacie a évalué en termes budgétaires ses besoins en termes d'assistants techniques et ces évaluations ont été intégrées aux processus budgétaires 2012-2013. - En ce qui concerne les pharmaciens eux-mêmes, le plan d'effectifs sera le même en 2012-2013 actuellement.
Relève à la Direction des services professionnels	Planification de la relève du DSP présentement en poste	La discussion se poursuit au niveau de la Direction générale. L'offre de service actuelle est maintenue jusqu'à juin 2013.

Action 4. Assurer l'engagement des équipes de travail en favorisant la reconnaissance et les initiatives visant l'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement continu des compétences

Responsabilités partagées des directions (pilotées par la Direction des ressources humaines)

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2011
Qualité de vie au travail	Adopter un programme favorisant de façon systématique la qualité de vie au travail.	- Entente d'accompagnement avec le Programme santé des organisations et des individus (PSOI) pour Entreprise en santé sur le point d'être signée. - Une ressource assignée deux jours par semaine a commencé à travailler sur le projet et est financée en grande partie par une subvention de 25 000 \$ de l'Agence.
Appréciation du rendement	Le personnel est évalué selon la méthode prévue et avec la fréquence voulue.	- À relancer de façon soutenue en 2012 en prévision de la visite d'agrément - Formulaires d'appréciation par titre d'emploi (inf., inf. auxiliaires, PAB et professionnels) envoyés aux gestionnaires au printemps pour consultation. Services techniques à venir. - Stratégie d'implantation et de suivi à consolider.
Orientation et intégration du nouveau personnel	Tout nouveau membre du personnel est orienté et intégré à son emploi selon la politique établie	- La DRH est responsable des étapes de recrutement et dotation en collaboration avec les gestionnaires concernés. - Suite à l'embauche, un meilleur arrimage est fait avec les responsabilités pour l'étape de l'accueil. - Envoyer un sondage aux employés embauchés pour connaître leurs impressions de notre processus d'embauche. - S'assurer que la notion de « sécurité » est incluse dans le processus d'orientation et d'intégration des nouveaux employés.

Action 4. Assurer l'engagement des équipes de travail en favorisant la reconnaissance et les initiatives visant l'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement continu des compétences

Responsabilités de la Direction des ressources humaines

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Support aux gestionnaires	Rehaussement de la compétence des gestionnaires et des chefs d'équipe dans leur rôle de gestion des ressources humaines.	- Formations organisées en mai et novembre pour les gestionnaires. - Participation aux cours offerts par le programme du CHUQ. - Comité de travail en veilleuse avec la restructuration à Saint Brigid's.
Relations de travail	Avoir instauré une approche plus proactive des relations de travail avec les instances syndicales.	- Approche faite avec la nouvelle représentante régionale FIQ pour revoir le processus de griefs. - CSN et APTS – gestion des griefs lors des CRT/CRP
Santé et sécurité au travail	Amélioration de la gestion préventive de la santé et sécurité au travail.	Le CPSST est autonome et un projet du plan d'action a été soumis au comité de direction en février 2012. Les objectifs visés sont à préciser.
Assiduité au travail (et impact sur la gestion de la liste de rappel)	La gestion des listes de rappel répond mieux aux besoins des programmes et du personnel.	- Le cube SIPAT est utilisé pour sortir les profils d'absence. - Une analyse de la fonction « Liste de rappel » est faite en vue de combler les besoins des services généraux et mieux gérer les remplacements les fins de semaine.

Action 4. Assurer l'engagement des équipes de travail en favorisant la reconnaissance et les initiatives visant l'amélioration de la qualité de vie au travail et le développement continu des compétences

Responsabilités de la Direction des ressources humaines

Reconnaissance	Le programme de reconnaissance de la contribution du personnel est adopté et implanté.	- Formation donnée aux gestionnaires en février 2012. - Première période de candidature pour le nouveau Prix Ovation terminée le 31 mars 2012.
Développement et formation	Un plan donnant à chaque employé(e) accès aux formations et aux opportunités de développement dont il (elle) a besoin pour son épanouissement professionnel est implanté.	- Politique de développement des ressources humaines est à l'étape de l'approbation par le comité de direction. - Son implantation se fera à compter de l'automne.
Prévision des besoins de main-d'œuvre	Un processus permettant de mieux prévoir les besoins de main-d'œuvre est actualisé.	Revu aux deux semaines par le comité PMO auquel siègent les gestionnaires responsables de service et qui sont en mesure de prendre des décisions éclairées.

Action 5. Concrétiser le développement des services actifs destinés à la clientèle gériatrique et en fin de vie

Responsabilités de la Direction des services généraux et communautaires

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Guichet d'accès	Consolider les modalités d'accès, d'évaluation et d'orientation de la clientèle gériatrique et en fin de vie en lien avec le guichet d'accès.	Le guichet régional est maintenant en place. Nous assurons une vigilance en regard du fonctionnement, notamment en ce qui concerne l'accès pour les clientèles anglophones.

Action 5. Concrétiser le développement des services actifs destinés à la clientèle gériatrique et en fin de vie

Responsabilités de la Direction générale adjointe (PALV)

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Services actifs Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)	L'ajout de 6 lits est actualisé selon entente avec l'Agence régionale	- Quatre des six lits sont en opération. Les deux autres seront ouverts lorsque les deux résidents en transition obtiendront une place dans le milieu de vie de leur choix. - La réorganisation du travail est complétée.
Soins palliatifs	L'ajout de 3 lits est actualisé selon entente avec l'Agence régionale.	- Les trois nouveaux lits de soins palliatifs sont en opération et la réorganisation qui en découle est complétée. - Le budget de rénovation a été octroyé par l'Agence et la planification des travaux est débutée dans une perspective de réalisation en avril 2013.

Action 6. Assurer la consolidation intégrée de la mission des services généraux et communautaires

Responsabilités de la Direction des services généraux et communautaires

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Valorisation des services diagnostiques et externes	Optimiser la contribution des services : - d'imagerie médicale - gastroscopie - cliniques externes - centrale des rendez-vous	- Le PACS est opérationnel. - Un inventaire des opportunités d'augmenter l'utilisation des appareils et services est presque terminé. - Des discussions sont en cours avec le département médical en vue d'ajouter des activités. - La centrale des rendez-vous est informatisée. - Ces trois sous-secteurs sont appelés à continuer leur développement en 2012.
Laboratoire	Réussir le transfert du laboratoire	- Des progrès se sont réalisés dans l'opérationnalisation de ce transfert. - Différents éléments de l'entente restent à définir, plus particulièrement le contour financier ainsi que l'inventaire des équipements médicaux. - Pour ce qui est du protocole de transfert (volet ressources humaines), l'entente particulière reste à définir même si les grandes orientations sont claires.
Guichet d'accès bilingue	Compléter l'implantation du Guichet d'accès bilingue.	Le guichet est implanté depuis plusieurs mois et l'évaluation suit son cours.
Téléphonie	Compléter l'intégration de la téléphonie centralisée en lien avec le guichet d'accès.	Des révisions de processus permettent d'améliorer le fonctionnement en continu.
Clinique Santé voyage	Réussir, s'il y a lieu, l'intégration de la Clinique Santé voyage.	Ce projet représentait un risque trop élevé et a dû être abandonné.

Action 7. Assurer des ressources à la mesure des missions, des mandats et des responsabilités de l'établissement et que celles-ci soient gérées de façon optimale

Responsabilités de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Équipe des ressources financières	Assurer un fonctionnement optimal efficient et efficace de l'équipe RF.	- L'ensemble du fonctionnement des comptes à recevoir et des comptes à payer a été révisé en cours d'année dans un optique d'alléger nos méthodes de travail (LEAN). - Un calendrier et un plan d'action complet ont été préparés pour l'ensemble du service. Ces travaux tiennent compte des exigences de l'audit et de la préparation budgétaire. Implantation à terminer sous peu.
Approvisionnement	Intégration de Saint Brigid's au système d'approvisionnement	- Des révisions sont en cours avec les acheteurs pour harmoniser les pratiques. - Tous les achats d'équipements sont maintenant centralisés aux approvisionnements. - Nous avons reçu un budget de l'Agence de 52 000 \$ pour poursuivre l'optimisation du service en 2012-13.

Action 7. Assurer des ressources à la mesure des missions, des mandats et des responsabilités de l'établissement et que celles-ci soient gérées de façon optimale

Responsabilités de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Indicateurs de gestion	Poursuivre le développement de l'information de gestion et d'indicateurs performants pour soutenir la prise de décision dans l'ensemble des directions.	- La nouvelle version de l'entrepôt des données a été installée et aidera à la préparation du rapport financier annuel. - Une évaluation suivra sur les indicateurs requis par secteur d'activité. - L'adhésion au système d'information I-stratégie de l'AQESSS donnera accès aux informations financières de l'ensemble des établissements du réseau pour des fins de comparaison.
Gestion documentaire	Les dossiers administratifs sont archivés selon les normes.	- Les dossiers financiers qui étaient à Saint Brigid's ont fait l'objet d'une révision. - Cependant, une autre phase sera requise pour revoir l'ensemble du dossier, car il s'agit d'un problème aussi au Jeffery Hale. Deux archivistes ont été embauchées pour l'été 2012 pour mener des travaux à cet égard.
Services techniques - Support administratif	Un support administratif adéquat assure une gestion plus serrée des projets immobiliers.	Suite à la réorganisation de la direction, une agente administrative a été attitrée aux services techniques sans coût additionnel pour permettre l'atteindre des objectifs décrits.
Rénovations mineures JHSB	Une première phase de rénovations mineures au Jeffery Hale et à Saint Brigid's est actualisé.	- La phase 1 du projet au Jeffery Hale a été complétée cet automne. - La Phase 2 est en préparation suite à un financement de l'Agence de 350 000 \$. - Le projet « Main Street » à Saint Brigid's est à l'étape conception et devrait s'actualiser cet automne.
Programme de conservation et de fonctionnalités immobilières (PCFI)	Actualisation des projets PCFI autorisés.	- Avec l'ajout d'une agente administrative et le support d'une ressource externe ponctuelle pour aider dans la gestion des projets, le secteur est maintenant mieux en mesure de mener à terme l'ensemble des projets en cours et prévus incluant le projet d'importance au 3^e étage du Jeffery Hale. - Des études menées cette année ont confirmé qu'un rattrapage important est requis en maintien d'actifs au site Jeffery Hale. Les discussions avec l'Agence ont été fructueuses et ont permis de dégager un premier montant de financement additionnel de l'ordre de 1,2 million pour effectuer plusieurs travaux sur le bâtiment.
Besoins d'équipements et rénovations fonctionnelles	Un outil de suivi intégré pluriannuel assure une meilleure gestion des besoins et priorités de l'ensemble des programmes.	Les travaux en vue de mettre en place un outil de planification pour bien évaluer les besoins ont débuté avec l'instauration d'un comité qui regardera le plan global de développement. Ce comité fait état de ces travaux au comité de direction.
Projets d'optimisation	Améliorer l'efficacité et générer des économies en menant à terme des projets d'optimisation.	- Nous participons activement aux processus régionaux pertinents. - De plus, nous cibons avec les directions de programme, les projets internes qui sont les plus susceptibles de générer des économies tout en assurant l'efficacité.

Action 7. Assurer des ressources à la mesure des missions, des mandats et des responsabilités de l'établissement et que celles-ci soient gérées de façon optimale

Responsabilités de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Plan de conservation des équipements médicaux (PCEM)	Actualisation des achats du plan de conservation des équipements médicaux (PCEM), suite à l'octroi du financement.	Les projets sont à jour. Des achats de plus de 550 000 \$ ont été effectués pour divers équipements, incluant le remplacement de l'ameublement de chambres au Jeffery Hale.
Formation en cours d'emploi	Rehausser les compétences du personnel de l'ensemble de la direction.	- Des formations ad hoc ont été offertes au personnel en fonction des besoins (dysphagie, Excel, etc.) - Il y a eu pour le secteur financier des formations liées aux nouvelles versions Espresso.
Entretien des installations	Uniformiser les pratiques sur les deux sites et partager les ressources selon les compétences.	- Une seule garde technique existe maintenant pour les deux sites. - Les pratiques sont harmonisées pour ce qui est pertinent. - La spécialisation est en cours.
Stationnement SBH	Faire le bilan du fonctionnement du stationnement à Saint Brigid's et implanter les correctifs qui s'imposent.	- Une consultation informelle a été réalisée à l'interne. Dans l'ensemble, il semble que la situation est acceptable. - Le stationnement additionnel dans le secteur « débordement » près du Manoir St-Louis est toutefois requis et pourrait éventuellement être déplacé si la Paroisse vend l'emplacement actuel.
Politique alimentaire	Poursuivre l'actualisation de la politique alimentaire.	- Révision de l'ensemble des menus pour se conformer le plus possible à la politique alimentaire. - Relocalisation des distributrices et révision de leur contenu. - Formation sur la dysphagie. - Poursuivre les travaux en vue d'offrir des aliments plus sains. - Nous sommes dans l'attente d'un financement pour poursuivre le programme une troisième année.
Distribution des repas – site Jeffery Hale	Réviser le mode de distribution des repas au Jeffery Hale.	- L'ensemble des descriptions de tâches a été révisée en vue de la migration vers le nouveau système de distribution. - L'achat de l'équipement a été effectué. - L'ensemble des consultations a été complété. - La mise en œuvre est prévue en juin 2012.
Rénovation des laveries au Jeff et à Saint Brigid's	Assurer le remplacement des équipements vétustes pour la laverie du Jeff et celle de Saint Brigid's.	- Une ressource externe a évalué la vétusté de l'ensemble des équipements des services alimentaires des deux sites. - À partir de ces constats, une priorisation sera faite incluant le remplacement des laveries. - Nous avons débuté le remplacement de certains équipements alimentaires avec les budgets d'équipement non médicaux octroyés annuellement par l'Agence régionale.
Virtualisation du parc informatique	La virtualisation de 50 postes de travail est complétée permettant d'augmenter la performance et diminuer les coûts.	Projet débuté à l'interne en début d'année par les services informatiques. Ce projet étant devenu une priorité régionale en cours d'année, un financement récurrent est prévu dans l'année à venir.

Action 7. Assurer des ressources à la mesure des missions, des mandats et des responsabilités de l'établissement et que celles-ci soient gérées de façon optimale

Responsabilités de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

Action prioritaire	Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2012
Renouvellement du parc informatique	Assurer le remplacement des imprimantes et des équipements multifonctionnels désuets.	▪ L'ensemble des besoins sont connus. ▪ Un investissement de 18 000 \$ par an est requis au cours des prochaines années. ▪ Enjeu quant aux coûts, car le financement régional n'est plus disponible.
Gestion informatique pour les Partenaires communautaires Jeffery Hale	Assurer la maintenance et le suivi du réseau informatique des Partenaires communautaires Jeffery Hale (<i>incluant CHSSN</i>).	▪ L'équipe informatique JHSB assure le service du parc des Partenaires communautaires Jeffery Hale. ▪ Ce service génère des revenus qui seront réinvestis dans le secteur pour la formation et l'achat d'équipements.
Gestion du développement informatique	Adopter un cadre de gestion pour les projets de développement informatique, y compris les implantations, équipements, etc.	▪ Un plan interne a été développé. ▪ L'établissement doit rédiger un plan détaillé de ses projets et besoins futurs à l'Agence et ce, en fonction de nouvelles directives émises. ▪ Ce processus débutera en 2012-2013.
Développement informatique	Planter différentes solutions informatiques.	▪ Un sondage effectué auprès des utilisateurs révèle un taux de réponse et de satisfaction de la clientèle relié aux solutions offertes par le service. ▪ Travail à continuer en 2012.
Développement informatique clinique	Soutenir l'implantation de projets informatiques dans les programmes cliniques.	▪ Les implantations sont à jour, mais nous devons suivre de plus en plus les priorités et les échéanciers dictés par le régional. ▪ L'implantation des chariots Wifi a été très problématique. Notre équipe a été précurseur dans la recherche de solutions. ▪ L'établissement est représenté à une table régionale visant l'informatisation de l'ensemble des dossiers cliniques.
Développement informatique	Assurer la migration vers la messagerie électronique Microsoft Outlook.	▪ Un appel d'offres a été lancé par le ministère pour choisir un logiciel de messagerie électronique. Il semblerait qu'une solution « Open source » soit privilégiée. Une décision finale est prévue à court terme pour une implantation dès l'automne 2012.
Gestion locale de la bande passante	Assumer la gestion locale de la bande passante. (<i>Transfert de Sogique vers l'établissement</i>)	▪ Nous avons procédé à l'achat de Fortigate, un logiciel permettant de gérer l'accès à Internet. ▪ Un cadre de gestion est à élaborer pour déterminer quels sites web seront permis. ▪ Le système devrait être en fonction en juin 2012.
Renouvellement des licences	Nous devons procéder à une révision de plusieurs de nos licences informatiques.	▪ Un investissement de 25 000 \$ est requis pour les deux prochaines années. ▪ Nos licences actuelles sur nos postes viendront à échéance en 2014. Une évaluation sera requise pour explorer les différentes options possibles au terme de notre entente actuelle.
Gouvernance régionale des ressources informationnelles (RI)	S'arrimer localement avec les grands dossiers RI de l'instance de Gouvernance régionale.	▪ Nous participons activement aux comités régionaux créés pour les différents dossiers. ▪ Nous sommes représentés au Bureau de la gouvernance régionale des technologies de l'information.

2.5 Bilan annuel des indicateurs de l'entente de gestion 2011-12

Prévention dans les continuums de services						
Indicateur			Cible 2011-2012		Atteinte de la cible	Commentaires
1.01.20	Pourcentage moyen des activités du Programme national de santé publique implantées	JHSB	82%		Atteinte	
		Agence	82%			

Services de soutien à domicile (SAD)						
Indicateur			Cible 2011-2012		Atteinte de la cible	Commentaires
1.03.05.01	Nbr. total d'heures de services de SAD de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services.	JHSB	968		1 066	
		Agence	968			

Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance						
Indicateur			Cible 2011-2012		Atteinte de la cible	Commentaires
1.06.10	Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace	JHSB	Action engagée		En totalité	
		Agence	Action engagée			
1.08.09	Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	JHSB	60		24	
		Agence	60			

Disponibilités et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau						
Indicateur			Cible 2011-2012		Atteinte de la cible	Commentaires
3.08	Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	HJSB	Action réalisée		Atteinte	
		Agence	Action réalisée			
3.09	Pourcentage d'établissement ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	HJSB	Action engagée		Atteinte	
		Agence	Action engagée			

Disponibilités et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau (suite)					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
3.05	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires	HJSB	- Inf. : 3,33% - Ensemble réseau : 1,41%	- Inf. : 3,64% - Inf. aux. + PAB : 2,73%	Atteinte en partie
		Agence	- Ensemble réseau : 1,41%		
3.06	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (soins infirmiers, autres secteurs à préciser).	HJSB	- Inf. : 6,17% - Inf. aux : 3,80% - PAB : 3,26%	- Inf. : 5,02% - Inf. aux. : 2,93% - PAB : 2,49%	Atteinte
		Agence	- Inf. : 6,17% - Inf. aux : 3,80% - PAB : 3,26%		

Rétention et mieux-être au travail					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
3.01	Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées	JHJSB	5,15%	5,28%	
		Agence			
3.10	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle.	JHJSB	Action réalisée	Non débutée	
		Agence	Action réalisée		
3.13	Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail.	JHJSB	Action engagée	Débutée	
		Agence	Action engagée		
3.14	Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	JHJSB	Action réalisée	Atteinte	
		Agence	Action réalisée		

Programme services dépendances					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
2.8.1	Dépôt d'une offre de service de 1 ^{ère} ligne pour tous les CSSS.	JHSB	Action réalisée	En majorité	
		Agence	Action réalisée		

Programme Perte d'autonomie liée au vieillissement – Première ligne et PALV					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
1.5.1	A-Nombre de personnes desservies par le programme IMP et nombre de groupes implantés pour les programmes Équilibrium et PIED.	JHJSB	IMP : 7 Équilibrium : 2	IMP : 0 Équilibrium : 2	
		Agence	IMP : 7 Équilibrium : 2		
2.2.1	Pourcentage des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation.	JHJSB	Action réalisée	Débutée	
		Agence	Action réalisée		
2.3.1	Actualisation de la phase 1 du plan de transformation régionale de conversion de places d'hébergement de longue durée vers des ressources alternatives	JHJSB	Participation attendue	En majorité	
		Agence	Participation attendue		
2.4.3	Pourcentage des établissements ayant déployé le programme d'admission PECA	HJHSB	Action réalisée	Non débutée	
		Agence	Action réalisée		
2.4.7	Avoir déployé le cadre de référence des équipes ambulatoires en gériatrie et psychogériatrie	HJHSB	Avoir déployé le cadre de référence	En totalité	
		Agence	Avoir déployé le cadre de référence		
2.4.8	Avoir complété la formation PAB et approche milieu de vie	HJHSB	Formation complétée	En totalité	
		Agence	Formation complétée		
5.9.1	Avoir fait approuver le plan d'action visant à soutenir le travail en réseau par le Forum des directeurs généraux	HJHSB	Participation attendue	En totalité	
		Agence	Participation attendue		

