

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2013-2014

Centre de santé et de services sociaux
Alphonse-Desjardins
Centre hospitalier affilié universitaire de Lévis



TABLE DES MATIÈRES

Liste des acronymes.....	3
Message de la présidente du conseil d'administration et du directeur général.....	4
Déclaration de fiabilité des données.....	6
Présentation de l'établissement	7
Mission	7
Offre de service	7
Population et territoire du RLS Alphonse-Desjardins.....	8
Structure organisationnelle	10
Équipe de direction au 31 mars 2014.....	11
Orientations et priorités d'actions 2014-2015	12
Contexte et faits saillants.....	13
Bénévoles.....	19
Langue anglaise, autres langues et LSQ.....	20
Activités de l'établissement	21
Services offerts	21
Principales modifications apportées en 2013-2014.....	25
Orientations pour 2014-2015	26
Mission universitaire.....	26
Moyens mis en place pour évaluer la satisfaction de la clientèle	29
Résultats obtenus	30
Autres résultats	48
Agrément.....	49
Sécurité des soins et des services	50
Application de la procédure d'examen des plaintes	51

Conseils et comités de l'établissement créés en vertu de la LSSSS	53
Conseil d'administration	53
Comités du conseil d'administration.....	54
Conseil des infirmières et infirmiers.....	55
Conseil multidisciplinaire	57
Conseil des sages-femmes	58
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	59
Comité de vigilance et de la qualité	63
Comité de gestion des risques.....	63
Comité des usagers	66
Comité d'éthique de la recherche.....	67
Comité d'éthique clinique	68
Ressources humaines.....	70
États financiers résumés au 31 mars 2014	71
Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés.....	72
États des résultats	75
État des surplus (déficits) cumulés.....	76
État de la situation financière.....	77
État de la variation des actifs financiers nets (dette nette).....	78
État des flux de trésorerie	79
État des résultats (fonds d'exploitation).....	82
États des résultats (fonds d'immobilisations)	84
Notes aux états financiers 2013-2014.....	85
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ...	101

Ce document du Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins est une réalisation du Service des communications.

L'utilisation du genre masculin a été adoptée dans ce document afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

communications.csssad@ssss.gouv.qc.ca

© 2014 Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins. Tous droits réservés.

LISTE DES ACRONYMES

AAPAMH	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	GMF	Groupe de médecine de famille
AGESSS	Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux	HDL	Hôtel-Dieu de Lévis
CA	Conseil d'administration	HLM	Habitation à loyer modique
CECII	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers	IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
CEGDC	Consortium du centre d'expertise en gestion de la douleur chronique	IP SPL	Infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne
CER	Comité d'éthique à la recherche	IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
CHAU HDL	Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis	LSQ	Langue des signes québécoise
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	MAPA	Monitoring ambulatoire de pression artérielle
CHU	Centre hospitalier universitaire	MCV	Maladie cardiovasculaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	MOI	Main-d'œuvre indépendante
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires	MRC	Municipalité régionale de comté
CILAC	Centre interdisciplinaire de lutte au cancer	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires	PFM	Politique familiale municipale
CM	Conseil multidisciplinaire	PPALV	Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	RI	Ressource intermédiaire
CRDITED de CA	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches	RIS	Ressource intermédiaire spécialisée
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	RLS	Réseau local de services
CRDP-CA	Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches	RPA	Résidence pour personnes âgées
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	RTF	Résidence de type familial
CSSSAD	Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins	RUIS-UL	Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
DGA	Direction générale adjointe	SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
DPE	Dossier patient électronique	SCIAD	Suivi clinique intelligent à distance
DSI	Direction des soins infirmiers	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
DSPH	Direction des services professionnels et hospitaliers	SISCA	Solidarité et inclusion sociale Chaudière-Appalaches
ÉQUIPE	Étude québécoise de l'intervention parentale chez les enfants avec des problèmes de comportement	SIV	Suivi intensif variable
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine	SNC	Système nerveux central
ETC	Équivalent temps complet	TS	Temps supplémentaire
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec	UCCSPU	Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence
		UMF	Unité de médecine de famille
		UQAR	Université du Québec à Rimouski



Julie Suzanne Doyon,
présidente du conseil
d'administration

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL INTÉRIMAIRE

L'année 2013-2014 a permis au Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins (CSSSAD) de consolider et aussi d'innover afin d'améliorer la qualité et aussi l'accès à ses services pour la clientèle du réseau local de services. L'établissement a également adopté, en juin dernier, sa planification stratégique 2013-2016 qui définit les priorités d'action et les orientations pour cette période, basées sur sept enjeux soit :

1. Une offre de service adéquate en réponse aux besoins de la population
2. L'attraction, la fidélisation et la contribution optimale des ressources humaines
3. Un partenariat efficace avec la communauté
4. L'actualisation du rôle régional
5. Une culture académique forte
6. Le positionnement de la recherche
7. L'utilisation efficiente des ressources

Cette planification a fait l'objet de plusieurs consultations auprès de partenaires internes et externes et les enjeux retenus servent de guide à l'établissement afin de mieux répondre aux besoins de la population.