Santé mentale – Services de première ligne					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
1.5.3	Pratiques cliniques préventives liées au suicide diffusées et déployées (formation)	JHSB	Action réalisée	En partie	
		Agence	Action réalisée		
2.8.2	Dépôt d'une offre de service de traitement concertée pour la clientèle jeune et adulte présentant une double problématique santé mentale /dépendances.	JHSB	Participation attendue	En totalité	
		Agence	Participation attendue		
5.9.3	Un plan d'action visant à soutenir le travail en réseau approuvé par le FDG en mars 2011	JHSB	Participation attendue	En totalité	
		Agence	Participation attendue		

Santé publique					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
1.1.1	100% des programmes qui doivent être implantés et ceux qui nécessitent une augmentation de l'intensité identifiée (mise en œuvre du PAR-SP)	JHJSB	Action réalisée	En majorité	
		Agence	Action réalisée		
1.1.2	Indicateurs des résultats identifiés pour 100% des programmes	JHJSB	Action réalisée	En totalité	
		Agence	Action réalisée		

Chantier sur l'accès aux services de première ligne					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
2.1.4	Des modèles d'organisation définis et diffusés	JHJSB	Participation attendue	Non débutée	
		Agence	Participation attendue		
5.1.4	Une PMO réalisée dans les CSSS, CHSGS (urgences) et GMF-CRQ	JHJSB	Participation attendue	Non débutée	
		Agence	Participation attendue		

Ressources humaines					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
5.4.1	Une campagne Sauve des vies révisée annuellement	JHJSB	Participation attendue	En totalité	
		Agence	Participation attendue		
5.4.2	Nombre d'étudiants inscrits dans les programmes santé et services sociaux employés dans le réseau	JHJSB	11	13	
		Agence	11		
5.4.3a	Nombre d'inscrits et de diplômés dans les programmes prioritaires	JHJSB	Participation attendue	13	
		Agence	Participation attendue		
5.4.3b	Augmentation du nombre de places de stage – dans un premier temps : participation – deuxième temps : cible	HJHSB	Participation attendue	Atteint	
		Agence	Participation attendue		
5.5.1	Taux de roulement	HJHSB	23,25	31	
		Agence	23,25		
5.6.1	Programme de soutien à l'intégration des nouveaux cadres élaboré.	HJHSB	Action engagée	Atteinte	
		Agence	Action engagée		

Ressources humaines					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
5.9.3	Un plan d'action approuvé par le PDG en mars 2011.	HJHSB	Participation attendue	Atteinte	
		HJHSB	Participation attendue		

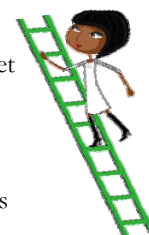
Grands chantiers maladies chroniques					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
1.5.2	A-Un plan de mise en œuvre incluant des indicateurs de résultats et son déploiement.	JHSB	Action réalisée	En majorité	
		Agence	Action réalisée		

Programme Santé physique					
Indicateur			Cible 2011-2012	Atteinte de la cible	Commentaires
3.4.1	Avoir complété le modèle de hiérarchisation des laboratoires.	JHSB	Action réalisée	En partie	
		Agence	Action réalisée		

2.6 Amélioration continue de la qualité (agrément)

En mars 2011, notre établissement a obtenu l'agrément sans condition. Les inspecteurs d'Agrément Canada seront de retour au printemps 2013 pour nous donner un aperçu de nos progrès dans l'amélioration de la qualité de nos services et la sécurité de nos usagers.

Pour bien nous préparer à cette visite, un grand nombre d'employés ont rempli, ce printemps, des questionnaires d'autoévaluation pour mesurer notre performance par rapport aux normes canadiennes. Le taux élevé de participation témoigne de l'engagement du personnel à fournir des services de qualité ainsi qu'un environnement sécuritaire pour nos usagers. Les résultats ont pu donner un portrait précis de notre organisation, à la fois les aspects positifs et les aspects à travailler. Nous avons maintenant établi nos priorités d'action en ce qui a trait à l'amélioration continue de nos pratiques, notamment les pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada. Ces données serviront à développer notre plan d'action pour notre Quali-cycle.



Suites apportées aux recommandations d'Agrément Canada dans son dernier rapport

Les recommandations formulées par Agrément Canada ont été réalisées avec succès. Nos domaines prioritaires pour notre prochaine visite en 2013 sont les suivants:

- Instaurer le bilan comparatif des médicaments à l'admission pour les services de soins ambulatoires et les soins et services à domicile
- Informer et former les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales dans tous les secteurs de l'établissement
- Consolider notre stratégie de prévention des chutes et en faire l'évaluation afin de minimiser les répercussions
- Consolider notre processus de vérification de l'hygiène des mains
- Consolider notre programme de prévention des plaies de pression et en faire l'évaluation

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

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

L'approche préconisée

L'amélioration continue des soins et services, notamment en regard de la sécurité des soins et services, est une responsabilité partagée à tous les niveaux de l'établissement et des initiatives à cet égard sont encouragées dans tous les secteurs. Dans le but d'assurer la cohérence des actions, l'ensemble des efforts d'amélioration de la qualité et de la sécurité convergent 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.

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.

Quali-cycle

Planifier, exécuter, étudier, agir

Amélioration de la qualité : Toujours en mouvement au rythme des meilleures pratiques

Le Jeffery Hale - Saint Brigid's est activement engagé dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, Quali-cycle, et utilise comme guides les normes d'Agrément Canada ainsi que les meilleures pratiques. L'amélioration de la qualité est un processus continu et proactif qui évolue au rythme des meilleures pratiques (le cycle « Planifier, Exécuter, Étudier, Agir »).



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

1. notre engagement actif dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité; 2. le fait que l'amélioration de la qualité est toujours en mouvement, au rythme des meilleures pratiques.

Nos stratégies pour assurer l'amélioration continue

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

Des responsabilités partagées

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

1) Affirmer les responsabilités collectives

Les acteurs collectifs principaux sont le conseil d'administration, le comité de vigilance et de la qualité, le comité de vérification, le comité de gestion des risques et de la qualité, le comité de prévention des infections, le comité de direction et le comité de gestion.

2) Affirmer les responsabilités individuelles

Les acteurs principaux sont les usagers et leurs proches, les bénévoles et les visiteurs, le personnel et les professionnels, les directeurs et les gestionnaires, la gestionnaire, le pivot et les représentants des risques et de la qualité ainsi que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Consolider la plaque tournante de l'amélioration continue, le comité de gestion des risques et de la qualité

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

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

1) Intervenir en amont – six initiatives

Le comité de gestion des risques et de la qualité agit dans le but de prévenir l'actualisation des risques en mettant en place des groupes de travail formels et informels ayant comme mandat d'identifier les améliorations requises dans la prestation de soins et services. Les mesures correctives requises de même que les activités pour assurer le transfert des connaissances et la modification des pratiques seront également identifiées et actualisées. Quatre moyens sont préconisés : comités formels, cellules de qualité entourant les représentants de risques et de qualité, analyses prospectives, suivi des recommandations du coroner.

2) Intervenir en aval - quatre initiatives

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

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

Enfin, certains événements ayant ou ayant pu avoir des conséquences importantes pour nos usagers doivent être étudiés de façon particulière et en toute transparence avec la victime ou ses proches. Ils sont identifiés comme événements sentinelles. Les trois moyens retenus sont : la gestion des plaintes des usagers, la gestion des incidents et accidents et le suivi des événements sentinelles et de gravité importante.

3) Rencontrer les normes d'Agrément Canada : un point de mire

Les normes d'Agrément constituent le point de départ de toute démarche d'amélioration dans un établissement de santé. Ces normes sont issues de processus d'observation dans de milliers d'établissements alliés à une vigie constante pour repérer les meilleures pratiques. Ces normes sont donc, comme il se doit, en constante évolution pour demeurer à la fine pointe de pratiques avancées que nous souhaitons instaurer. Elles constituent ainsi pour nous un point à garder dans notre mire.

4) Adopter les meilleures pratiques : une quête perpétuelle

Les « meilleures pratiques » désignent les nouvelles lignes directrices qui sont établies d'après le consensus d'experts clés et qui sont appuyées par la documentation sur les approches et les éléments de traitement semblant donner des résultats positifs pour le traitement des personnes. Fondés sur cette définition, les énoncés des meilleures pratiques sont des recommandations pouvant évoluer à partir de l'expérience, du jugement et de la perspective d'experts, de même qu'à partir d'une recherche soutenue.

Sans avoir les moyens requis pour suivre l'évolution constante des meilleures pratiques dans l'ensemble de ses secteurs d'activité, nous pouvons exercer une vigie permettant d'identifier et d'implanter des meilleures pratiques quelque soit le secteur.

5) Assurer le transfert effectif des connaissances et des compétences : une approche adaptée à nos moyens

Nos obligations en tant qu'établissement de santé ne se limitent pas à adopter les politiques et procédures qui s'imposent. Il faut appuyer la modification des pratiques qui en découlent sur des efforts de formation, de coaching et d'évaluation terrain efficaces et soutenus.

Communiquer nos résultats pour mobiliser et célébrer nos succès

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 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.

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

Incidents / Accidents

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

Les risques principaux d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance, se situent au niveau des chutes et de la distribution des médicaments.

- Amélioration de la rigueur du suivi postchute.
- Distribution des médicaments :
 - a. Amélioration du suivi du FADM
 - b. Amélioration des procédures d'administration (exemple : la médication transdermique)
 - c. Renforcer la pratique de divulgation
 - d. Renforcer le processus d'identification sans équivoque de l'utilisateur
 - e. Renforcer la double vérification indépendante des médicaments (à haut risque)

- La documentation au dossier met en évidence le besoin d'améliorer :
 - a. Le contenu des notes aux dossiers (notes incomplètes ou absentes)
 - b. Renforcer les pratiques en regard de l'examen clinique du résident
 - c. Renforcer les pratiques en regard de la prise des signes neurologiques suite aux chutes et l'inscription au dossier.

L'augmentation de la clientèle avec les troubles de comportement/démence présente des risques accrus d'incidents et d'accidents.

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

- Publication mensuelle du bulletin « Action Prévention » touchant une variété de sujets relatifs à la sécurité, aux incidents/accidents et à la prévention des infections.
- Rapports trimestriels de statistiques relatives aux incidents/accidents : erreurs de médication, chutes, infections nosocomiales triées par type et gravité de l'incident par site, secteur d'activité et étage.
- Rapports trimestriels (pour discussion et diffusion), un sujet permanent à l'ordre du jour des réunions 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 général, CII-CIIA, CM, CMDP, comité soins et services, comité gestion PALV.
- Pivot en gestion des risques communie sur une base ponctuelle avec les gestionnaires pour s'assurer que le suivi est réalisé sur l'ensemble des accidents avec des conséquences ainsi que les incidents de nature répétitive.
- Rapports mensuels (par le pivot en gestion des risques) destinés aux gestionnaires, sur les tendances notées concernant les incidents /accidents dans leurs secteurs d'activité respectifs.
- « Coaching » aux équipes afin d'encourager la poursuite des efforts pour rapporter les événements indésirables.
- Rapports trimestriels sur les incidents/accidents incorporés dans la revue trimestrielle « L'Entre-Nous » destinée aux résidents et à leurs proches.

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 sera possible de faire des comparatifs, de suivre les variations et les tendances. Ainsi, des constats et des correctifs pourront être mis en place afin de bien gérer les risques et d'offrir des services sécuritaires et de qualité à nos usagers.

Nombre d'événements déclarés concernant la gestion des risques

Périodes 1 à 13 - Années financières 2010-11 et 2011-12

Types d'événements	Nombre pour 2010-2011	Nombre pour 2011-2012
Chutes	906	812
Erreurs de médication	765	701
Problèmes matériels	54	61
Agression-abus-harcèlement	77	29
Autres types d'événements	228	264
Total	2030	1867

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

Principaux constats

Le programme sur l'utilisation des mesures de contrôle et alternatives a été déployé et la formation donnée à l'ensemble des intervenants concernés en 2010-2011. Tous les résidents hébergés porteurs d'une mesure de contrôle ont été réévalués et documentés dans nos systèmes d'information au cours de 2011-2012. À la production du rapport 2012-2013, nous serons donc en mesure d'établir des comparables. Cependant, à partir de calculs manuels, nous observons une réduction de 20 % quant à l'utilisation des mesures de contrôle si on se compare à début 2010.

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

Rapport du coroner 2011-12-16 : Service d'urgence- Concernant l'évaluation des méthodes de mise en place du monitoring et de mise en fonction des alarmes qui sont rattachées lors de l'admission d'un patient sur civière
Suivi : Suite à la validation de nos pratiques, nous avons confirmé à l'Agence que nos pratiques sont conformes.

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 <i>(exemple : suite à une hospitalisation)</i>		
	09-10	10-11	11-12	09-10	10-11	11-12
SAG	26	65	63	-	-	-
Influenza saisonnière	0	9	0	-	-	-
Gastro-entérite	37	36	77	-	-	-
Clostridium difficile	5	5	4	-	3	4
SARM	8	6*	0	-	11	3
ERV			0	1	1	
Total :	76	118	144	1	5	7

L'année 2011-2012 a connu une augmentation importante de cas de gastro-entérite, notamment aux périodes 11 et 13. À la période 11, une éclosion importante de gastro-entérite virale s'est déclarée auprès de 19 résidents à Saint Brigid's particulièrement sur une unité de soins et quelques cas sur une autre unité. À la période 13, deux éclosions de gastro-entérite virale ont été notées au Jeffery Hale particulièrement sur deux unités de soins et quelques cas isolés sur les autres unités pour un total de 35 résidents atteints pour cette période.

Des cas de SAG (Symptôme d'allure grippale) ont été signalés à toutes les périodes et une éclosion (12 cas) a marqué la période 13 au Jeffery Hale.

Les cas de diarrhée associés au Clostridium difficile provenaient d'un autre centre hospitalier. Aucune éclosion n'a été signalée dans l'établissement.

Les cas d'infections à SARM (Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline) proviennent d'un autre centre hospitalier.

** Il est à noter qu'il n'y a pas de données spécifiant le lieu de contamination des cas SARM (résidents depuis plus d'un an) déjà admis à la période 1 de l'année 2010-2011.*

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

À l'instar des années précédentes, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's a cherché à contribuer, au cours de l'exercice 2011-2012, à l'amélioration continue de la qualité des services de cet établissement. Il l'a fait par le traitement des plaintes qui lui ont été adressées et par la proposition d'interventions plus larges qui lui sont apparues pertinentes. Comme il se doit, il en a fait rapport tout au long de l'année à chacune des assemblées du conseil d'administration et il s'emploie, maintenant, à en faire connaître les *faits saillants* aux usagers et aux personnes concernées par la dispensation des soins et services de cet établissement.

Quatorze (14) usagers et dix (10) représentants d'usagers se sont prévalus de la procédure d'examen des plaintes auprès du commissaire local durant l'année 2011-2012. L'une de ces plaintes impliquant les services d'un médecin a été référée au médecin examinateur. Donc, il y a un total de vingt-quatre (24) plaintes reçues au cours de ce dernier exercice. Ce nombre se rapproche de ceux obtenus au cours des deux années précédentes, soit trente (30) en 2009-2010 et dix-huit (18) en 2010-2011. La majorité de ces plaintes (20) ont été conclues à l'intérieur du délai prescrit par la loi (45 jours). Et, selon les réactions des plaignants qu'il a été possible de joindre (19), seize (16) d'entre eux se sont dits satisfaits de l'avis reçu ou des actions posées, un (1), partiellement satisfait, et deux (2), insatisfaits. À souligner que le commissaire local a aussi reçu douze (12) témoignages positifs touchant surtout des services reçus à l'urgence (7) et à l'hébergement (4). La majorité des plaintes traitées provenaient des secteurs de la courte durée : dix-sept (17) plaintes dont la grande majorité (12) d'usagers de l'urgence. Il s'agit là d'une proportion également comparable à celle des années passées. Concernant le secteur de la longue durée, deux (2) plaintes ont été reçues de Saint Brigid's et cinq (5) l'ont été de l'hébergement du Jeffery Hale. Encore là, le nombre de plaintes en provenance du secteur hébergement (7), correspond assez à ceux des deux dernières années.

En ce qui a trait aux motifs à l'origine des plaintes reçues, 75% d'entre elles concernaient *les soins et services* (14) et *l'accessibilité* aux services (7). À l'analyse, les lacunes invoquées touchant les soins et services mettaient souvent en cause des gestes et attitudes d'intervenants contraires à l'approche empathique attendue de la part d'usagers et de proches vivant des moments pénibles à *l'hébergement et à l'urgence*. Et les récriminations touchant l'accessibilité aux services avaient surtout à voir avec des délais d'attente jugés inacceptables : attente au téléphone pour la prise de rendez-vous et attente à l'urgence. À ce propos, il importe de signaler une diminution significative de plaintes (écrites ou verbales) concernant la prise de rendez-vous à l'Hôpital Jeffery Hale. Les améliorations apportées l'ont été au secteur des cliniques externes. Il en est autrement des prises de rendez-vous touchant la radiologie : onze (11) plaintes verbales à ce propos ont été reçues depuis janvier à ce jour.

Outre le traitement de plaintes individuelles qui lui ont été adressées, le commissaire local a choisi, durant cet exercice, de sensibiliser l'établissement sur des sujets d'amélioration plus larges qui lui sont apparus très pertinents. Il a d'abord maintenu une vigie constante sur trois (3) dossiers sur lesquels, pour des motifs différents, des conclusions satisfaisantes ne pouvaient être prévisibles à court terme. Ainsi en est-il de la possibilité pour les équipes spécialisées du Jeff de recourir, de façon systématique, à *l'expertise d'un psycho-gériatre* lorsque nécessaire; de l'élaboration de conditions physiques favorables au respect de la *confidentialité* lors de l'inscription à l'urgence; de la mise en place de mesures diverses éliminant les temps d'attente au téléphone lors de *la prise de rendez-vous en radiologie*.

De nouvelles préoccupations ont fait l'objet de deux (2) nouveaux dossiers en 2011-2012. D'abord, celui de l'amélioration souhaitable de *la gestion des demandes et des insatisfactions des usagers*. Après avoir participé au comité de travail qui a conduit à l'adoption d'une nouvelle politique à cet égard, le commissaire local contribuera à son implantation au cours des mois à venir. Puis, celui de *la promotion des services du commissaire local* dans l'établissement. Des présentoirs doivent être installés à l'entrée de chacune des trois bâtisses de l'établissement et un nouveau formulaire, élaboré dans les deux langues, sera disponible aux usagers dans tous les secteurs d'activité de l'établissement. Incidemment, dans le cadre de cette préoccupation, le commissaire local a accepté, au cours de cette année, de participer à seize (16) rencontres d'information auprès de groupes diversifiés, tels que de nouveaux employés (11), d'intervenants et gestionnaires (3), et de proches de résidents nouvellement admis en hébergement (2).

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

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

Application de la procédure d'examen des plaintes et amélioration de la qualité

Traitement des plaintes

a) Plaintes reçues et traitées en 2011-2012

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							
2011-12	0	23	23	23	5	2	16
Médecin examinateur							
2011-12	0	1	1	1	0	0	1
Total	0	24	24	24	5	2	17

Nombre de plaintes reçues et traitées entre 2008-2009 et 2011-2012

Année	Reçues	Traitées	Longue durée Jeff	Longue durée SB	Courte durée
2008-09	49	49 (Médecin examinateur : 4)	9	1	39
2009-10	30	30 (Médecin examinateur : 4)	10	1	19
2010-11	18	18 (Médecin examinateur : 3)	5	0	13
2011-12	24	24 (Médecin examinateur : 1)	5	2	17

b) Motifs pour les plaintes conclues en 2010-2011 et 2011-2012

Catégories de motifs	Commissaire local		Médecin examinateur		Total	
	2010-11	2011-12	2010-11	2011-12	2010-11	2011-12
Relations interpersonnelles	4	3	2	0	6	3
Soins et services	4	13	1	1	5	14
Accessibilité/continuité	3	7	0	0	3	7
Organisation /milieu/matériel	1	2	0	0	1	2
Aspects financiers	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	4	1	0	0	4	1
Total	16	26	3	1	19(*)	27(*)

(*) Une plainte peut inclure plusieurs motifs.