L'année qui vient de s'écouler a également été celle de la préparation à la visite d'Agrément Canada, organisme reconnu pour l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins et des services dans les établissements de santé. C'est en novembre dernier que nous avons reçu la visite de l'organisme et il est important de souligner le travail colossal de toutes les équipes du CSSSAD pour préparer cette visite d'Agrément Canada et l'obtention d'un taux de conformité aux normes de qualité et de sécurité de 92,7 %. C'est un taux tout à fait exceptionnel pour un établissement aussi jeune que le nôtre. Cela démontre bien l'excellence des soins et des services offerts au CSSSAD.

Notre agrément a été accompagné de pas moins de sept nouvelles pratiques exemplaires. Là aussi, pour un seul établissement et en une seule visite, c'est remarquable. Ces pratiques exemplaires sont le fruit du travail et du souci de la qualité de nos équipes, et nous en sommes très fiers. Une section de ce présent rapport est consacrée à la visite d'Agrément Canada et vous y trouverez tous les détails du rapport de visite.

Nous vous présentons ici quelques-uns des faits saillants de la dernière année.

Outre la visite d'Agrément Canada, il est impossible pour nous de ne pas souligner l'inauguration de la nouvelle urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis et du Service de médecine hyperbare. Ce nouveau bâtiment à la pointe de la technologie a été conçu afin d'améliorer la qualité des soins et des services offerts aux usagers.

Le Service de médecine hyperbare a lui aussi déménagé et bénéficie maintenant de la plus grande chambre hyperbare en milieu hospitalier au Canada. D'une capacité de 18 places, l'utilisation de cette chambre hyperbare a permis de réduire les délais d'attente de plusieurs mois à quelques semaines. Dans la dernière année, c'est donc beaucoup plus d'usagers qui ont pu recevoir leurs traitements d'oxygénothérapie.



Yves Fortin,
directeur général intérimaire

Lors de l'inauguration de ce nouveau bâtiment, le MSSS a également annoncé officiellement le projet de Centre régional intégré en cancérologie à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Ce projet, qui devrait voir le jour pour 2018, viendra compléter l'offre de service en cancérologie de la grande région de Québec. L'attribution d'un projet de cette ampleur au CSSSAD démontre à quel point le CSSS a le souci de répondre aux besoins de sa population en termes de soins et de services.

Au cours de l'année, nous avons également inauguré le tout nouveau CLSC-CHSLD de Lévis, situé à l'arrière de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Les nouveaux locaux ont aussi accueilli le Centre de jour de Lévis. Le personnel du CLSC a exprimé sa satisfaction des nouvelles installations, et nous en sommes très heureux. Il est aussi important d'offrir des soins et des services de qualité à la population que d'offrir un environnement de travail adéquat à tous nos employés.

Quant au Centre d'hébergement de Lévis, il a déménagé dans les trois derniers étages de ce bâtiment qui a été conçu pour offrir un milieu de vie pour ces 95 résidents. Très lumineux, très spacieux, et à la pointe de la modernité, le nouveau Centre d'hébergement de Lévis était attendu depuis longtemps et répond mieux aux besoins de la clientèle hébergée.

Le CSSSAD s'est distingué en remportant plusieurs prix durant la dernière année. Tout d'abord, lors du Gala régional des prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux 2013, il a remporté un prix dans la catégorie Intégration des services pour le programme de réadaptation respiratoire dans la communauté. Nous avons également reçu un prix Initiative régionale en Chaudière-Appalaches pour la Méthodologie séquentielle de validation de la liste d'attente pour un examen de coloscopie longue. Dans le cadre de son Opération Bons coups, l'AQESSS est venue souligner le projet de Constat de décès à distance initié par l'équipe de l'Unité de coordination clinique des soins préhospitaliers d'urgence (UCCSPU).

En ce qui a trait aux actions posées pour le volet relatif au capital humain, mentionnons que la Direction des ressources humaines a poursuivi ses efforts pour le recrutement de la main-d'œuvre. Elle a participé à 14 journées carrières dans les écoles secondaires, les cégeps et les universités, ainsi qu'à des salons d'emploi en cours d'année. Ainsi, plus de 431 employés ont été embauchés en 2013-2014.