Motifs pour les plaintes reçues et traitées entre 2008-09 et 2011-12

Motifs	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12
Relations interpersonnelles	8	8	6	3
Soins et services	9	8	5	14
Accessibilité /continuité	30	10	3	7
Organisation/milieu/matériel	2	4	1	2
Aspects financiers	0	0	0	0
Droits particuliers	0	0	4	1
Total	49	30	19 (*)	27 (*)

(*) Une plainte peut inclure plusieurs motifs.

c) Provenance des plaintes selon le secteur d'activités et l'auteur en 2011-2012

Secteur	Usager		Représentant		Total	
	2010-11	2011-12	2010-11	2011-12	2010-11	2011-12
Centre de prélèvement	1	1	0	0	1	1
Échographie	3	1	0	0	3	1
Gastro-entérologie	1	0	0	0	1	0
Gériatrie communautaire	0	0	0	1	0	1
Hébergement	1	1	2	6	3	7
Laboratoire	1	0	0	0	1	0
Services administratifs	1	0	0	0	1	0
Services alimentaires	0	2	0	0	0	2
Soins palliatifs	0	0	1	0	1	0
Urgence	7	9	0	3	7	12
Total	15	14	3	10	18	24

d) Délais de traitement des plaintes en 2011-2012

Délai de traitement	Commissaire aux plaintes		Médecin examinateur		Total	
	2010-11	2011-12	2010-11	2011-12	2010-11	2011-12
Moins de 3 jours	2	1			2	1
4 à 15 jours	4	7			4	7
16 à 30 jours	3	8			3	8
31 à 45 jours	3	4			3	4
46 à 60 jours	1	2			1	2
61 à 90 jours	2	0		1	2	1
91 à 180 jours	-	1	1		1	1
181 jours et plus	-	0	2		2	0
Total	15	23	3	1	18	24

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

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

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

Dossiers d'intervention du commissaire local

a) État des dossiers d'intervention déposés et traités en 2010-2011

Année	En cours de traitement au début de l'exercice	Déposées durant l'exercice	Total à traiter	Conclues durant l'exercice	En cours de traitement
2009-10	3	0	3	0	3
2010-11		4	4	2	2
Total	3	4	7	3	5

b) Motifs reliés aux dossiers d'intervention déposés et traités en 2011-2012

Catégories de motifs	En cours de traitement	Conclues	Total
Soins et services	1	0	1
Accessibilité/continuité	2	0	2
Droits particuliers :			
▪ Confidentialité	1	0	1
▪ Application de la procédure d'examen des plaintes	1	0	1
Total	5	0	5

2.9 Promotion des droits des usagers

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

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

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

Réception de plaintes ou de commentaires positifs

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

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



Gestion des demandes et des insatisfactions

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

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

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

Partie 3

Activités de l'établissement

3.1 Direction des services aux personnes âgées PALV

L'année 2011-2012 a été marquée par plusieurs grandes réalisations, dont certaines très significatives pour l'établissement. Le grand projet de transformation de l'offre de services aux personnes âgées aura été à cet égard le point d'ancrage d'une série de réalisations telles :

- la diminution de vingt lits d'hébergement de longue durée à Saint Brigid's et de trois lits au Jeffery Hale;
- l'ajout de six lits à l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF);
- l'ajustement des ressources cliniques pour les services d'hébergement à Saint Brigid's;
- et l'ajout de trois nouveaux lits de soins palliatifs dans le secteur de la gériatrie communautaire.

Tous ces projets ont été menés dans une approche participative avec l'ensemble des équipes qui ont pris part à plusieurs comités traitant de l'organisation du travail et de l'aménagement des lieux physiques. L'effort concerté de notre personnel jumelé à une organisation de services consolidés nous permet déjà de constater des effets positifs dans la réponse aux besoins de notre clientèle.

Nous avons poursuivi l'intégration du nouveau cadre de références à l'équipe de Consultation spécialisée en gériatrie et gérontopsychiatrie en collaborant à la mise en place d'un nouveau guichet d'accès et par la redéfinition et l'actualisation de nouveaux territoires.

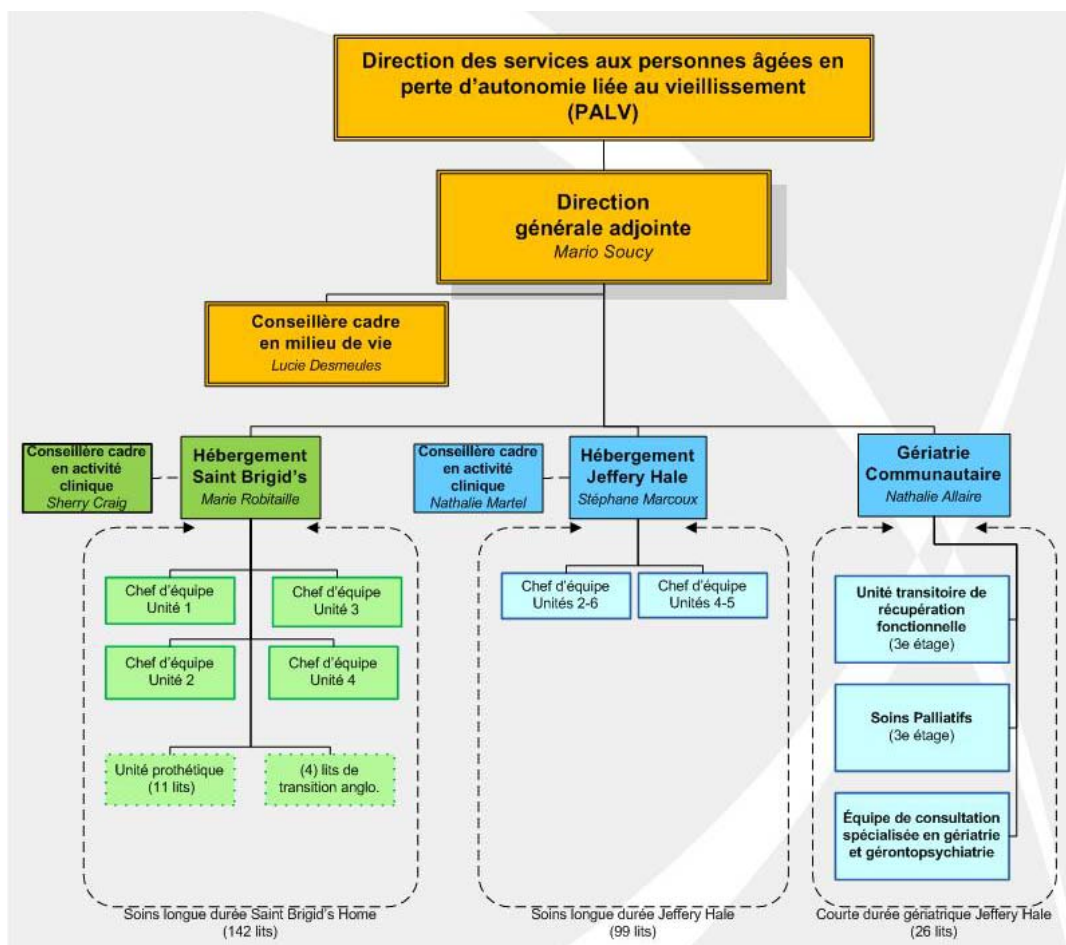
Sur le plan clinique, nous avons amorcé le déploiement de notre programme de soins palliatifs et de fin de vie par l'élaboration d'un premier module de formation en ligne sur les soins buccodentaires. Ce projet fut concrétisé en partenariat avec les établissements de la région de la Capitale-Nationale et maisons d'enseignement.

Un grand projet de consolidation de l'offre de service se prépare pour 2012-2013 impliquant nos lits de soins palliatifs et de récupération fonctionnelle. Un bon nombre de ressources internes et externes s'y investiront au cours de la prochaine année.

En terminant, notre équipe de gestion est fière du chemin parcouru en 2011-2012. Toutes ces réalisations sont l'aboutissement d'un travail collectif où chacun y a consacré savoir, passion et énergie. Nous souhaitons remercier toutes les équipes qui ont contribué à ce succès.

Mario Soucy
Directeur général adjoint

Organigramme - Direction PALV au 31 mars 2012



Hébergement et soins de longue durée

Les services de l'hébergement et des soins de longue durée sont dispensés au site Jeffery Hale et au site Saint Brigid's. Ces services sont sous la responsabilité du directeur général adjoint, monsieur Mario Soucy, de la conseillère-cadre en milieu de vie, Madame Lucie Desmeules, du chef de l'hébergement au Jeffery Hale, monsieur Stéphane Marcoux, du chef de l'hébergement à Saint Brigid's, Madame Marie Robitaille, et de deux conseillères-cadres en activité clinique, Mesdames Nathalie Martel au Jeffery Hale et Sherry Craig, à Saint Brigid's. Ce secteur d'activité a entre autres pour objectifs :

- d'optimiser la qualité de vie et l'autonomie fonctionnelle des résidents;
- de dispenser des soins et services personnalisés et adaptés le plus possible aux besoins et aux désirs du résident et de ses proches;
- d'aborder les problématiques en tenant compte de la globalité 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

L'Hôpital Jeffery Hale offre un programme d'hébergement et de soins de longue durée donnant accès à 99 lits qui s'adresse à des personnes âgées ou des adultes qui ne peuvent plus demeurer à domicile en raison d'une lourde perte d'autonomie. Dispensées dans un contexte de milieu de vie substitut, les interventions visent le maintien des capacités résiduelles dans le but d'assurer la meilleure qualité de vie possible aux résidents. Nous disposons de 86 chambres privées et 8 chambres semi-privées. La résidence Jeffery Hale a connu une réduction de 3 lits entre le 1^{er} octobre 2011 et le 31 décembre 2012.

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, âgée ou adulte, dont le maintien à domicile est compromis en raison d'une lourde perte d'autonomie. Dans le but d'assurer aux résidents une qualité de vie optimale et le maintien de leur autonomie le plus longtemps possible, ils bénéficient de tous les services médicaux, sociaux et de réhabilitation que requiert leur condition dans un contexte de milieu de vie substitut. Le milieu comprend une unité spécialisée de 11 lits pour une clientèle présentant des syndromes comportementaux liés à la démence nécessitant un encadrement plus étroit. Il faut tenir compte, à la lecture des statistiques ci-jointes, que la résidence Saint Brigid's a connu une réduction de 20 lits entre le 1^{er} octobre 2011 et le 1^{er} mars 2012.

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

En 2010-11 : 102 lits au Jeff / 162 lits à Saint Brigid's	2010-2011	2011-2012
En 2011-12 : 99 lits au Jeff / 142 lits à Saint Brigid's		
Taux d'occupation au Jeff	99,3 %	99,12 %
Taux d'occupation à Saint Brigid's	98,4 %	97,65 %
Nouvelles admissions au Jeff	51	38
Nouvelles admissions à Saint Brigid's	53	26
Moyenne d'âge au Jeff	84 ans	83 ans
Moyenne d'âge à Saint Brigid's	85 ans	85 ans
Durée de séjour au Jeff	1 003 jours	1 047 jours
Durée de séjour à Saint Brigid's	1 162 jours	1 167 jours

Gériatrie communautaire

Les services de gériatrie communautaire dispensés au site Jeffery Hale, sous la responsabilité de madame Nathalie Allaire, chef de programme, comprennent :

- l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF);
- les soins palliatifs.
- le service de consultations spécialisées en gériatrie et gérontopsychiatrie (*anciennement l'hôpital de jour*);

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

Nous disposons de 14 lits de courte durée pour des épisodes de soins allant de 40 à 50 jours à des fins d'évaluation, de traitement et de réadaptation. Le service s'adresse à des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ayant un profil gériatrique aux prises avec des problèmes complexes qui nécessitent une hospitalisation à l'extérieur d'un CHSGS. L'UTRF est en soutien aux équipes locales (*SAD, GMF, 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 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, surtout des personnes âgées qui, en raison de certains problèmes physiques et cognitifs parfois associés à des troubles psychosociaux, requièrent des soins médicaux, infirmiers et de réadaptation qu'elles ne pourraient recevoir ailleurs sans être hospitalisées. Le programme offre 25 places par jour. En moyenne, la durée du traitement est d'environ 12 semaines à raison de deux à trois visites par semaine. Le transport est assuré par un minibus à un coût minime pour l'utilisateur. Ses objectifs sont de :

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

Volume d'activités - Gériatrie communautaire

Le 3^e étage du Jeffery Hale a connu, au cours de 2011-2012, plusieurs changements dans la mission des lits, et dans ce contexte, le comparatif du volume d'activités avec l'année 2010-2011 ne peut être représentatif. Ces changements comportaient notamment : l'ajout de trois lits de soins palliatifs et la transformation de quatre lits de transition en lits d'UTRF en décembre 2011. Conformément au plan de transformation, deux autres lits de transition seront transformés en lits d'UTRF en 2012-2013.

	2010-2011	2011-2012
Jours-présence		
UTRF	3 489	3 715
Soins palliatifs	2 358	2 523
Lits de transition	1 544	1 284
Admission		
UTRF	54	63
Soins palliatifs	67	99
Lits de transition	5	10
Durée moyenne de séjour		
UTRF	61,24	62,75
Soins palliatifs	33,73	25,23
Lits de transition	198,30	98,67
Taux d'occupation		
UTRF	95,59	90,00
Soins palliatifs	92,29	87,06
Lits de transition	71,69	77,72
ECSGG		
Nombre de demandes reçues :		
▪ Ambulatoire	57	59
▪ Hôpital de jour :	270	193
Nombres d'inscriptions :		
▪ Ambulatoire :	54	53
▪ Hôpital de jour :	252	213

3.2 Direction des services généraux et communautaires

L'année 2011-2012 a vu une réorganisation des responsabilités dans les secteurs des services généraux et communautaires. Nous avons intégré une nouvelle direction adjointe des services généraux et communautaires, sous la responsabilité du directeur général et assuré la transition dans le changement de leadership aux services communautaires de langue anglaise. Cette structure renouvelée a favorisé l'émergence d'une dynamique de collaboration entre ces deux secteurs s'adressant à une clientèle élargie de tout âge.

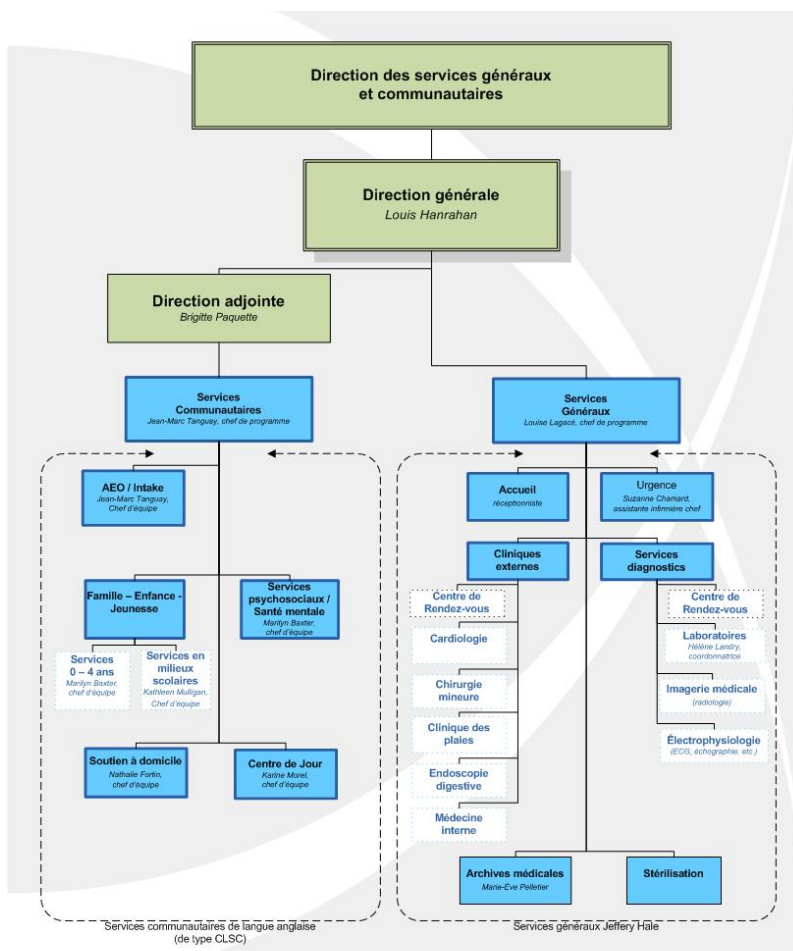
Nos services généraux ont travaillé activement à l'implantation d'une dynamique de travail d'équipe et de révision des processus de travail selon une approche participative. Ainsi, l'équipe de la réception téléphonique centralisée assure une réponse attentionnée à toute la clientèle de notre établissement. Nous avons également implanté une nouvelle clinique de suivi de l'urgence sur rendez-vous pour la clientèle sans médecin de famille ou pour ceux qui ont besoin d'un suivi médical rapide après une consultation à l'urgence. Enfin, notre équipe de laboratoire s'est affairée avec un grand professionnalisme à préparer le succès du transfert administratif et clinique vers le CHUQ selon le modèle de hiérarchisation des laboratoires.

Nos services communautaires de langue anglaise ont poursuivi l'implantation du guichet d'accès Jeffery Hale. Ce point d'accès bilingue facilite l'accessibilité aux soins de santé et de services sociaux aux personnes d'expression anglaise. Un premier portrait de l'implantation (temps 0) du guichet d'accès a été produit par la Direction régionale de santé publique au cours de l'année, dont le rapport complet est attendu pour l'année 2012-2013. Notre équipe de santé mentale a été particulièrement active cette année offrant maintenant des services d'intensité variable dans la communauté et en déployant un système d'information usager (SIU) selon une approche de collaboration avec nos partenaires. Nos services communautaires ont également collaboré activement à la révision du Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise (2011-2014).

Sur le plan des communications, la clientèle de l'urgence a maintenant accès à de l'information numérique sur la sécurité et la promotion de la santé, un projet novateur ! Une nouvelle image de marque pour promouvoir la force des liens avec la communauté a été développée. Cette nouvelle image a été utilisée pour un outil d'information et de promotion polyvalent pour soutenir la campagne de recrutement de l'établissement.

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

Organigramme - DSGC au 31 mars 2012



Services généraux

Sous la responsabilité du directeur général, monsieur Louis Hanrahan et de la chef de programme, madame Louise Lagacé, et en collaboration avec la directrice adjointe des services généraux et communautaires, madame Brigitte Paquette, les services généraux offerts au site Jeffery Hale comprennent :

- les soins ambulatoires
- les services diagnostiques (*laboratoire et imagerie médicale*)
- les cliniques externes (*soins médicaux spécialisés*)
- l'accueil attentionné et les archives.

Les soins ambulatoires

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

- d'assurer la population de la région de la Capitale-Nationale l'accès à une gamme de services médicaux de première ligne requérant le soutien d'un plateau technique de base;
- d'intervenir rapidement pour stabiliser l'état du patient et référer la clientèle sans délai aux ressources spécialisées si elles sont jugées requises;
- de limiter la consommation ou la surconsommation de services médicaux en milieu spécialisé;

- d'orienter l'utilisateur de manière appropriée vers des soins médicaux spécialisés ou sur-spécialisés selon le cas, s'il y a lieu 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 24 391 visites enregistrées et une augmentation encore plus significative des visites au cours des dernières périodes.

Une clinique de suivi innovatrice à l'urgence

Le 23 mars 2012, l'urgence du Jeffery Hale a lancé sa toute nouvelle clinique de suivi médical sur rendez-vous pour la clientèle sans médecin de famille ou pour ceux qui ont besoin d'un suivi médical rapide après une consultation à l'urgence. Cette initiative a pour effet de désengorger l'urgence et d'assurer sa fonction première de desservir la clientèle en besoin de soins immédiats. Ce projet novateur offre un bilan fort positif depuis son lancement et fera l'objet d'une évaluation en 2012-2013. Cette réalisation a été possible grâce à l'excellente collaboration des équipes médicales et infirmières qui mettent tout en œuvre pour assurer une organisation optimale du service.

Enfin, la clientèle de l'urgence peut maintenant compter sur un système d'accès à internet gratuit et de l'information sur la sécurité et la promotion de la santé en format numérique via des écrans de télévisions en circuit fermé (Canal Santé). Ces projets novateurs améliorent l'expérience de la clientèle dans notre milieu.

Les services diagnostiques (*laboratoire et imagerie médicale*)

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

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

Laboratoire

L'année 2011-2012 se caractérise par la volonté de l'Agence régionale de poursuivre le processus de hiérarchisation des laboratoires pour la région de la Capitale-Nationale en transférant la responsabilité clinique et administrative de l'ensemble des laboratoires vers le CHUQ ou le CHA. Notre laboratoire s'est préparé au cours de l'année à ce transfert vers le CHUQ qui est prévu au cours de l'année 2012-2013. Le nombre de procédures pondérées est de 173 175 pour 2011-2012.

Imagerie médicale

Cette année, l'équipe de l'imagerie médicale a réalisée un total de 11 436 examens et de 186 392 unités techniques. Les gestionnaires pacs, les agentes administratives et les radiologistes appuyés par le service informatique ont implanté la dictée numérique.

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.

L'ensemble de nos cliniques externes demeurent toujours très actives comme le démontre le tableau ci-dessous.

Les services de l'accueil attentionné et des archives

Dans un souci d'offrir des services selon une approche attentionnée, une nouvelle dynamique de collaboration a été établie pour l'équipe accueillant notre clientèle de première ligne. L'informatisation des rendez-vous a été une étape marquante visant à offrir des services optimaux à la clientèle. Notre projet pour 2012-2013 est de finaliser l'implantation d'une centrale de rendez-vous incluant l'imagerie médicale. L'accueil téléphonique a été regroupé pour l'ensemble de notre établissement, ce qui permet une meilleure accessibilité à une réponse bilingue et adaptée. Notre équipe d'archives, quant à elle, soutient l'ensemble de l'établissement dans le respect de la confidentialité et de l'accès à l'information.

Volumes d'activité - Services généraux

	2010-2011	2011-2012
Urgence	21 494 visites	24 391 visites
Services diagnostiques		
▪ Laboratoire	154 111 Procédures pondérées	173 175 Procédures pondérées
▪ Radiologie	11 567 nombre d'examens	11 436 examens
	193 723 unités techniques	186 392 unités techniques
Cliniques externes		
▪ Consultations externes	2 456 visites	2979 visites
▪ Endoscopie digestive.....	1 379 examens	1 636 examens
▪ Électrophysiologie.....	42 525 unités techniques	51 363 unités techniques

Services communautaires de langue anglaise

Les *Services communautaires de langue anglaise* du Jeffery Hale assument un leadership reconnu pour promouvoir la santé et le bien-être de la population d'expression anglaise de la grande région de la Capitale-Nationale. Sous la responsabilité du directeur général, monsieur Louis Hanrahan, de la directrice-adjointe aux services communautaires et généraux, madame Brigitte Paquette, et 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 et qui favorise l'autodétermination. Les membres de l'équipe se développent dans un environnement professionnel stimulant et soutenant.

Un ensemble de services variés, accessibles et de qualité de type CLSC, est offert à la communauté d'expression anglaise de la région. Ainsi, l'offre de service répond de plus en plus aux besoins de la communauté par le développement, entre autres, des services généraux et par la mise en place et la formalisation de celle-ci. Une diffusion auprès des partenaires et de la communauté a débuté, il y a de cela deux ans, et s'est poursuivie pendant l'année 2011-2012.

Guichet Jeffery Hale

Le premier contact privilégié des personnes d'expression anglaise avec les services s'effectue via 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 et/ou sa famille vers le meilleur service de santé et/ou social possible. Au cours de l'année 2011-2012, 1321 activités d'information, d'analyse ou de suivis ont été effectuées. La poursuite du développement de cette équipe de services généraux s'inscrit dans le projet *Front line – première ligne* qui vise l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et de services sociaux à la population d'expression anglaise de la région. Ce processus d'implantation fait toujours l'objet d'un suivi et d'une évaluation par la Direction régionale de santé publique qui a produit un premier portrait (temps 0) du guichet d'accès Jeffery Hale.

Famille-Enfance-Jeunesse

Un ensemble d'interventions personnalisées de santé et sociales telles que la clinique prénatale, les visites prénatales et postnatales, les programmes OLO et SIPPE ont permis de joindre quatre-vingt-huit (88) familles en 2011-2012. 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 cinquante-cinq (255) jeunes et à leur famille. En plus de ces programmes, notre équipe a effectué de la vaccination contre la rougeole dans le cadre de l'éclosion de rougeole. Deux cent quarante-six (246) individus ont été vaccinés en plus des efforts importants pour obtenir l'information sur le statut vaccinal. Enfin, le comité local MELS-MSSS Jeffery Hale avec la Commission scolaire *Central Québec*, poursuit ces travaux qui permettent 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.

Santé mentale

L'équipe en collaboration avec l'Institut en santé mentale de Québec 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 quatre-vingt-dix-huit (98) personnes vivant des difficultés d'adaptation ou de santé mentale. Ces personnes ont reçu les services d'une travailleuse sociale pour une moyenne de neuf (9) rencontres. En complémentarité, la clientèle peut maintenant compter sur les services d'une éducatrice spécialisée qui offre des services d'intensité variable dans la communauté. L'équipe a aussi offert l'atelier *Winds of Change* à l'automne 2011, en collaboration avec *Voice of English-Speaking Quebec*, afin de normaliser les difficultés associées à l'adaptation interculturelle.

Déficiences intellectuelle, déficiences physique et trouble envahissant du développement

Afin de 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-trois (23) familles reçoivent des services sociaux concertés d'une intervenante sociale, et l'objectif de joindre encore plus de familles en intégrant l'intervenant-pivot dans les équipes spécialisées des centres de santé partenaires se poursuit. Du support est également offert à des familles grâce aux programmes *Special Needs et After School Program* en collaboration avec les Partenaires communautaires Jeffery Hale et la Commission scolaire Central Québec.

Personnes âgées en perte d'autonomie

L'équipe du soutien à domicile a maintenu ses activités afin de favoriser le maintien des personnes dans leur milieu naturel en offrant des services tels que du répit, du soutien aux aidants naturels, des suivis psychosociaux, des services de santé physique, des adaptations du domicile et le programme *Marche*. Pour l'année 2011-2012, ces différents services ont été offerts à cent-quatre-vingt-dix (190) personnes âgées en perte d'autonomie d'expression anglaise de la région dans leur milieu naturel.

Centre de jour

Le but de ce programme est d'offrir aux personnes âgées d'expression anglaise en perte d'autonomie une activité de groupe misant sur la prévention et la promotion de la santé et la socialisation. Nous avons accueilli cent-cinquante-neuf (159) personnes âgées d'expression anglaise dont trente-quatre (34) nouvelles inscriptions lors des différents groupes. En plus de ces activités reconnues, des programmes complémentaires sont offerts tels que le programme *Équilibre*, Telephone Check-in, Caregivers Group, *In-Home Stimulation, Living Room, Creative Expression Art Program* et le programme *Frozen Meals*.

Activités bénévoles

Pour terminer, la communauté peut compter sur une organisatrice communautaire qui anime des activités dans le milieu telles que *Community Christmas Hamper Campaign*, tout en coordonnant les activités bénévoles. La contribution extraordinaire de quatre cent vingt-cinq (425) bénévoles a ainsi permis d'actualiser de nombreux programmes et services décrits antérieurement par l'engagement bénévole de trois mille huit cent soixante (3 860) heures auprès de la communauté.

Volumes d'activité - Services communautaires de langue anglaise

Secteurs d'activités	Nombre d'activités de suivis 2010-2011	Nombre d'activités de suivis en 2011-2012
Santé mentale	866	925
Famille-enfance	1145	830
Scolaire	1634	1521
Soutien à domicile	2852	3172
Centre de jour	3197 visites	3472 visites

3.3 Direction des services professionnels

La Direction des services professionnels (DSP) est sous la responsabilité du directeur des services professionnels, Dr Benoit Dumais (*poste à temps partiel 20 %*). Il travaille en étroite collaboration avec l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (CMDP) :

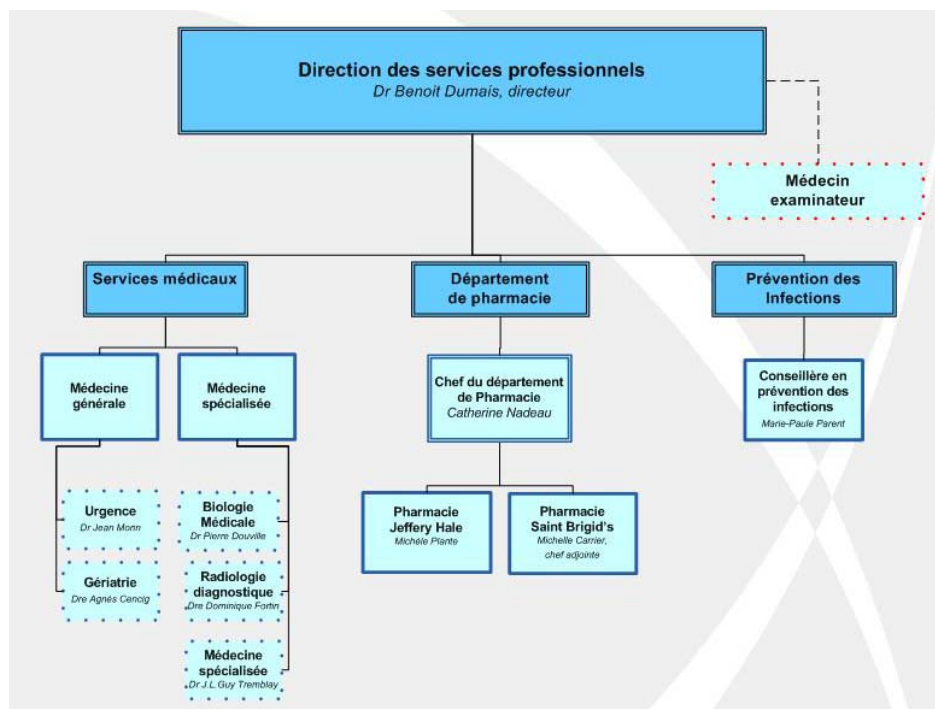
- les chefs de départements médicaux de : gériatrie - D^{re} Agnès Cencig, urgence - D^r Jean Morin, biologie médicale - D^r Pierre Douville, radiologie diagnostique - D^{re} Dominique Fortin et médecine spécialisée - D^r J. L. Guy Tremblay;
- la chef de la pharmacie, M^{me} Catherine Nadeau et la chef adjointe, M^{me} Michelle Carrier;
- l'infirmière conseillère en prévention des infections, M^{me} Marie-Paule Parent.
- le fonctionnement de l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (CMDP).

Cette direction voit au bon fonctionnement des structures médicales au sein des programmes-clients et du programme de prévention des infections afin d'assurer un milieu sécuritaire sous ce volet à notre clientèle, ainsi que de la préparation et la distribution adéquate des médicaments par le biais de la pharmacie.

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 2012



Services médicaux

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

- La **médecine générale** couvre principalement le département de l'urgence et tous les programmes-clients PALV (*soins palliatifs, UTRF, hébergement Jeffery Hale et hébergement Saint Brigid's*) ainsi que la Clinique jeunesse des services communautaires de langue anglaise.
- La **médecine spécialisée** œuvre dans les spécialités suivantes : la biologie médicale, la radiologie diagnostique et la médecine spécialisée.

En ce qui concerne le plan de nos effectifs médicaux, la situation est stable et fonctionnelle à l'urgence. Les heures d'ouverture y ont été prolongées jusqu'à 22 heures. Nous offrons à notre population une offre de service en médecine d'urgence s'étalant de 8 h à 22 h. Il en est autrement pour le département de gériatrie, où plusieurs départs à la retraite se sont réalisés en cours d'année. Nous devons consolider notre plan des effectifs médicaux en gériatrie tout en tenant compte de la transformation de certains de nos lits d'hébergement au cours des prochains mois ce qui entraîne une intensification des services médicaux nécessaires.

Une proposition de rehaussement de la banque d'heures concernée par les effectifs médicaux en gériatrie a été déposée au Département régionale de médecine régionale, à l'Agence et au Ministère. Toutes les instances régionales et locales concernées ont été alertées et mises à contribution. En cette date, la situation présente toujours un défi malgré les efforts concertés de tous par rapport au recrutement. En attendant de pouvoir stabiliser la situation, des propositions de réduction d'activités cliniques ont été formulées auprès du comité de direction et sont à l'étude pour équilibrer les ressources médicales et l'offre de service. Nous avons également procédé à un appel de candidature à travers les médias.

Pharmacie

La mission principale de la pharmacie du Jeffery Hale - Saint Brigid's est 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.

En septembre 2011, les deux départements de pharmacie du Jeffery Hale et de Saint Brigid's se sont fusionnés pour créer un département de pharmacie unique. La gestion de la pharmacie est assurée par la chef de département, madame Catherine Nadeau, et la chef adjointe, madame Michelle Carrier. L'actualisation du système automatisé robotisé de la distribution des médicaments (SARDM) a notamment marqué l'année 2011-2012. L'équipe de la pharmacie s'est démarquée dans le cadre de ce projet en recevant, au printemps 2012, le Prix Ovation pour sa contribution exceptionnelle au succès de cette réalisation. Leurs efforts concertés et hors de l'ordinaire ont contribué à réduire les risques d'erreurs et la charge de travail du personnel infirmier. L'implantation de l'emballeuse-ensacheuse permet ainsi la distribution centralisée des médicaments à partir du Jeffery Hale.

Suite à la fermeture, cet hiver, de l'usine SANDOZ au Canada, les établissements de santé ont fait face à un réel défi dans l'approvisionnement de leurs médicaments. La chef de la pharmacie a participé activement aux modalités et suivis pour assurer la disponibilité des médicaments. La pharmacie a également fait preuve d'initiatives et de créativité en trouvant des solutions et des alternatives pour remplacer certains médicaments non disponibles et essentiels pour nos résidents. Suite à nos mesures pour optimiser l'utilisation des médicaments et le suivi rigoureux apporté à la situation, l'approvisionnement demeure correct, mais fragile.

Faits saillants

Principales réalisations	Résultats obtenus	Mesures / Indicateurs de succès
Circuit du médicament - Système automatisé robotisé de la distribution des médicaments (SARDM)	Implantation et actualisation complète du système automatisé (emballeuse-ensacheuse, chariots de distribution et de livraison) et des nouveaux outils informatiques au Jeffery Hale et à Saint Brigid's.	Objectif atteint à 100 % et implantation terminée autant au niveau du personnel médical, de la pharmacie et des soins infirmiers.
Plan d'amélioration continue (Quali-cycle / agrément) <i>Pratiques organisationnelles requises (POR)</i>	Maintien rigoureux des POR mises en place, notamment : - le bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission, au transfert et au départ; - l'évaluation systématique du risque de chute dans les lits d'UTRF.	Révision de la politique et procédure « Bilan comparatif des médicaments (BCM) » à l'admission, transfert et congé du patient. Le BCM devient l'ordonnance d'admission.
Politiques et procédures	Élaboration et adoption des politiques et procédures suivantes : Politiques « Exécution des ordonnances médicales avec le système d'ensachage »	

Principales réalisations	Résultats obtenus	Mesures / Indicateurs de succès
	- Politique et procédure de gestion des médicaments via l'Automed^{md} au département de pharmacie - Politique « Rédaction des ordonnances médicales »	
Garde en pharmacie	Modalités de la garde en pharmacie à Saint Brigid's et au Jeffery Hale.	Ces modalités ont été revues et sont en vigueur.
Publications	Rédaction ou révision d'articles divers d'information et sur la sécurité : Bulletin <i>Action prévention</i> : - Révision d'un document sur La gale. Juillet 2011 (Michèle Plante) Le SARDM chez nous. Septembre 2011 (Michelle Carrier, Michèle Plante, Catherine Nadeau) Manipulation des médicaments : Vigilance. Mai 2011 (Michelle Carrier, Michèle Plante, Catherine Nadeau) L'Apothicaire de poche (février 2012). - Révision des chapitres sur la douleur et sur la démence (Michèle Plante) Publication 3 Avis (avril 2011) Gestion sécuritaire des médicaments. (Michelle Carrier)	Nombre de publications réalisées.

Prévention des infections

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

- ➔ élabore, révisé et adapte les protocoles de prévention des infections en s'appuyant sur les normes, les lois, les règlements et les données de la littérature et en assure l'actualisation.
- ➔ exerce une vigilance à l'égard des problèmes infectieux et émet des recommandations pour prévenir la transmission;
- ➔ élabore et dispense le programme de formation en prévention des infections à l'ensemble du personnel de l'établissement ainsi qu'aux stagiaires et aux bénévoles;
- ➔ agit à titre d'experte-conseil auprès des professionnels et gestionnaires des différents secteurs d'activité pour l'instauration et le maintien des normes et protocoles reliés à la prévention des infections.

Faits saillants

Le comité de travail pour la vaccination saisonnière est devenu un sous-comité permanent de la prévention des infections. Avec la mise en place de ce comité, nous assurons une vigilance et l'accessibilité à la formation du personnel vaccinateur et la mise en place efficace des différentes cliniques de vaccination.

Principales réalisations	Résultats obtenus	Mesures / Indicateurs de succès
Mise en place du Manuel de prévention et contrôle des infections	- Diffusion sur les unités de soins et dans les différents services. - Présentation du manuel aux différents intervenants.	Distribution de 34 manuels.

Principales réalisations	Résultats obtenus	Mesures / Indicateurs de succès
Mise en place d'un volet prévention des infections sur le site Intranet de l'établissement	Offrir l'accessibilité à tous les intervenants de l'établissement.	Tout le personnel ayant accès à un poste informatique a la possibilité de consulter le <i>Manuel de prévention des infections</i> en ligne.
Formation du personnel du service d'hygiène/salubrité	Le personnel d'hygiène et salubrité a été rencontré au Jeffery Hale et à Saint Brigid's afin de recevoir une formation sur l'hygiène des mains et l'utilisation adéquate des gants à usage unique.	Quatre rencontres réalisées avec le personnel de jour et de soir : deux au Jeffery Hale et deux à Saint Brigid's.
Journée internationale d'hygiène des mains	- Réalisation d'un concours (jeu-questionnaire) sur l'hygiène des mains. - Kiosque d'information pour le personnel dans chaque centre. - Activité de sensibilisation auprès des résidents dans chaque centre.	150 participants au concours sur une possibilité de 300. - Une séance d'information pour chaque quart de travail. - L'activité de l'après-midi avec les résidents a été consacrée à l'hygiène des mains.
Audit d'hygiène des mains	Maintenir les audits de lavage des mains sur les unités de soins et au service alimentaire	- Audit fait au service alimentaire du Jeffery Hale. - Audit fait lors de l'éclosion sur deux unités de soins au Jeffery Hale et 3 unités de soins à Saint Brigid's. - Audits faits de façon aléatoire sur différentes unités de soins.
Faire la promotion de la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque auprès de la clientèle en hébergement	- Vaccination annuelle contre l'influenza sur les unités de vie. - Vaccination contre le pneumocoque lors de l'admission d'un nouveau résident	80% des résidents sont vaccinés selon leur volonté. - La vaccination contre le pneumocoque est offerte à la clientèle dès l'admission et est administré aux résidents qui ne l'ont jamais reçu auparavant, selon leur volonté.
Publications	- Bulletin <i>Action prévention</i> - L'hygiène des mains, mars 2011 - Le zona une maladie à ne pas prendre à la légère, juin 2011 - La gale, septembre 2011 - La prévention des infections, une préoccupation au JHSB, janvier 2012	Nombre de publications réalisées.

3.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité

L'année 2011-2012 a été remarquable au point de vue de la consolidation de nos efforts visant l'excellence et la qualité de nos programmes de soins infirmiers, de déontologie et de gestion des risques. En voici quelques points forts.

Rehaussement de la pratique infirmière : Dans le cadre de l'initiative pour explorer des nouveaux domaines pour des stages en soins infirmiers, Jeffery Hale - Saint Brigid's offre aux étudiants, au niveau du baccalauréat, l'occasion d'acquérir des connaissances et de l'expérience dans le domaine des soins palliatifs. Ce stage novateur d'une durée de 36 jours se répartit en trois volets : les soins palliatifs dans la collectivité, le rôle de l'infirmière ou l'infirmier de liaison en soins palliatifs et l'expérience au sein du service de soins palliatifs.

La mise en œuvre d'ordonnances collectives constitue toujours une grande priorité de la DSIQ. Notre service d'urgence a, au moyen de la formation en ligne (*Camtasia and Moodle*), mis en œuvre sept ordonnances collectives.

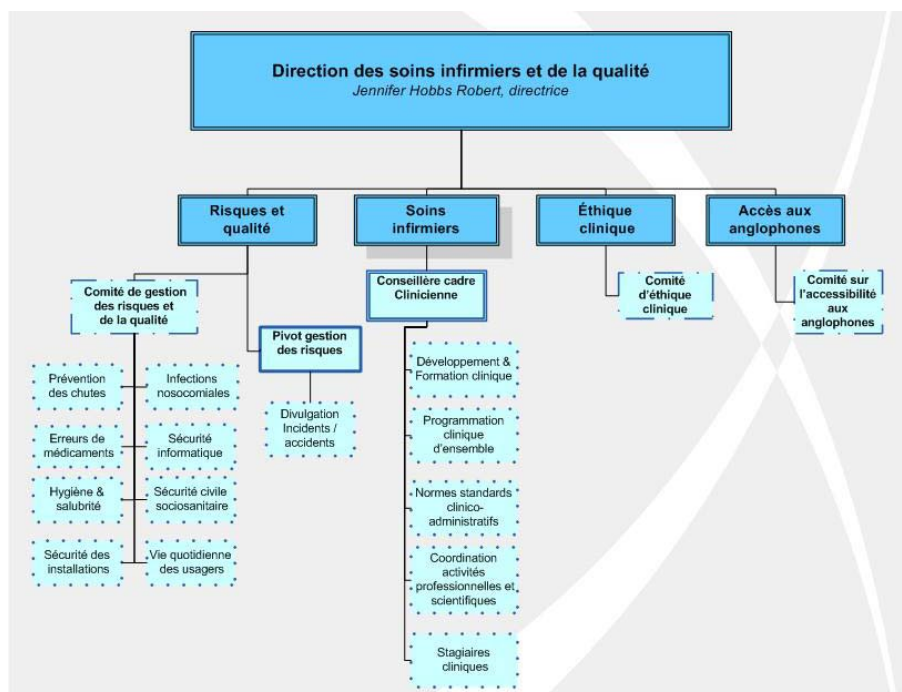
Dans le but d'aider notre personnel infirmier à se conformer à la nouvelle norme de l'OIIQ encadrant la formation continue, la DSIQ a donné neuf sessions d'information et de formation par le biais du très populaire programme « Café compétences ». Notre Conseil des infirmières et infirmiers et d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés continue de reconnaître et de promouvoir la contribution qu'apportent ses membres à la qualité des services dispensés à la clientèle.

Amélioration continue de la qualité : La priorité de la DSIQ est de travailler collectivement, la direction, le personnel, la clientèle, les familles et les bénévoles, afin d'assurer des soins sécuritaires prodigués avec compassion et qui soient à la fois de haute qualité et valables sur le plan éthique. Nos publications sur la gestion des risques, nos rapports trimestriels, nos feuillets d'information *Quali-Cycle*, nos bulletins sur la prévention des infections ainsi que nos sessions d'informations du programme d'éthique clinique sont tous des outils de communication qui nous aident à faire circuler l'information sur ces sujets essentiels pour tous les intéressés.

Nous prévoyons une année stimulante avec une visite d'Agrément Canada en mars 2013. Nous avons hâte de poursuivre la voie de l'excellence; travailler ensemble à l'interne ainsi qu'avec notre collectivité pour assurer que tout ce que nous faisons reflète la grande priorité du Jeffery Hale-Saint Brigid's, celle de...la qualité, la sécurité et la compassion.

Jennifer Hobbs Robert
Directrice des soins infirmiers et de la qualité

Organigramme - DSIQ au 31 mars 2012



Soins infirmiers

Sous la responsabilité de la directrice, madame Jennifer Hobbs Robert, en étroite collaboration avec madame Harriet Lépine, conseillère cadre clinicienne, la Direction des soins infirmiers et de la qualité assume un ensemble de responsabilités qui visent à assurer la qualité des soins infirmiers, le maintien des compétences cliniques et le développement et la promotion d'une pratique professionnelle avancée en soins infirmiers. Parmi ses nombreuses responsabilités, mentionnons notamment :

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

Gestion des risques et amélioration continue de la qualité

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

La DSIQ travaille en étroite collaboration avec tous les secteurs d'activité au développement et à l'implantation de notre approche intégrée en gestion des risques.

Éthique

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

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

Dans ce contexte, le comité d'éthique clinique poursuit ses activités visant à développer un cadre de réflexion éthique. Les faits saillants 2011-2012 du comité sont résumés dans la partie 4, au point 4.2.8 du présent rapport.

Le travail de base a été lancé pour l'élaboration de notre cadre de référence en matière d'éthique. Ces normes englobent les valeurs et les principes éthiques qui guident les décisions cliniques et administratives au sein de notre établissement ainsi que les comportements attendus de l'ensemble des administrateurs, des gestionnaires, du personnel, des médecins, des bénévoles, et des stagiaires.

Accès aux anglophones

Se référer à la section 1.4 du présent rapport, intitulée « Caractéristiques des populations desservies ».

3.5 Direction des ressources humaines

La Direction des ressources humaines (DRH) exerce un rôle déterminant de conseil et de support nécessaire 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 : le recrutement, la gestion de la liste de rappel, le service de paie, l'interprétation des conventions collectives, la formation, la reconnaissance et la gestion de la santé et sécurité au travail.

L'année 2011-2012 a été marquée par l'entrée en vigueur de notre politique de reconnaissance, une reprise au niveau des activités du comité paritaire de santé et de sécurité au travail (CP SST) et la consolidation de plusieurs pratiques reliées au processus de dotation pour s'assurer que les efforts de recrutement donnent le résultat escompté : un personnel compétent et engagé.

L'amélioration continue est aussi une préoccupation de la Direction des ressources humaines. Comme les autres établissements de la région, nous avons participé à différents comités régionaux qui préparent des projets d'optimisation tels que la mise en commun potentielle de certains services ou activités ressources humaines comme les services de la paie, les services juridiques, les services santé, la dotation, la formation, etc., et nous avons amorcé un Kaizen pour la gestion de nos dossiers de gestion de la présence au travail (absentéisme).

Les activités en lien avec le début de la démarche organisationnelle «Entreprise en santé» ont été encadrées par la DRH. Le comité de direction s'est engagé dans le processus de validation pour que notre établissement soit accompagné par le «Programme santé des organisations et des individus (PSOI)». De plus, le comité de direction est très favorable à la démarche et voit la complémentarité entre «Entreprise en santé» et le processus d'amélioration continue d'Agrément Canada.

La DRH supporte les gestionnaires dans la gestion de leur personnel avec des conseils en lien avec les dossiers disciplinaires et administratifs. Cette année une attention particulière a été donnée aux dossiers d'absentéisme chronique pour s'assurer que les employés soient en mesure de fournir une prestation de travail normale et soutenue.

Le pouvoir d'attraction et de rétention du JHSB repose sur plusieurs facteurs, incluant la qualité du milieu du travail et le fait de pouvoir travailler dans un milieu bilingue. C'est dans cette optique que la direction des ressources humaines prévoit continuer à promouvoir ces attraits et poursuivre ses efforts en vue d'être reconnue comme une organisation accueillante, compétente, apprenante et reconnaissante.

Ann Martell
Directrice des ressources humaines

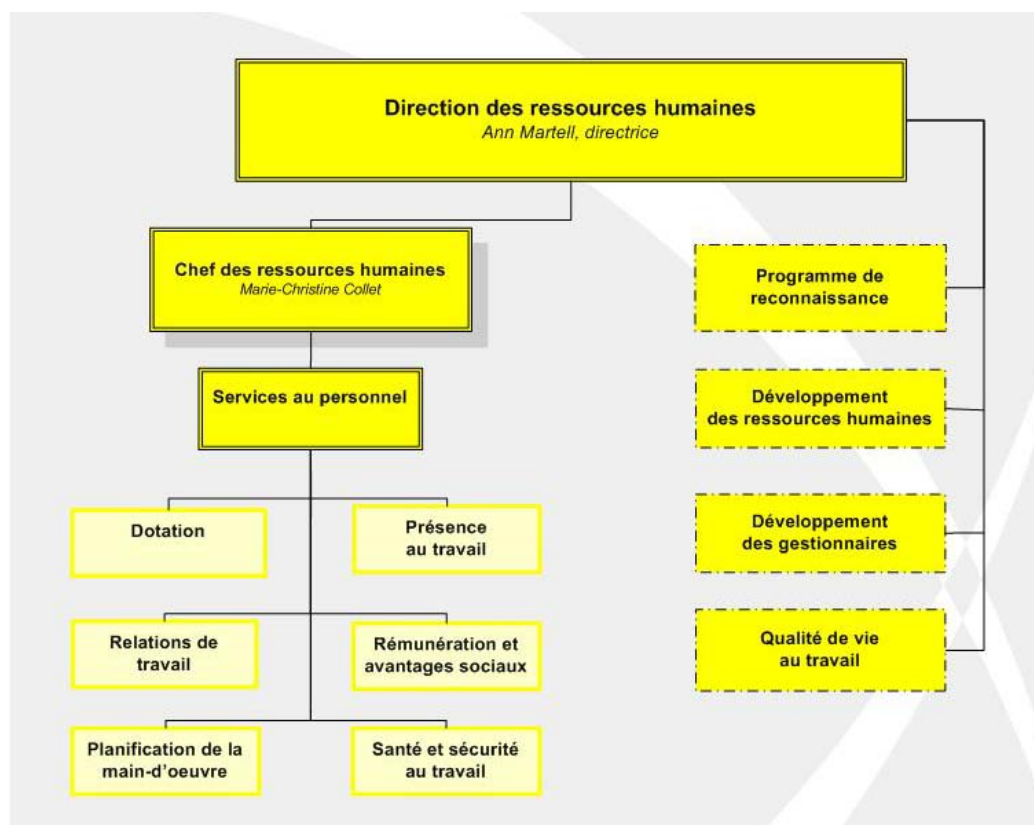
Ressources humaines

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

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

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

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



Effectifs du Jeffery Hale - Saint Brigid's au 31 mars 2012
(extrait du rapport financier annuel AS-471)

	Exercice en cours 2011-12	Exercice antérieur 2010-2011
Personnel détenteur de postes		
Les cadres (en date du 31 mars 2012)		
▪ Temps complet, nombre de personnes..... (excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi)	17	17
▪ Temps partiel, nombre de personnes..... Équivalents temps complet (excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi)	1 0,80	1 0,80
▪ Nombre de cadre en stabilité d'emploi.....	0	0
Le personnel régulier (en date du 31 mars 2012)		
▪ Temps complet, nombre de personnes..... (excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi)	227	226
▪ Temps partiel, nombre de personnes..... Équivalents temps complet (excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi)	216 122	200 108,52
▪ Nombre d'employés en sécurité d'emploi.....	0	0
Personnel non détenteur de postes		
Les occasionnels (en date du 31 mars 2012)		
▪ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice.....	193 619	183 308
▪ Équivalents temps complet (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))	106	100

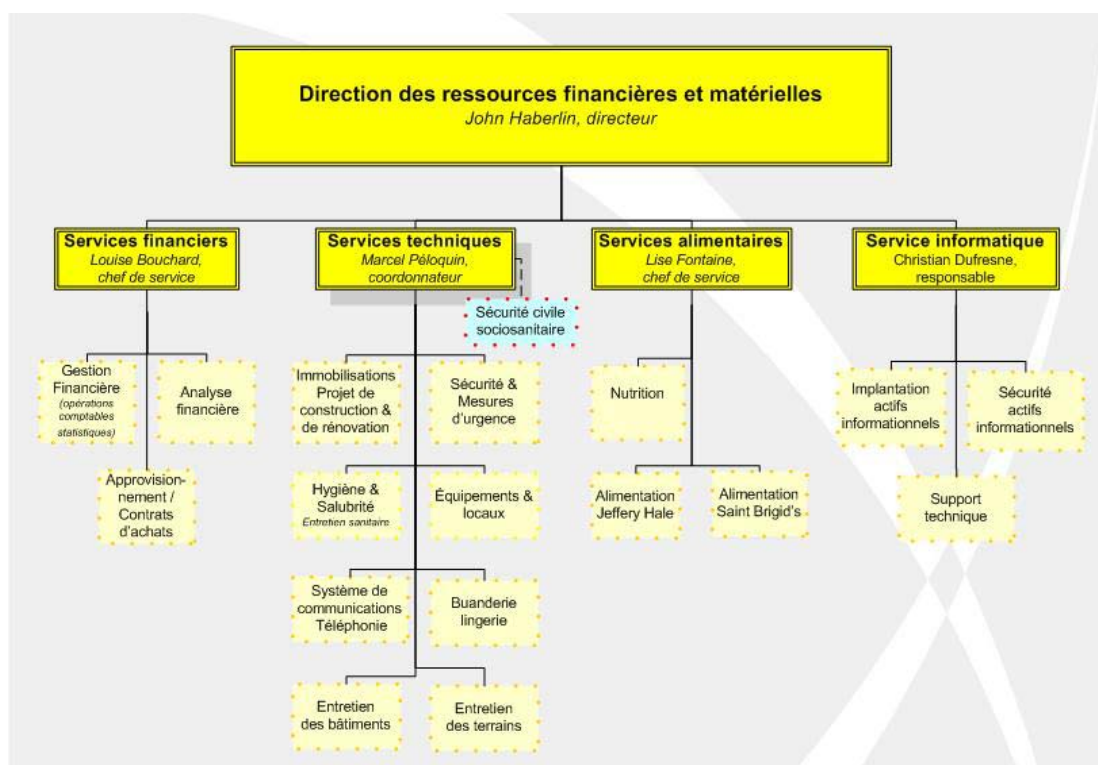
3.6 Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

La Direction des ressources financières, techniques et informationnelles comprend sous sa gouverne : les services financiers, les services techniques (*hygiène salubrité, services immobiliers*), les services alimentaires et les services de l'informatique. En tant que programme support, notre direction a comme mission de supporter les programmes qui sont en lien directs avec la clientèle.

Notre objectif premier est d'assurer que les services que nous offrons contribuent à la qualité et sécurité des services aux usagers de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Étant donné les ressources financières limitées de notre organisation, nous devons constamment privilégier des approches visant à optimiser nos services tout en s'assurant la plus grande efficacité dans nos activités courantes.

John Haberlin
Directeur des ressources financières, techniques et informationnelles

Organigramme - DRFM au 31 mars 2012



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 le contexte financier fort difficile de 2011-2012, le Jeffery Hale – Saint Brigid's a quand même réussi à atteindre l'équilibre budgétaire. La situation financière à venir s'avère aussi précaire vu l'annonce d'une autre vague de compressions budgétaires dans le réseau de la santé.

Nous avons poursuivi au cours de l'année l'implantation des services électroniques pour l'ensemble de nos clientèles hébergées ainsi que pour le paiement de nos fournisseurs. Nous avons mis en place les balises nous permettant de revoir le fonctionnement de notre service des approvisionnements. De plus, nous avons établi différents indicateurs de performance permettant un suivi plus rigoureux de nos finances.

À l'honneur de tous sont les efforts pour réduire les dépenses notamment au chapitre de la consommation énergétique, de la gestion des absences et de l'efficacité des processus.

Services techniques et immobiliers

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

L'année 2011-2012 a permis l'acquisition de plusieurs équipements médicaux, à la suite de l'octroi de budgets auprès de l'Agence. Ces achats ont grandement contribué à la qualité des soins, à la sécurité et au bien-être de la clientèle.

Nous avons poursuivi notre planification en vue des travaux immobiliers à venir, notamment des rénovations à l'entrée principale du Jeffery Hale et de Saint Brigid's. De plus, en lien avec l'annonce d'un budget de plus de 1 000 000 \$ pour la création d'une nouvelle unité de soins palliatifs au 3^e étage du Jeffery Hale au printemps 2013, nous avons commencé les consultations avec les acteurs concernés.

Notre établissement a également travaillé tout au long de l'année à préparer la visite d'Agrément Canada qui aura lieu en mars 2013, notamment sur divers dossiers reliés à la sécurité de la clientèle dont notre plan 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 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 2010.

Un comité de travail a revu, en 2011-2012, la méthode de distribution des repas au Jeffery Hale. Le plan d'action visant la révision de la distribution des repas au Jeffery Hale vers un service sur plateau en était à sa dernière phase au moment de rédiger ce rapport et s'actualisera en juin 2012.

Nous avons mis à jour le plan triennal visant le remplacement des équipements des services alimentaires sur les deux sites. Les coûts sont financés par une enveloppe régionale.

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

Service informatique

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

Parmi les faits saillants du secteur informatique en 2011-2012, notons particulièrement :

- sa participation à la gouvernance régionale des ressources informationnelles;

- l'implantation du système informatisé de chariots et de distribution des médicaments;
- l'installation d'un système Wi-Fi public sur tous les étages de l'établissement mis gratuitement à la disposition des usagers et des familles.
- et la présence à plusieurs comités régionaux de planification de travaux d'importance tels les dossiers cliniques informatisés, le courriel électronique, e-learning, etc.

Sécurité civile

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

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

Ce plan poursuit quatre objectifs :

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

3.7 Service des communications

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

Réalisations 2011-2012

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

- Promotion de la Qualité / Sécurité : plusieurs dépliants, communiqués et bulletins d'information, et développent de l'image de marque « Quali-cycle » pour notre processus de l'amélioration contenu.
- L'établissement en lien avec la communauté anglophone : dépliants, volet anglophone du portail santé, rapport annuel à la communauté.
- Image corporative : l'adoption du Plan de communication externe du JHSB par le Conseil d'administration; projet pilote d'installer les écrans électroniques dans la salle d'attente à l'urgence (en collaboration avec Advisia Canal Santé); mise à jour du site internet, amélioration de la signalisation extérieure, visibilité/promotion dans la communauté.
- Soutien aux directions, programmes, et instances de l'établissement : design graphique des documents de planification stratégique, gala reconnaissance, dépliants destinés à la clientèle, amélioration de la signalisation interne, membre du comité d'approche attentionnée.
- Soutien à la Fondation des Amis du Jeffery Hale et la Fondation Saint Brigid's Home et directrice de 2^e Campagne conjointe d'Entraide et de nos Fondations.

Notre site internet a accueilli, du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012, 34 770 visiteurs (comparativement à 26 039 en 2010-'11) parmi lesquels 77% consultaient pour la première fois (comparativement à 75% l'année précédente).

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

Membres sortants (31 janvier 2012) :

D^r Jacques Bourgeois, CMDP
D^r Alec Cooper, DRMG
M^{mes} Lucie Desmeules & Karine Morel, CM
M^{me} Sharon Frenette, population
M. Christian Dufresne, personnel non clinique
M^{me} Kathleen Mulligan, CII
M. Roger W. Laliberté, cooptation

Comité administratif

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

Comité de vérification

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

Comité d'éthique et de déontologie des administrateurs

Fin de mandat : 14 mars 2012

M^{me} Lucie Desmeules, présidente
M^{me} Christiane Dion, vice-présidente
M. Richard Walling, secrétaire

Comité de gouvernance et d'éthique

Constitué le 7 février 2012

M^{me} Joanne C.-Robertson, présidente
M. Richard Walling, vice-président
M^{me} Christiane Dion

M^{me} Gertrude Grogan

M. Louis Hanrahan, DG/membre d'office

Comité de vigilance et de la qualité

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

Comité de révision des règlements

M. Roger Lemire, président
M^{me} Lucie Desmeules, vice-présidente
M. Louis Hanrahan, DG / membre d'office

Comité pour l'évaluation du directeur général

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

Les instances professionnelles

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

D^r Benoît Dumais, DSP, président intérimaire et membre d'office
D^r Catherine Gagnon
D^{re} Micheline Tremblay, trésorière
D^{re} Marie Martineau
M^{me} Catherine Nadeau, pharmacienne
Un membre représentant l'Urgence (en rotation)
M. Louis Hanrahan, DG / membre d'office
D^{re} Mary Delafield (démissionnaire)

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

M^{me} Harriet Lépine, présidente
M^{me} Myriam Laroche, vice-présidente
M^{me} Kathleen Mulligan, secrétaire, représentante au C.A. jusqu'au 31 janvier 2012
M^{me} Marie-Paule Parent, représentante au C.A. depuis le 1^{er} février 2012
M^{me} Johanne Pétrin, déléguée aux communications
M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité / membre d'office

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

M. Daniel-André Trotter, président
M^{me} Nancy Lemieux, vice-présidente
M^{me} France Nollet, secrétaire
M^{me} Madeleine Lindsay, déléguée aux communications
M^{me} Harriet Lépine, conseillère cadre clinicienne / membre d'office

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

Conseil multidisciplinaire (CM)

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

Autres instances

Comité de gestion des risques et de la qualité

D^r Benoît Dumais, président, directeur des services professionnels, risque rattaché à la sécurité civile
M^{me} Christiane Dion, Conseil d'administration
M^{me} Monique Brisson, Comité usagers
D^{re} Catherine Gagnon, CMDP
M^{me} Kathleen Mulligan, CII
M^{me} Hélène Bédard, CM
M^{me} Geneviève Dorval, ergothérapeute, risque rattaché aux chutes et contentions (temporairement remplacée par Marie-Josée Goupil, TRP)
M^{me} Marie-Paule Parent, conseillère en prévention des infections, risque rattaché aux infections nosocomiales
M^{me} Michelle Carrier, pharmacienne, risque rattaché aux erreurs de médicaments
M^{me} Chantal Grenier, pilote de système, risque rattaché à la sécurité informatique
M. Guy Cantin, agent adm., risque rattaché à l'hygiène et salubrité
M. Marcel Péloquin, coordonnateur serv. techniques, risque rattaché à la sécurité des installations
M^{me} Lucie Lachance, tech. éduc. spécialisée, risque rattaché aux activités de vie quotidiennes
M. Guy Pelletier, commissaire aux plaintes / Membre d'office
M^{me} Harriet Lépine, conseillère cadre clinicienne, CII & pivot gestion des risques et de la qualité / Membre d'office
M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité / Membre d'office

Comité de révision

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

Comité d'éthique clinique

M^{me} Christiane Dion, C.A.
M. Pierre Robitaille, Comité usagers
D^{re} Micheline Tremblay, CMDP

M^{me} Harriet Lépine, conseillère cadre clinicienne, CII
M^{me} Geneviève Dorval, ergo, CM (temporairement remplacée par Julie Roberge, travailleuse sociale)
Père Lawrence Kalule, pastoral
M^{me} Anne Jougis, physio, Gériatrie communautaire
M^{me} Marielle Allard, Préposée aux bénéficiaires, Hébergement Jeff
M^{me} Paule Vallières, éduc. spécialisée, Hébergement SBH
M^{me} Louise Lagacé, chef des services généraux, Serv. généraux et communautaires
M^{me} France Gaudet, Ergo, Services communautaires
M^{me} Nathalie Fortin, trav. sociale, chef d'équipe, Services communautaires
M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers / membre d'office
D^r Benoît Dumais, DSP / invité
M. Mario Soucy, DGA / invité
M. Louis Hanrahan, DG / invité

Comité des usagers JHSB

M. François Fleury, président, membre délégué au C.A., Services généraux
M. Nicolas Poirier, vice-président, Comité des résidents SBH
M^{me} Gertrude Grogan, trésorière, membre délégué au C.A. / Services communautaires de langue anglaise
M^{me} Monique Brisson, secrétaire, Toute provenance
M^{me} Marie Laroche, administratrice, Serv. gériatriques HJH
Poste vacant, Serv. gériatriques SBH
M. Pierre Robitaille, administrateur
Comité des résidents HJH
M. François Drouin, (démissionnaire)
M^{me} Livette Ouellet, (démissionnaire)
M. François Dussault, (démissionnaire)

Comité des résidents Jeffery Hale

M. Pierre Robitaille, président
M^{me} Huguette Lavoie, vice-présidente
M. Alain Côté, trésorier
M^{me} Jocelyne Dubé, secrétaire
M^{me} Andrée Delisle
M^{me} Claire Gagnon Sauvageau
M. Pierre Lachance
M. Patrick Maguire
M^{me} Laurette Moreault
M^{me} Marie Patenaude
M. Stéphane Marcoux, chef de l'hébergement JH / Personne ressource

Comité des résidents Saint Brigid's

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

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

4.2.1 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Composition

Les membres de l'exécutif CMDP sont :

- Dr Benoît Dumais, président intérimaire et directeur des services professionnels, membre d'office
- Dre Catherine Gagnon,
- Dre Micheline Tremblay, trésorière
- Dre Mary Delafield
- M^{me} Catherine Nadeau, chef de la pharmacie
- Un membre représentant le département de l'urgence (*invité régulièrement*)
- M. Louis Hanrahan, directeur général et membre d'office

Faits saillants

L'exécutif du CMDP a tenu six (6) réunions régulières et la participation des membres de l'exécutif a été très profitable étant donné l'assiduité de la présence de chacun des membres que nous remercions pour leur étroite collaboration. L'assemblée générale annuelle qui a eu lieu le 15 juin 2011 s'est avérée très intéressante et a permis de rassembler les membres de manière très positive au sein de notre établissement.

Le comité de pharmacologie a tenu cinq (5) réunions régulières couvrant la même période et fait l'objet d'un rapport spécifique et détaillé dans les pages suivantes.

En ce qui concerne le comité des titres, l'exécutif du CMDP a encouragé le département de l'urgence et le département de gériatrie à travailler sur la révision des décès, les situations cliniques survenant après une chute d'un bénéficiaire et enfin le traitement des infections des tissus mous au niveau du département de l'urgence.

Le département de gériatrie est interpellé en particulier sur les deux premiers thèmes et l'exécutif du CMDP a insisté auprès des deux départements concernés pour que ces études soient faites sur une base régulière et soutenue et à cet effet, nous attendons les recommandations en 2012-2013.

Comité des titres

Le comité des titres qui analyse la candidature des membres du CMDP, a formulé des recommandations au conseil d'administration relativement aux dossiers des professionnels. Le conseil d'administration les a approuvées et entérinées suivant la recommandation favorable du CMDP. Ces dossiers sont :

1. Démissions des D^{res} Anne Bérubé, Mary Delafield, Suzanne Lavoie, Hélène L'Espérance et des D^{rs} Pierre Lebouthiller, Claude Pouliot, Michel Sirois et Pierre Verrette.
2. Nomination de M^{me} Catherine Nadeau comme chef de département de pharmacie pour une période de quatre ans et de M^{me} Michelle Carrier comme adjointe au chef de département pour quatre ans.
3. Privilèges au Dr Daniel D'Amours comme membre-conseil en cardiologie.

Qualité de l'acte

Rappelons qu'au cours de ces exercices annuels, l'exécutif du CMDP n'a pas eu à travailler de dossiers concernant la qualité de la pratique de ses membres et n'a pas eu à faire face à des problèmes de compétence. De plus, aucune plainte n'a été formulée et analysée auprès des membres du CMDP et par le médecin examinateur et aucun problème de discipline n'est survenu au cours de cette période.

L'exécutif du CMDP a été consulté pour les différents dossiers suivants :

- Le plan stratégique de l'établissement 2012-2015.
- Le fonctionnement du comité éthique.
- Le nouveau Manuel de prévention des infections.
- La politique et les protocoles concernant les accidents sanguins.
- Le protocole de la disposition des cadavres non réclamés.

- Les paramètres suggérés aux médecins du Québec en ce qui concerne l'utilisation des médias sociaux.
- La situation concernant la distribution des médicaments au Canada et au Québec via les problèmes survenus auprès du fournisseur unique qui est la compagnie Sandoz.
- La collaboration souhaitée de tous les pharmaciens, médecins et infirmières de notre établissement pour trouver des alternatives à ces pénuries des médicaments qui sont survenues lors de cette même période de calendrier.

Objectifs spécifiques travaillés par l'exécutif du CMDP :

- Le protocole de sédation en gastroentérologie.
- La situation des effectifs médicaux à l'urgence et en gériatrie.
- L'adoption de plusieurs ordonnances collectives permettant de faciliter l'organisation du travail au sein des services généraux.
- Le suivi des recommandations de la dernière visite du Collège des médecins du Québec.
- La gestion des risques au sein de l'établissement dans un contexte de sécurité, de qualité et d'amélioration continue de la qualité.

Adoption du protocole de sédation en gastroentérologie

L'exécutif a porté beaucoup d'attention pour assurer à notre clientèle un milieu de qualité et sécuritaire de manière continue en adoptant un protocole très serré au niveau de la sédation offerte à notre clientèle et des paramètres de surveillance. Plusieurs recommandations ont été faites au service de gastroentérologie, à l'équipe de direction et en particulier aux services généraux de notre établissement afin d'améliorer la situation au niveau du personnel infirmier, d'améliorer les équipements de surveillance et la nécessité de faire adopter un protocole pharmacologique au niveau de la sédation et de la surveillance très étroite répondant aux normes modernes. Tous les suivis concernant ces paramètres ont été faits de façon rigoureuse auprès des directeurs, des gestionnaires, du personnel infirmier et du personnel médical.

Le plan des effectifs médicaux

Présentement, la situation des effectifs médicaux à l'urgence est stable et ne présente pas de problème puisque la couverture est de 8 h à 22 h, ce qui correspond aux objectifs de l'organisation. Par ailleurs, en gériatrie, la situation est critique en raison de départs à la retraite de plusieurs de ses membres. Le département de gériatrie a donc procédé à une réorganisation du travail pour couvrir le mieux possible les services cliniques offerts à notre clientèle. Tous les efforts pour recruter sont maintenus afin de stabiliser la situation.

La collaboration de la direction et de la gestion au niveau de l'organisation des services cliniques et des ressources offertes à notre clientèle a été souhaitée et obtenue en lien étroit avec les effectifs médicaux présents actuellement en gériatrie afin de stabiliser la situation.

Ordonnances collectives

Pour faciliter l'organisation du travail au sein du département de l'urgence et améliorer les conditions de travail des infirmières, l'exécutif du CMDP a accepté plusieurs ordonnances collectives qui sont présentement en place suite à la formation pertinente du personnel infirmier concerné.

Suivi des recommandations du Collège des médecins du Québec

À chaque réunion de l'exécutif du CMDP, les membres se préoccupent des recommandations de la dernière visite du Collège qui visent à améliorer la gouvernance sur le fonctionnement du CMDP et à améliorer la situation précise sur des paramètres cliniques au niveau du département de gériatrie. La D^{re} Agnès Cencig, chef du département de gériatrie, assure le suivi de chacune de ces recommandations et fait un rapport périodique à l'exécutif du CMDP.

Présentement, le département de l'urgence est à réviser son règlement interne et le proposera avant le mois de juin 2012 à l'exécutif du CMDP. Ce règlement sera déposé au conseil d'administration du 12 juin.

Gestion des risques, amélioration continue de la qualité et optimisation de la sécurité des services

Ce point revient à l'ordre du jour à toutes les réunions de façon formelle. Les états de situation trimestriels sont exposés en termes de gestion des risques aux membres de l'exécutif du CMDP qui assurent la direction de leur appui à cet objectif important pour notre clientèle.

Conclusion

Le fonctionnement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de notre établissement a été très adéquat en cours d'année et les travaux en 2012-2013 se poursuivent dans le même esprit. Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont assumé des responsabilités en regard des différents comités et problématiques pour lesquels l'exécutif du CMDP s'est impliqué.

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

Mandat général

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 pour 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.

Composition

Le comité de pharmacologie du Jeffery Hale – Saint Brigid's est composé de :

- Madame Michelle Carrier, pharmacienne, présidente
- Madame Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité
- Madame Kathleen Mulligan, infirmière SCLA en milieu scolaire
- Madame Nathalie Martel, conseillère-cadre en activité clinique au Jeffery Hale
- Docteur Marie E. Martineau, médecin au département de gériatrie
- Madame Michèle Plante, pharmacienne
- Docteur Micheline Tremblay, médecin au département de gériatrie

Bilan des activités

Le comité de pharmacologie du Jeffery Hale – Saint Brigid's a tenu cinq réunions en 2011-2012. Les membres ont discutés des généralités et traité des sujets suivants :

- Abréviations dangereuses. (indicateur de qualité)
- Action-prévention - contribution de la pharmacie.
- Ajout du point suivant en permanence à l'ordre du jour : médicament non au formulaire (RAMQ) ou d'exception.
- Bilan comparatif des médicaments

- Formation de certains membres sur « La prescription appropriée chez la personne âgée ».
- Gestion des risques - rapport incidents/accidents concernant les médicaments.
- Insuline en soin hébergement.
- Indicateurs de qualité par secteur.
- Lucentis dans la dégénérescence maculaire.
- Norme sur la gestion des médicaments selon Agrément Canada.
- Ordonnance collective – Initier la contraception hormonale pour SCLA.
- Ordonnance collective - Contraception d'urgence (COU) plan B pour SCLA.
- Officialiser que la feuille d'ordonnance de BCM soit l'ordonnance d'admission.
- Politique d'Exécution d'ordonnances médicales avec le système d'ensacheuse.
- Politiques et procédures pour les médicaments dangereux.
- Procédure de diffusion des politiques, procédures, outils d'évaluation, protocoles et ordonnances collectives.
- Questionnement sur l'Ordonnance collective concernant la médication per os.
- Révision de la Politique du bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission, au transfert et au congé du patient.
- Révision de la politique et procédure : Médicaments à haut risque.
- Révision des ordonnances collectives – section soins de bouche.
- Restriction d'approvisionnement des produits Sandoz – impact.
- Rocephin (ceftriaxone) dans les cellulites à l'urgence.
- R.U.M. – obligation annuelle.
- Substitution automatique de l'Avelox pour Levaquin.

Réalisations

- Abréviations dangereuses - compilation de statistiques.
- Approbation de l'ordonnance collective - Contraception d'urgence (COU) plan B pour les services communautaires de langue anglaise (SCLA).
- Révision du protocole : Médicaments pouvant être administrés sous ordonnance collective.
- Révision annuelle de la Politique et procédure médicaments à haut risque.
- Révision de la Politique du Bilan Comparatif des Médicaments (BCM) à l'admission, au transfert et au congé du patient.
- Approbation et révision de l'ordonnance collective – Initier la contraception hormonale pour les SCLA.
- Participation à deux publications dans le bulletin « *Action prévention* » - Le «SARDM chez nous » (septembre 2011) et « Manipulation des médicaments : Vigilance » (mai 2011).
- Rédaction d'une note de sensibilisation concernant le Lucentis dans la dégénérescence maculaire pour les médecins du département de gériatrie et notre clientèle hébergée.
- Rédaction d'une note concernant l'utilisation du Rocephin (ceftriaxone) dans les cellulites à l'urgence pour les médecins et le personnel de l'urgence.

Objectifs en cours

- Politiques et procédures des médicaments dangereux.
- Prévoir pour septembre un mémo sur les abréviations dangereuses (statistique) et diffusion des abréviations autorisées.

Objectifs non réalisés ou reportés en 2012-2013

- La prescription de médicaments à visée préventive en soins de longue durée.
- La révision du traitement de la constipation.
- Questionnaire/sondage sur les sujets à discuter au sein du comité de pharmacologie.

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

Aucun RUM pour l'année 2012 (implantation aux 2 sites du nouveau système de distribution de médication ensachée)

4.2.2 Conseil des infirmières et infirmiers et des infirmières et infirmiers auxiliaires

Mandat général

La philosophie du Conseil des infirmières et infirmiers et des infirmières et infirmiers auxiliaires (CII-CIIA) se doit d'être le reflet des valeurs de ses membres. Le CII-CIIA constitue la voix de l'ensemble des infirmières et infirmiers et des infirmières et infirmiers auxiliaires de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Il a pour objectif de reconnaître et promouvoir la contribution des infirmières et infirmiers ainsi que des infirmières et infirmiers auxiliaires à la qualité des services dispensés à la clientèle. Les membres du CII-CIIA sont donc porteurs des recommandations des infirmières et infirmiers ainsi que des infirmières et infirmiers auxiliaires sur la qualité des soins et des services, leur complémentarité et leur organisation, tout en tenant compte des ressources humaines et financières disponibles.

Composition

Le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers et des infirmières et infirmiers auxiliaires de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's (CII-CIIA) est composé d'infirmières et d'infirmières auxiliaires choisies par et parmi les infirmières et infirmières auxiliaires qui exercent au Jeffery Hale – Saint Brigid's.

- Madame Harriet Lépine, présidente CII
- Madame Myriam Laroche, vice-présidente CII
- Madame Kathleen Mulligan, secrétaire CII
- Madame Johanne Pétrin, déléguée aux communications CII
- Madame Marie-Paule Parent, représentante du CII au conseil d'administration
- Monsieur Daniel-André Trottier, président CIIA
- Madame Nancy Lemieux, vice-présidente CIIA
- Madame France Nolet, secrétaire CIIA
- Madame Madeleine Lindsay, déléguée aux communications CIIA
- Madame Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité

Priorités ou objectifs spécifiques de l'année

- Réviser les nouvelles ordonnances collectives de l'établissement (Phase 3 – Urgence).
- Suivre l'évolution du projet de formation en ligne novateur pour la phase 3 des ordonnances collectives (Camtasia / Moodle).
- Approuver les nouvelles politiques et procédures, les nouveaux outils, protocoles et règles de soins afin d'en assurer la qualité.
- Poursuivre la formation continue non accréditée via le programme « Café compétences ».
- Formuler des avis à la Direction générale sur la qualité des soins de l'établissement.
- Collaborer avec la Direction des soins infirmiers et de la qualité à l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers, au maintien de la compétence professionnelle et au suivi du programme d'inspection professionnelle en lien avec l'agrément.
- Répondre aux demandes d'avis et de consultation sur les différentes politiques et orientations de l'établissement.
- Promouvoir le rôle et la présence du CII-CIIA dans l'établissement.

Bilan des activités

Au cours de l'année 2011-2012, l'exécutif du CII-CIIA a tenu sept rencontres régulières avec un taux de participation de 80 %. L'assemblée générale annuelle des membres a eu lieu le 8 mai 2012. Le rapport annuel des activités de l'année a été adopté par le conseil d'administration le 12 juin 2012 suivant la recommandation de ses membres. Le conseil a tenu des élections aux postes de déléguées aux communications, secrétaires et présidentes du CII et du CIIA. Il n'a soulevé aucune difficulté d'ordre éthique.

Questions soumises et étudiées au cours de l'année

Le CII-CIIA s'est penché sur deux questions :

- La Méthode de soins infirmiers (MSI) – Changement de micro-perfuseur à ailettes.
- La prévention des incidents et accidents – Matériel de soins : aiguilles sécuritaires.

Études en cours

Le CII-CIIA poursuit également l'étude des disciplines suivantes :

- Les aiguilles sécuritaires :
 - rencontre des représentants et des fournisseurs de matériel sécuritaires (Terumo et BD);
 - essaie des aiguilles sécuritaires par les infirmières en vaccination scolaire dont le taux de satisfaction est de 100 %.
- Danger sur l'utilisation des contenants biorisques à domicile :
 - enquête de risque sur l'utilisation des contenants biorisques;
 - étude d'appréciation de l'utilisation des contenants biorisques refermables sécuritaires.
- Qualité des soins et sécurité des patients reliée à la nouvelle structure en hébergement permanent au site Jeffery Hale :
 - 1^{er} avis remis à la Direction de l'hébergement permanent au site Jeffery Hale ;
 - utilisation des données probantes : capsules web, Philippe Voyer : Les ratios et la qualité des soins en hébergement.

Indicateurs de suivi utilisés

- Les aiguilles sécuritaires :
 - statistiques de piqûres accidentelles de l'année 2011.
- Danger sur l'utilisation des contenants biorisques à domicile :
 - étude d'appréciation de l'utilisation des contenants biorisques refermables sécuritaires : 100 % de taux de satisfaction du personnel infirmier.
- Qualité des soins et sécurité des patients reliée à la nouvelle structure en hébergement permanent au site Jeffery Hale :
 - Evaluation des statistiques du rapport trimestriel de l'établissement pour les périodes 11 et 12 de l'année 2011 et des périodes 1 et 2 de l'année 2012 (nombre d'incidents/accidents, utilisation de la main-d'œuvre indépendante et la distribution de la médication).
- Autres :
 - Taux de participation aux réunions, formations et activités des infirmières et infirmières auxiliaires.
 - Audits aux dossiers pour la surveillance postchute et les mesures de contrôle.

Recommandations au conseil d'administration

Le CII n'a pas formulé de recommandation au conseil d'administration en 2011-2012.

4.2.3 Conseil multidisciplinaire (CM)

Mandat général

- Constituer des comités de pairs, les supporter et les encadrer dans leurs projets.
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services offerts par ses membres.
- Faire des recommandations sur l'organisation scientifique et technique de tout centre exploité par l'établissement.
- Faire des recommandations sur 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.

Composition

Le Conseil multidisciplinaire compte soixante-seize membres diplômés, dont les professions sont les suivantes : animateur de pastorale, archiviste, biochimiste, conseiller en communication, éducateur spécialisé, ergothérapeute, nutritionniste, technicien en nutrition, organisateur communautaire, physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, technologue en radiologie, technologue en laboratoire et travailleur social.

Comité exécutif :

- ☉ M^{me} Hélène Bédard, nutritionniste, présidente
- ☉ M^{me} France Gaudet, ergothérapeute, vice-présidente
- ☉ M^{me} Amie Deschamps, travailleuse sociale, secrétaire
- ☉ M^{me} Hélène Fortin, thérapeute en réadaptation physique, conseillère

- ☉ M. Mario Soucy, directeur général adjoint, membre d'office

Madame Randa Fent s'est jointe à l'exécutif en mai 2011, mais elle a démissionné au cours de l'année.

Représentation de l'exécutif sur les comités et instances de l'établissement

- Conseil d'administration (Amie Deschamps, secrétaire)
- Comité de prévention des infections (Hélène Bédard, présidente)
- Comité de gestion des risques et de la qualité (Amie Deschamps, secrétaire)
- Comité d'éthique clinique (France Gaudet, vice-présidente)
- Comité qualité de vie (Hélène Fortin, conseillère)

Priorités ou objectifs spécifiques de l'année

- Poursuivre notre implication auprès des instances et des comités de l'établissement.
- Activité de reconnaissance des professionnels.
- Définir nos actions d'implication en vue de supporter les comités de pairs.
- Réviser les règlements.
- Poursuivre la consultation de tout document remis par l'employeur ou les employés.

Bilan des activités, avis formulés ainsi que leurs suites

Le comité exécutif du CM a tenu six rencontres en 2011-12, avec un taux de participation de 80 %. Il a organisé deux rencontres avec tous ses membres. Le taux de participation de ces deux rencontres a été de 40 %.

Principales réalisations CECM	Formulation d'avis au C.A. ou à la Direction générale	Suites apportées à cet avis
Assemblée générale annuelle (mai 2012)	Dépôt du rapport annuel du CM 2011-2012, le 12 juin 2012, au C.A.	Adoption du rapport 2011- 2012 par le C.A. le 12 juin 2012
Rapport des comités de pairs ▪ comité clinique des travailleurs sociaux JHSB ▪ comité des ergothérapeutes JHSB ▪ Regroupement des nutritionnistes en gériatrie (région 03) ▪ Groupe d'échange pour les nutritionnistes en soins palliatifs ▪ comité physiothérapie JHSB ▪ Regroupement des ergothérapeutes en soins longue durée (région 03-12)	Les comités de pairs et leurs rapports respectifs font partie du rapport annuel du CM 2011-2012 présenté le 12 juin 2012, au C.A.	Adoption du rapport annuel du CM 2011-2012 le 12 juin 2012.
Dîner de reconnaissance pour tous les membres (octobre 2011)	n/a	n/a
Participation au colloque de l'ACMQ (novembre 2011)	n/a	n/a
Révision du cahier de prévention des infections	Avis émis au comité de prévention des infections (CPI)	▪ Adoption du cahier de prévention par le CPI et le CA.
Comité de pairs en ergothérapie	Avis émis par le CECM à la direction générale concernant l'organisation du travail en gériatrie communautaire.	▪ Avis formulé de la part de la Direction générale au CECM et au comité de pair en ergothérapie concernant leur position vis-à-vis l'organisation du travail en gériatrie communautaire.

Principales réalisations CECM	Formulation d'avis au C.A. ou à la Direction générale	Suites apportées à cet avis
Comité de pairs en ergothérapie	Avis émis par le CECM à la direction concernant la reconnaissance des obligations reliées à l'ordre professionnel des ergothérapeutes (OPE)	
Consultation du dépliant sur le comité d'éthique clinique	n/a	n/a
Comité de pair en physiothérapie (en collaboration avec ergo) Projet des pictogrammes au chevet des lits des résidents		
Révision des règlements Modifications des règlements, de la disposition du document et des annexes	Les amendements aux règlements ont été présentés à la Direction générale lors de l'assemblée annuelle des membres (mai 2012) et au CA le 12 juin 2012	Adoption des amendements par le C.A. le 12 juin 2012
Élaboration du programme des comités de pairs	n/a	n/a

Perspectives d'actions pour 2012-2013

- Poursuivre l'implication du CM auprès des instances et des comités de l'établissement.
- Organiser une activité de reconnaissance des professionnels en octobre 2012.
- Notre rôle envers les comités de pairs : Assurer la transmission de l'information provenant de la direction relative aux mandats spécifiques de chacun des comités.
- Consultation et avis à émettre, le cas échéant, concernant tout document remis par l'employeur, employés et comités.
- Produire le bulletin de CM : 4 parutions par année.

Conclusion

L'année 2011-2012 visait à assurer une implication et une présence active du CM dans notre établissement, ainsi qu'à favoriser un sentiment d'appartenance des membres vis-à-vis du CM. Pour l'année 2012-2013, nous poursuivrons dans cette voie et essaierons d'être à la hauteur des attentes des membres et de la direction générale.

Recommandations au conseil d'administration

Le Conseil multidisciplinaire n'a pas formulé de recommandation au conseil d'administration en 2011-2012.

4.2.4 Comité des usagers

Mandat général

Le comité des usagers est le gardien des droits des usagers. 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.

Composition

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

Membres :

- M. François Fleury, président
- M. Nicolas Poirier, vice-président

Représentation :

Services généraux du Jeffery Hale
Comité des résidents du Saint Brigid's Home

☛ M ^{me} Gertrude Grogan, trésorière	Services communautaires de langue anglaise
☛ M ^{me} Monique Brisson, secrétaire	Toute provenance
☛ M ^{me} Marie La rochelle, administratrice	Services gériatriques du Jeffery Hale
☛ M. Pierre Orbitais, administrateur	Comité des résidents du Jeffery Hale
☛ Un poste vacant	Services gériatriques de Saint Brigid's
☛ M ^{me} L'ivette Ouellet, (démissionnaire)	
☛ M. François Dussault, (démissionnaire)	
☛ M. François Drouin, (démissionnaire)	

Priorités ou objectifs spécifiques de l'année

En 2011-2012, le comité des usagers a poursuivi sa vaste consultation sur la satisfaction des usagers de l'ensemble des secteurs cliniques de l'établissement. Ce processus est chapeauté par un comité de consultation.

Bilan des activités

Assemblée annuelle

Le comité des usagers a tenu son assemblée générale annuelle le 12 juin 2011, à laquelle ont pris part une quarantaine de personnes. Les membres ont adopté le rapport annuel des activités et les rapports financiers afférents.

Élections et nominations de représentants

Au mois de septembre 2011, le comité a procédé aux élections ainsi qu'aux nominations de ses représentants aux diverses instances de l'établissement.

Comité des usagers :

- Président : M. François Fleury
- Vice-président : M. Nicolas Poirier
- Trésorière : M^{me} Gertrude Grogan
- Secrétaire : M^{me} Monique Brisson

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

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

Encore une fois cette année, le Journal du Jeffery Hale « *L'Entre-Nous* » et son équipe de bénévoles continuent à informer la population résidente au Jeff et ce, depuis plus de 11ans. Elles méritent toute notre admiration.

Le comité des usagers du Jeffery Hale - Saint Brigid's a renouvelé sa participation au *Conseil de la Protection des Malades* (CPM) et est devenu, pour une première année, membre du *Regroupement Provincial des Comités des Usagers* (RPCU).

En terminant, le comité des usagers et les deux comités des résidents ont reçu plus d'une trentaine de personnes, le 12 janvier 2012, pour un « 5 à 7 » du Temps des Fêtes. Cette initiative a été vivement appréciée et sera renouvelée.

Étude sur la satisfaction des usagers

Le comité a entrepris une vaste consultation sur la satisfaction des usagers de l'ensemble des secteurs du JHSB en 2010 avec les services de la Gériatrie communautaire, soit : les soins palliatifs, l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) et l'équipe de consultation spécialisée en gériatrie et psychogériatrie. Les résultats ont révélé un taux de satisfaction très élevé.

Le comité a poursuivi ses démarches de consultation en avril 2011 en sondant 200 résidents et proches aidants au Jeffery Hale et à Saint Brigid's. Au mois de décembre, le comité a procédé à la dernière phase de consultation dans le secteur des Services communautaires de langue anglaise.

Les multiples rapports issus de ces consultations ne peuvent que servir à renforcer nos actions vers la qualité.

Perspectives d'action pour 2012-2013

Le comité des usagers a, au cours de ses réunions, établi un plan d'action qui s'échelonne sur plusieurs années. Son principal mandat pour 2012-2013 sera de conclure la consultation sur la satisfaction des usagers de l'établissement, d'en tirer les conclusions et de travailler en collaboration avec l'administration à établir un plan d'action pour instaurer les changements que notre étude aura mis en évidence.

Le comité des usagers devra également, dans les prochains mois, s'inscrire sur le site Web de l'établissement. En plus de fournir aux internautes de l'information sur ses activités, le comité des usagers souhaite faire davantage de promotion sur son rôle et son mandat en déposant sur le site du comité des informations comme : « Le droit de porter plainte », « Le droit d'accès au dossier de l'utilisateur », etc. Le comité des usagers du Jeffery Hale - Saint Brigid's produira également son dépliant d'information à l'intention de tous les usagers, dans les deux langues, qui expliquera son rôle, son mandat et comment y avoir accès.

Enfin, pour bien accompagner les membres du comité des usagers et des comités des résidents dans leurs obligations, une formation de qualité et continue leur sera offerte au cours des prochaines années pour parfaire leur connaissance et améliorer leur compétence.

4.2.5 Comité de vigilance et de la qualité

Mandat général

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

Composition

Le comité de vigilance et de la qualité de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's est composé des personnes suivantes :

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

Priorités ou objectifs spécifiques de l'année

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

- a) Implanter un système pour l'accueil et le suivi documenté des expressions d'insatisfaction et les demandes des usagers.
- b) Consolider le fonctionnement du comité, notamment en ce qui concerne les rapports et les recommandations formulées au conseil d'administration et la fréquence des réunions.
- c) Consolider l'intégration de l'approche d'amélioration continue de la qualité en lien avec les autres instances ayant des responsabilités connexes.

Bilan des activités

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) a tenu six rencontres en 2011-2012, avec un taux de participation de 89 %. Conformément à ses règles de fonctionnement, le comité a déposé son rapport annuel au conseil d'administration le 12 juin 2012.

Le CVQ reçoit, analyse et établit les liens entre les rapports de l'établissement de l'ensemble des comités ou des personnes responsables des volets d'amélioration de la qualité et de la sécurité de même que de la satisfaction des usagers. Après analyse de ces rapports, le comité de vigilance dépose son propre rapport au conseil d'administration à chaque séance sur l'état d'avancement des travaux. Après avoir établi les liens systémiques entre ces rapports et les recommandations, le CVQ en tire les conclusions que l'établissement intègre bien l'ensemble des efforts d'amélioration, lesquels sont importants et concertés. L'échange d'information et la

collaboration entre les différentes instances sont acquis et portent fruits. Il en résulte qu'il n'y a pas de problème majeur et les besoins d'amélioration sont toujours adressés rapidement même si parfois les solutions peuvent être complexes et longue à implanter. Il est à prévoir d'intensifier le travail d'identification proactive des risques par les équipes de travail. La préparation pour la visite d'agrément prévue au printemps 2013, est bien enclenchée, mais on note des difficultés liées à l'absence de ressources pour réaliser l'ensemble des activités (notamment de formation) requises.

En ce qui a trait au traitement des plaintes, le comité de vigilance assure la transmission des recommandations au conseil d'administration et par la suite, un suivi systématique des résultats. Une seule plainte a été référée au médecin examinateur en 2011-2012 et aucune plainte n'a été formulée au Protecteur du citoyen. Par ailleurs, le comité a formulé une recommandation visant à consolider le suivi des demandes et des expressions d'insatisfaction des usagers pour faciliter le suivi éventuel des plaintes découlant de ces dernières. Un comité de travail inter programmes (*regroupant les secteurs hébergement et services généraux*) chargé de proposer des outils et des procédures facilitées, a développé et implanté la *Politique de gestion des demandes et des insatisfactions des usagers* sur les unités de soins.

Le comité de vigilance est généralement satisfait des efforts consentis à l'atteinte des objectifs de l'année, de l'engagement du personnel à améliorer la qualité et la sécurité ainsi que des résultats obtenus. Bien entendu, il demeure toujours place à l'amélioration telle :

- l'implantation d'une nouvelle politique de gestion des demandes et des insatisfactions des clientèles;
- la restructuration des recommandations du comité de vigilance et de la qualité de même que du suivi accordé à celles-ci;
- la restructuration et l'élargissement des rapports du comité de gestion des risques et de la qualité.

Le comité perçoit un réel engagement de l'établissement et du personnel en général estime que beaucoup d'efforts sont consentis pour assurer des services de qualité et sécuritaires. Des améliorations sont requises à bien des niveaux, mais celles-ci sont adressées avec sérieux et transparence. Les récentes initiatives visant les analyses prospectives et les audits de qualité sont particulièrement prometteuses. Les mesures qui seront implantées, dans la prochaine année, pour augmenter la déclaration d'incidents/accidents dans certains secteurs de même que l'identification systématique des risques par les équipes de travail le sont également. Le comité est en général très satisfait du régime d'examen des plaintes. Il encourage le commissaire local à le faire connaître davantage dans le milieu.

Le processus d'agrément et les efforts concertés et importants qui seront consentis au cours de la prochaine année pour assurer son succès, sont particulièrement encourageants. L'agrément continue d'avoir un effet d'entraînement important, créant un engagement réel pour la qualité, la sécurité et la prestation de soins empreints de compassion.

Recommandations

Les recommandations touchent principalement le fonctionnement des services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) et généraux et concernent l'accessibilité des services de même que l'organisation du travail. Les problèmes initiaux liés à l'attitude du personnel sont toujours suivis, mais sont essentiellement résorbés grâce aux efforts consentis à redonner sens aux équipes. Des rapports d'analyse de l'état d'avancement sont produits aux deux mois. Un nouveau formulaire permettant la formulation d'objectifs d'amélioration plus ciblés a été élaboré pour permettre un suivi plus serré en y associant des indicateurs de succès. En réponse à la recommandation générale formulée l'année dernière à l'effet « *que l'établissement prenne les moyens pour assurer la déclaration des incidents et des accidents de façon optimale dans tous les secteurs* », les rapports trimestriels ont été adaptés pour aider à suivre les progrès à cet égard dans chaque secteur.

Suivi des recommandations du comité de vigilance émises au conseil d'administration	
Objet / Date d'émission	Recommandation
Attitude du personnel 2008-04-22	Le comité de vigilance estime que les résultats obtenus sur cette recommandation sont très positifs et permettent de cesser le suivi systématique. <i>Dossier fermé le 13 janvier 2012.</i>

Suivi des recommandations du comité de vigilance émises au conseil d'administration	
Objet / Date d'émission	Recommandation
Autonomie de la clientèle résidant au Jeff 2008-06-03	Le comité de vigilance estime que les résultats obtenus sur cette recommandation sont très positifs et permettent de cesser le suivi systématique. Plusieurs formations et nouveaux programmes et politiques ont clarifié les attentes. Dossier fermé le 13 janvier 2012.
Accès aux rendez-vous en échographie 2009-01-23	Le comité de vigilance estime que les résultats obtenus sur cette recommandation sont très positifs et permettent de cesser le suivi systématique. L'informatisation des rendez-vous de même que la disponibilité accrue des radiologistes ont été très bénéfiques. Dossier fermé le 13 janvier 2012.
Distribution sécuritaire des médicaments 2009-09-11	L'implantation de la distribution automatisée a eu des effets positifs très importants sur le nombre d'erreurs notées. Comme le système n'est pas encore entièrement rodé, le comité maintiendra une vigilance en étudiant les rapports trimestriels des incidents / accidents.
Lieux personnels des résidents à Saint Brigid's 2009-11-13	Le comité a exprimé au C.A et aux équipes visées, sa grande satisfaction avec la façon dont ce dossier a été traité par les deux secteurs concernés. La réorganisation du travail du secteur de l'entretien ménager semble avoir un effet très bénéfique sur la satisfaction des usagers. Dossier fermé le 10 juin 2011.
Accès aux services conseils en psychogériatrie 2009-11-13	Les établissements partenaires n'ont pas encore été en mesure d'assurer la couverture complète de l'établissement en services conseils en psychogériatrie, malgré les efforts répétés de la Direction. Toutefois, il y a engagement des partenaires de soutenir notre équipe en cas de besoins ponctuels importants.
La gestion des demandes et des plaintes sur les unités de soins 2010-11-05	L'établissement s'est doté d'une <i>Politique sur la gestion des insatisfactions et des demandes des usagers</i> . Celle-ci est adoptée et diffusée. L'implantation sera faite au printemps 2012 par le biais de sessions de sensibilisation à l'importance de donner suite aux demandes des usagers et leurs représentants.
Nouvelle recommandation	
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'implantation récente des rendez-vous informatisés ne comprend pas la radiologie. Cela est planifié pour une deuxième phase alors que l'ensemble des rendez-vous seront centralisés. Une analyse du fonctionnement, à l'aide d'une observation des processus, a permis toutefois d'identifier des mesures pouvant améliorer le fonctionnement. Par ailleurs, certaines mesures d'amélioration sont présentement à l'essai. Une augmentation récente des plaintes laisse croire que les mesures à l'essai ne donnent pas les effets bénéfiques escomptés.

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

Mandat général

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

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

Composition

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

- ➡ M. François Fleury, désigné par le comité des usagers de l'établissement;

- Dr^e Catherine Gagnon, désignée par et parmi les membres du CMDP;
- M^{me} Kathleen Mulligan, infirmière chef d'équipe, désignée par et parmi les membres du CII;
- M^{me} Amie Deschamps, travailleuse sociale, désignée par et parmi les membres CM;
- M^{me} Christiane Dion désignée par et parmi les membres du conseil d'administration;
- M^{me} Geneviève Dorval, ergothérapeute, représentant la gestion des risques rattachés aux chutes et contentions;
- M^{me} Marie-Paule Parent, conseillère soins infirmiers, représentant la gestion des risques rattachés aux infections nosocomiales;
- M^{me} Michelle Carrier, chef adjointe à la pharmacie, représentant la gestion des risques rattachés aux erreurs des médicaments;
- M^{me} Chantal Grenier, pilote de système d'information clinique, représentant la gestion des risques rattachés à la sécurité informatique;
- M. Guy Cantin, agent administratif, représentant la gestion des risques rattachés à l'hygiène et salubrité;
- Dr Benoit Dumais, président, directeur des services professionnels, représentant la gestion des risques rattachés à la sécurité civile;
- M. Marcel Ploquions, coordonnateur des services techniques, représentant la gestion des risques rattachés à la sécurité des installations;
- M^{me} Lucie Lachance, technicienne en éducation spécialisée représentant la gestion des risques rattachés à la vie quotidienne des usagers;
- M. Guy Pelletier, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services / Membre d'office;
- M^{me} Harriet Lépine, conseillère cadre clinicienne, désignée par et parmi les membres du CII et pivot en gestion des risques et de la qualité / Membre d'office;
- M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité / Membre d'office;

Priorités ou objectifs spécifiques au cours de l'année

- Renforcer la participation active à la gestion des risques dans les catégories de risques suivants : risque rattaché à la sécurité des installations, risque rattaché à l'hygiène et salubrité, risque rattaché à l'alimentation.
- Mener l'analyse prospective 2011-2012 sur la surveillance postchute.
- Assurer la transmission et l'appropriation des rapports trimestriels CGRQ dans tous les secteurs de l'établissement.
- Assurer la transmission et l'appropriation du bulletin trimestriel « *Action prévention* » dans tous les secteurs de l'établissement.

Bilan des activités

Le comité de gestion des risques et de la qualité a tenu cinq rencontres au cours de l'année avec un taux de participation de 69 %. Il a déposé le rapport annuel de ses activités 2011-2012 au conseil d'administration le 15 mai 2012 qui l'a adopté à l'unanimité. Le sous-comité sur l'analyse prospective – Surveillance postchute a tenu quatre rencontres avec un taux de participation de 75 %. Parmi ses faits saillants, notons :

L'analyse prospective 2011 - 2012 – Surveillance postchute

Le choix du thème de la surveillance postchute pour 2011-2012 est motivé par l'analyse statistique de la prévalence et les conséquences potentielles de chutes au sein de notre établissement ainsi que les résultats de notre vérification des notes évolutives des infirmières sur les chutes.

Outils cliniques élaborés :

- Algorithme pour la surveillance postchute
- Outil d'évaluation et surveillance clinique postchute
- Surveillance neurologique
- Prototype d'un PTI pour un client ayant chuté avec les constats et directives

Recommandations du sous-comité :

- Une session formation obligatoire (3,5 h) pour toutes les infirmières (x83)
- Une session de formation obligatoire (1h) pour toutes les infirmières auxiliaires (x69)
- Échéancier: 24 Mai- 4 juin 2012
- Évaluation : via les audits des notes évolutives des infirmières, présences des grilles d'évaluation

Perspectives d'action pour 2012-2013

- Analyse prospective 2012-2013
- Maintien des rapports trimestriels et intérimaires, incluant les indicateurs de qualité établis en 2011 (évaluation de la douleur, évaluation des risques de chutes, évaluation des risques de plaies de pression, utilisation des contentions ainsi que les audits sur l'hygiène des mains).
- Amélioration continue de la qualité - plan d'action sur un an suivant les résultats des autoévaluations ainsi que les sondages *d'Agrément Canada* et *Entreprise en Santé*.
- Renforcer la participation active à la gestion des risques dans les catégories de risques suivants : risque rattaché à la sécurité des installations, risque rattaché à l'hygiène et salubrité et risque rattaché à l'alimentation
- Assurer la transmission et l'appropriation des rapports trimestriels dans tout l'établissement
- Assurer la transmission et l'appropriation du bulletin trimestriel « *Action Prévention* » dans tout l'établissement.

4.2.7 Comité de révision

Le comité de révision est formé de :

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

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

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

4.2.8 Comité d'éthique clinique

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

Mandat

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

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

Composition

Le comité d'éthique clinique est un comité multidisciplinaire soutenu par la Direction des soins infirmiers et de la qualité et qui fait rapport au conseil d'administration. Il se réunit aux six semaines, sauf pendant la période d'été. La participation au comité est basée sur l'intérêt et la compétence de ses membres. La représentation reflète la variété des professions et les programmes desservis par l'organisation.

Membres	Titre	Représentation
M ^{me} Geneviève Dorval	Ergothérapeute Hébergement Jeff	Conseil multidisciplinaire
M ^{me} Harriet Lépine	Conseillère cadre en soins infirmiers	Présidente CII
M ^{me} Jennifer Hobbs Robert	Directrice des soins infirmiers et de la qualité	Membre d'office
M ^{me} Marthe Veina	Infirmière	Infirmières, Hébergement SBH
D ^{re} Micheline Tremblay	Médecin	CMDP, Services PALV Jeff
M ^{me} Christiane Dion		Conseil d'administration
M ^{me} Marielle Allard	Préposée aux bénéficiaires (PAB)	PAB, Hébergement Jeff
M ^{me} Paule Fallières	Éducatrice spécialisée	Hébergement
M ^{me} France Gaudet	Ergothérapeute	Services communautaires
M ^{me} Louise L'agacé	Chef du programme services généraux	Services généraux et communautaires
M ^{me} Nathalie Fortin	Travailleuse sociale, chef d'équipe	Services communautaires
Feather Lawrence Kalu le	Bénévole	Représentant des soins spirituels
M. Pierre Orbitais	Bénévole	Comité des usagers JHSB
M ^{me} Anne Jougit	Physiothérapeute	Gériatrie communautaire

Priorités ou objectifs spécifiques au cours de l'année

- Élaborer le dépliant d'information décrivant le mandat du CEC
- Sensibiliser à l'offre de service du CEC (dépliant) par une tournée de tous les comités, instances, prestataires de services ainsi que des bénévoles, usagers et familles.
- Finaliser l'élaboration du cadre conceptuel pour une prise de décision éthique
- Élaborer le formulaire de « *Présentation d'une demande au comité d'éthique clinique* »
- Amorcer le processus de délibération éthique
- Mettre en place un exécutif du CEC avec les objectifs suivants : 1) Assurer un accès rapide aux demandeurs, 2) Assurer une continuité entre les rencontres trimestrielles du CEC, 3) Faciliter les aspects administratifs du comité CEC, 4) Faciliter le fonctionnement.

Bilan des activités

Le CEC de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's a tenu sept rencontres en 2011-2012 affichant un taux de participation de 70 %. Deux études de cas lui ont été soumises de même qu'un avis institutionnel. Dans le cadre d'activités d'éducation et d'information, le comité d'éthique de l'Hôpital Jeffery Hale a donné dix présentations sur son offre de service aux divers comités et instances de l'établissement, dont le conseil d'administration et ses comités, les instances professionnelles, le comité des usagers, les comités de résidents et les comités de direction et de gestion. La principale difficulté éthique soulevée cette année cible la défaillance sur le plan de la communication. En effet, le CEC a remarqué un défi dans la transmission de l'information au personnel de soins directs ainsi qu'au personnel de soutien. Enfin, le CEC a rencontré tous les objectifs qu'ils s'étaient fixés en 2011-2012 et énumérés ci-dessus.

Perspectives d'action pour 2012-2013

- Planifier et offrir des sessions d'information et de sensibilisation sur des aspects éthiques.
- Poursuivre le processus de délibération éthique.
- Maintenir l'échéancier des rencontres du Comité d'éthique clinique ainsi que l'exécutif.

Partie 5

L'Établissement en lien avec la communauté

5.1 La contribution des bénévoles : le généreux don de soi

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

Réalisation :	Animation du milieu de vie et bénévolat					
Résultats obtenus	Indicateurs de performance					
Contribution des bénévoles au Jeffery Hale et à Saint Brigid's Soulignons quelques événements significatifs qui ont généré une belle présence de la part des résidents, des familles et des membres de la communauté : Repas communautaire à l'occasion de Noël, célébration de la Saint-Valentin, du carnaval et du temps des sucres, pique-nique et bien d'autres fêtes thématiques.	Activités	Nbre d'heures		Activités	Nbre d'heures	
	Saint Brigid's	10-11	11-12	Jeff	10-11	11-12
	Pastorale	447 h	358 h	Boutique	2 348 h	1 753 h
	Cafétéria	300 h	300 h	Héberg.	4 100 h	4 900 h
	Act. thérapeutiques	610 h	600 h			
	Activité de la Guild	1 373 h	1 375 h			
	Assistance aux repas	350 h	350 h			
	Escortes médicales	300 h	200 h			
	Total :	3 380 h	3 133 h		6 448 h	6 653 h

Contribution des bénévoles aux Services communautaires	2010-2011	2011-2012
Les bénévoles représentent une des plus grandes ressources de la communauté anglophone. Leur contribution est essentielle aux Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale. En effet, plusieurs de nos programmes et activités reposent essentiellement sur la contribution de nos bénévoles. Sans le généreux don de leur temps, notre clientèle serait privée de multiples programmes.	Nombre de bénévoles	445425
	Nombre d'heures	3 4003860
<u>Liste des programmes :</u>		
• Baby Food Purée • Baby Book Bags • Bus Buddy • Chitchat Club • Community Christmas Hamper Campaign • Community Events • Day Centre	• Friendly calls/visits • In-Home Stimulation • Income Tax • Moms' Nite Out • Park Playdates • Special Needs • Take-a-Break Drop In	• Telephone Check-In • Travellin' Toddler Time • Transportation (<i>Medical appointments, grocery shopping and errands</i>)

5.2 La contribution des fondations

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

La Fondation des Amis du Jeffery Hale a contribué plus de 50 000 \$ pour des activités visant à améliorer les services destinés à la clientèle et son environnement, notamment par l'achat d'ameublement pour les unités de vie sur tous les étages. La Fondation a aussi participé au financement de diverses activités de reconnaissance du personnel.

Le tournoi de golf annuel de la Fondation des Amis du Jeffery Hale a eu lieu au Club de golf de Cap-Rouge, le 15 septembre 2011, sous la présidence d'honneur de madame Marie-France Poulin, vice-présidente du Groupe Camada. Grâce à 144 golfeurs et amis, 25 000 \$ ont été amassés. Sincères remerciements au comité organisateur et à tous les participants pour cette belle réussite !

La Fondation Saint Brigid's a, pour sa part, versé un montant de 125 043 \$ pour le financement de différentes activités reliées à la qualité de vie de la clientèle incluant une subvention permettant à des étudiants de la communauté d'animer des activités auprès de la clientèle.

La Fondation Jeffery Hale a versé une subvention de 150 000 \$ pour l'ameublement et la décoration de l'unité de soins palliatifs au 3^e étage du Jeffery Hale qui sera rénové en 2013. De plus, la Fondation a donné 150 000 \$ pour des rénovations fonctionnelles au rez-de-chaussée de Saint Brigid's.

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

5.3 La contribution de Saint Brigid's Guild

La Saint Brigid's Guild est un organisme composé de bénévoles qui soutiennent l'œuvre de Saint Brigid's de mille et une façons depuis 1968. Cette année, au-delà des innombrables heures de bénévolat de ses membres, la Guild a généreusement contribué plus de 200 000 \$ en équipements et services permettant à la résidence d'offrir un milieu et une qualité de vie qui agrémentent le quotidien de tous.

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

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

Les Partenaires communautaires Jeffery Hale regroupent six organismes membres, dont 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. Ils organisent la collaboration des organismes membres et autres partenaires afin de développer et maintenir un plan stratégique pour les services de santé et de services sociaux de langue anglaise. La vision des Partenaires se résume comme suit :

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

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

Une communauté de soins

Depuis trois ans, les institutions et les organismes de la communauté anglophone collaborent pour mettre sur pied un important projet sous le leadership de JHSB et des Partenaires communautaires Jeffery Hale. Ce projet commun porte le nom « Jeffery Hale – Saint Brigid's : Une communauté de soins », un objectif partagé par l'ensemble des collaborateurs, lesquels proviennent des milieux scolaires, religieux, communautaires et philanthropiques.

Cette initiative a notamment donné lieu à un forum communautaire sur la santé et le bien-être de la population anglophone, auquel étaient conviés la communauté ainsi que les partenaires du réseau de la santé. Une table de concertation communauté-réseau est également mise à contribution pour assurer la continuité des actions communes.

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.

Partie 6

États financiers audités et analyse des résultats des opérations

Approuvés par le conseil d'administration le 12 juin 2012

6.1 Rapport de l'auditeur indépendant

Québec, le 12 juin 2012

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

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers de Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's (l'Établissement) inclus dans la section auditée du rapport financier annuel qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012, ainsi que les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives de la section auditée. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660 puisqu'elles font l'objet d'un rapport de l'auditeur distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

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

Responsabilité de l'auditeur

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

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

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

Fondement de l'opinion avec réserve

Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire et aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au niveau de l'Établissement.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception de l'incidence du problème décrit dans le paragraphe " Fondement de l'opinion avec réserve " les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Hôpital Jeffery Hale-Saint Brigid's au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec, à l'Annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'Établissement s'est conformé :

1. aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses;
2. aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
3. aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans ses pratiques comptables.

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

Le 12 juin 2012

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

Place de la Cité, Tour Cominar

2640, boulevard Laurier, bureau 1700

Québec (Québec) G1V 5C2

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

6.2 État des résultats – Fonds d'exploitation

pour l'exercice terminé le 31 mars 2012

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

	2011-2012 \$	2010-2011 \$
Revenus		
Subventions Agence et MSSS	25 757 905	23 920 522
Contribution des usagers	5 012 129	5 081 562
Vente de services et recouvrements	1 064 412	948 532
Revenus de placement	21 465	13 550
Revenus de type commercial	210 688	256 207
Autres revenus	143 284	203 850
	32 209 883	30 424 223
Charges		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	26 412 346	24 744 953
Médicaments	575 606	628 932
Fournitures médicales et chirurgicales	330 540	296 529
Denrées alimentaires	883 148	847 751
Entretien et réparations	361 759	316 126
Créances douteuses	36 607	37 328
Autres charges	3 587 669	3 528 509
	32 187 675	30 400 128
Surplus de l'exercice	22 208	24 095

6.3 État des résultats – Fonds d'immobilisations

pour l'exercice terminé le 31 mars 2012

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

	2011-2012 \$	2010-2011 \$
Revenus		
Subventions Agence et MSSS	2 411 864	2 806 722
Donations	3 060	22 278
Revenus de placement	6 977	2 547
Gain sur disposition	-	12 560
Autres revenus	37 169	12 897
	2 459 070	2 857 004
Charges		
Frais financiers	713 991	675 242
Dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	117 862	581 626
Amortissement des immobilisations	1 550 277	1 570 798
Perte sur disposition d'immobilisations	40 294	-
Autres charges	-	16 178
	2 422 424	2 843 844
Surplus de l'exercice	36 646	13 160

6.4 État de la situation financière – Fonds d'exploitation

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

	2011-2012 \$	2010-2011 \$
Actifs financiers		
Encaisse	1 775 005	672 686
Débiteurs (note 4)	4 235 989	4 132 226
Congés à traitement différé	76 359	73 763
	6 087 353	4 878 675
Passifs		
Créditeurs et frais courus (note 6)	5 591 686	4 790 394
Dettes interfonds	803 878	137 399
Revenus reportés	380 232	662 139
Congés à traitement différé	53 848	36 480
	6 829 644	5 626 412
Dettes nettes	(742 291)	(747 737)
Actifs non financiers		
Stocks de fournitures (note 5)	240 637	235 654
Frais payés d'avance	111 123	99 344
	351 760	334 998
Déficits cumulés	(390 531)	(412 739)

6.5 État de la situation financière – Fonds d'immobilisations

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

	2011-2012 \$	2010-2011 \$
Actifs financiers		
Encaisse	932 812	441 625
Débiteurs – Agence et MSSS	242 394	329 021
Autres débiteurs	110 875	395 101
Créances interfonds	803 878	137 399
Autres éléments	68 349	38 680
	2 158 308	1 341 826
Passifs		
Emprunts temporaires	577 692	311 414
Créditeurs et frais courus	865 716	27 344
Avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées	1 038 596	1 531 880
Intérêts courus à payer	216 788	242 529
Revenus reportés	1 215 756	556 358
Perçu d'avance – réforme comptable	3 544 401	4 504 759
Dettes à long terme (note 8)	15 362 588	14 328 199
Autres éléments	9 592	9 412
	22 831 129	21 511 895
Dettes nettes	(20 672 821)	(20 170 069)
Actifs non financiers		
Immobilisations (note 7)	21 024 236	20 484 838
Surplus cumulés	351 415	314 769

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

Extrait du rapport annuel financier AS-471 pour l'exercice terminé au 31 mars 2012 – audité

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	2011-2012 \$	2010-2011 \$
Actifs financiers nets (Dettes nettes) au début déjà établis	(747 738)	(20 170 069)	(20 917 807)	(21 098 168)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	-	-	-	-
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	-	-	-	-
Actifs financiers nets (Dettes nettes) au début déjà redressés	(747 738)	(20 170 069)	(20 917 807)	(21 098 168)
Surplus (déficit) de l'exercice	22 208	36 646	58 854	24 095
Variations dues aux immobilisations				
Acquisitions		(2 129 969)	(2 129 969)	(1 408 358)
Amortissements de l'exercice		1 550 277	1 550 277	1 570 798
(Gain) / Perte sur dispositions		40 294	40 294	(12 560)
Produits sur dispositions	-	-	-	-
Réduction de valeurs	-	-	-	-
Ajustements des immobilisations	-	0	0	-
Intérêts capitalisés	-	-	-	-
Coûts indirects capitalisés				
Total des variations dues aux immobilisations		(539 398)	(539 398)	149 880
Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance				
Acquisition de stocks de fourniture	(437 952)	-	(437 952)	384 560
Acquisition de frais payés d'avance	(417 453)	-	(417 453)	386 650
Utilisation de stocks de fournitures	432 969	-	432 969	(376 724)
Utilisation de frais payés d'avance	405 675	-	405 675	(388 100)
Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance	(16 761)	-	(16 761)	6 386
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	-	-	-	-
Augmentation (diminution) des actifs financiers nets (dettes nettes)	5 447	(502 752)	(497 305)	180 361
Actifs financiers nets (Dettes nettes) à la fin	(742 291)	(20 672 821)	(21 415 112)	(20 917 807)

6.7 Notes afférentes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2011

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

Note 1. Nature des activités

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's (l'Établissement) exploite un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) avec, en complément, les missions de centre hospitalier (CH) et de services communautaires de langue anglaise (de type CLSC). Tous les services de l'Établissement sont disponibles en anglais.

Note 2. Modification de conventions comptables

Changement de référentiel comptable

En décembre 2010, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public de se conformer soit au Manuel de comptabilité de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA) pour le secteur public avec les chapitres SP 4200 à SP 4270, soit au Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1^{er} janvier 2012.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Établissement a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel du 31 mars 2011.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'Établissement est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- La portion à court terme des dettes à long terme et les taux d'intérêt ainsi que les montants à payer ou courus des cinq prochaines années sur celles-ci n'ont pas été divulgués.

Note 3. Description des principales conventions comptables

États financiers résumés

Ces états financiers résumés sont extraits des états financiers inclus dans la section auditée du rapport financier annuel de l'Établissement qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 ainsi que les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date. Ces états financiers résumés ont été préparés conformément aux besoins de la direction afin de simplifier la présentation au conseil d'administration. Ils ne se substituent pas en aucun cas aux états financiers annuels inclus dans la section auditée du rapport financier annuel de l'Établissement.

Conventions comptables

Les conventions comptables sont divulguées dans les états financiers inclus dans la section auditée du rapport financier annuel de l'Établissement pour l'exercice clos le 31 mars 2012.

Note 4. Débiteurs

	2012 \$	2011 \$
Subvention à recevoir – réforme comptable	2 740 411	2 740 411
Débiteurs – Agence et MSSS	1 050 895	735 815
	3 791 306	3 476 226
Autres débiteurs		
Contribution des usagers	134 263	219 594
Avances aux employés	50 816	36 883
Réclamations de taxes à la consommation	62 871	165 895
Autres	231 733	269 423
	479 683	691 795
Provision pour créances douteuses	(35 000)	(35 795)
	4 235 989	4 132 226

Note 5. Stocks de fournitures

	2012 \$	2011 \$
Médicaments	103 411	99 140
Fournitures médicales et chirurgicales	34 057	12 634
Denrées alimentaires	11 789	11 032
Autres	91 380	112 848
	240 637	235 654

Note 6. Crédateurs et frais courus

	2012 \$	2011 \$
Fournisseurs	721 372	943 378
Salaires courus à payer	965 761	306 114
Déductions à la source et charges sociales à payer	971 629	654 733
Comité des usagers ou des résidents	6 072	2 834
Provision pour avantages sociaux	2 912 749	2 878 347
Autres	14 103	4 988
	5 591 686	4 790 394

Note 7. Immobilisations

			2012 Montant net \$	2011 Montant net \$
	Coût \$	Amortissement cumulé \$		
Terrains	314 769	-	314 769	314 769
Aménagement des terrains	169 531	165 864	3 667	4 167
Bâtiments	27 055 129	10 974 339	16 080 790	16 665 901
Améliorations locatives	3 873 777	2 912 082	961 695	302 349
Mobilier et équipement				
Médical	6 308 021	3 912 559	2 395 462	1 929 580
Administratif	1 487 690	1 405 422	82 268	132 921
Autres	1 955 664	1 609 179	386 485	1 127 524
Développement informatique	40 042	9 475	30 567	7 627
Constructions et développements en cours	768 533	-	768 533	-
	42 013 156	20 988 920	21 024 236	20 484 838

Note 8. Dettes à long terme

	2012 \$	2011 \$
Financement-Québec		
Billets, échéant en 2028	13 978 928	12 875 346
Emprunts hypothécaires, échéant en 2024	1 383 660	1 452 853
	15 362 588	14 328 199

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

Note 9. Analyses financières

Les analyses financières 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011 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 d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

- M^{me} Lucie Desmeules, présidente
- M^{me} Christiane Dion, vice-présidente
- M. Richard Walling
- M. Louis Hanrahan, directeur général et membre d'office

Le comité d'éthique et de déontologie a pour fonctions :

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

Faits saillants et constats

Le comité a tenu une rencontre le 14 mars 2012 et a fait rapport au conseil d'administration le 27 mars 2012. Dans son rapport, il note que tous les membres du conseil d'administration ont prêté serment conformément au *Règlement sur le code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs*. Aucune situation potentielle de conflit d'intérêt n'a été portée à son attention au cours de l'exercice 2011-2012. Les membres ont toutefois noté que peu de déclarations d'intérêt n'ont été enregistrées. Enfin, une copie du *Règlement sur le code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs* a été remise, le 7 février 2012, à tous les membres du conseil d'administration conformément à une recommandation formulée antérieurement.

Fin du mandat du comité d'éthique et de déontologie des administrateurs

Les membres ont pris connaissance des mandats du comité de gouvernance et d'éthique nouvellement institué par le conseil d'administration, le 7 février 2012, conformément à l'article 181, de la Loi 127. Ce comité reprendra dorénavant les responsabilités du comité d'éthique et de déontologie des administrateurs et du comité sur la gouvernance de l'établissement. La séance du 14 mars 2012 marquait ainsi la fin du mandat du comité d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Recommandations 2011-2012

Conscients que ses responsabilités seront dorénavant confiées au nouveau comité de gouvernance et d'éthique, les membres formulent les recommandations suivantes :

- Que le Comité de gouvernance et d'éthique soit avisé par écrit, chaque fois qu'un membre du Conseil d'administration déclare des intérêts lors d'une séance du C.A. Le comité recommande qu'un simple formulaire soit développé à cette fin.
- Que les membres du Conseil d'administration aient, et se prévalent, de l'opportunité de suivre de la formation sur le thème de l'éthique pour les administrateurs.
- De plus, ils recommandent que cette formation soit obligatoire pour les membres du comité de gouvernance et d'éthique.

Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs

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

Préambule

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

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

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

Dispositions générales

Objet et champ d'application

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

- ◆ traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- ◆ traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- ◆ traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- ◆ prévoit des mécanismes d'application du Code.

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

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

Définitions

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

- a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé;
- b) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
- c) « **entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
- d) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.
- e) « **comité d'éthique et de déontologie** » désigne le comité créé en vertu du Règlement concernant la régie interne du conseil d'administration et chargé de l'application du présent Règlement.

Devoirs et obligations de l'administrateur

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

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

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

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

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

Neutralité

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

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

L'exclusivité de fonctions du directeur général

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

Bien de l'établissement

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

Avantages ou bénéfices indus

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

Transparence

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

Interventions abusives

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

L'administrateur après la fin de son mandat :

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

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

- b) Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
- c) S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.
- d) Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
- e) Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Mécanismes d'application du code

Introduction d'une demande d'examen

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

Examen sommaire

10- Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Tenue de l'enquête

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

Information de l'administrateur concerné

12- Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au Conseil

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

Décision

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

Sanctions

15- Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

Engagements

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

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

Adopté par le conseil d'administration
Le 21 septembre 2004