Pour ce qui est de la mission universitaire et de son volet lié à l'enseignement, le bilan de l'année 2013-2014 indique que 904 étudiants universitaires dans toutes les disciplines de la santé et 431 étudiants de niveau collégial ont été accueillis. En incluant les étudiants de niveau secondaire, ce sont 1 643 étudiants pour plus de 47 733 jours-étudiants qui ont été formés au sein de l'établissement. Du côté de la recherche, deux de nos chercheurs se sont distingués en obtenant des bourses et subventions prestigieuses auprès des Instituts de recherche en santé du Canada. De plus, le Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis participe, depuis novembre dernier, à une étude mondiale sur l'influence de la pratique d'une activité physique régulière sur la rémission d'un cancer du côlon.

Enfin, l'an 3 du CSSS Alphonse-Desjardins a été placé sous le signe de la consolidation et du partenariat. Les administrateurs, les employés, les médecins, les bénévoles et les partenaires ont tous contribué à l'atteinte des objectifs et ont poursuivi leur généreux engagement afin que la population reçoive les soins et les services qu'elle est en droit d'obtenir de notre établissement et nous les remercions chaleureusement.

2. DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2013-2014 du CSSS Alphonse-Desjardins :

- les engagements et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2013-2014.

Signé à Lévis le 20 mai 2014



Yves Fortin,
directeur général intérimaire

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 Mission

La mission du CSSSAD est de maintenir et d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population locale et régionale.

Ainsi, il se doit d'offrir :

- des soins et services de qualité optimale, sécuritaires, accessibles et continus;
- aux étudiants un milieu de formation professionnelle, collégiale et universitaire;
- un milieu de recherche et d'évaluation des nouvelles technologies et modes d'intervention en santé.

Cette mission se précise de la manière suivante :

- offrir à la population de façon continue, sécuritaire et dans les meilleures conditions d'accessibilité :
 - > des soins et services de santé et des services sociaux en terme de prévention, de promotion, de protection, de surveillance, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soins de longue durée et de fin de vie à la population du réseau local de services;
 - > des soins et des services généraux à la population de la région de Chaudière-Appalaches en continuité avec les autres établissements;
 - > des soins et des services spécialisés et surspécialisés à l'ensemble de la population de Chaudière-Appalaches ainsi qu'à certaines clientèles du Québec pour certaines spécialités médicales.
- mobiliser et coordonner tout le réseau local des services de santé et services sociaux en vue d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population;
- appuyer la population locale et régionale dans ses efforts pour améliorer sa santé et son bien-être;
- offrir un milieu de formation pour les étudiants de niveau secondaire, collégial et universitaire;
- offrir un milieu de recherche clinique et universitaire et d'évaluation des nouvelles techno-

logies et des modes d'intervention en santé.

Le CSSSAD contribue au développement du réseau sociosanitaire régional et provincial en y exerçant un leadership d'expertise et de compétence dans le respect des missions des autres établissements.

3.2 Offre de service

Le CSSSAD est un établissement de santé et de services sociaux de première et de deuxième ligne au cœur d'un important réseau local de services. Il dessert une population de plus de 237 000 citoyens qui résident sur le territoire de la ville de Lévis et des municipalités régionales de comté (MRC) de Bellechasse, de Lotbinière et de Nouvelle-Beauce, ce qui représente 58 % de la population de la région de Chaudière-Appalaches.

L'établissement administre un budget annuel de 300 millions de dollars. Il compte sur l'expertise et l'engagement d'environ 4 400 employés et de 550 médecins et pharmaciens qui interviennent dans ses installations. Bien ancré dans sa communauté, le CSSSAD bénéficie également de l'engagement de près de 600 bénévoles qui collaborent à la réalisation de ses missions CLSC, hébergement et hospitalière.

Le CSSSAD compte un centre hospitalier affilié universitaire (CHAU), cinq CLSC, 13 CHSLD, cinq centres de jour pour les aînés, une urgence de première ligne, une unité de médecine de famille (UMF) et une maison de naissance qui est accessible à l'ensemble de la population de Chaudière-Appalaches.

En outre, l'établissement supervise 9 ressources intermédiaires (RI) comptant 115 places, ainsi que 67 résidences de type familial (RTF) comprenant 333 places, en plus d'une ressource intermédiaire spécialisée (RIS) de huit places. L'établissement possède aussi huit lits de soins palliatifs situés dans les centres d'hébergement. Le territoire du CSSSAD compte 343 lits dans quatre centres d'hébergement privés conventionnés. De plus, il opérait, au 31 mars 2014, 673 lits d'hébergement public de longue durée et 349 lits de courte durée à vocation locale et régionale au CHAU de Lévis.

Afin d'offrir des alternatives à l'hébergement institutionnel, le CSSSAD a développé, en collaboration avec des partenaires du milieu, 38 places en nouvelles formules d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Le CSSSAD fait partie intégrante du réseau local de service (nommé RLS Alphonse-Desjardins) composé de quatre établissements de santé et de services sociaux à vocation régionale (le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches, le Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches (CRDITED de CA) et le Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches (CRDPA-CA)), 60 pharmacies, 50 cliniques médicales, trois coopératives de santé, 10 groupes de médecine de famille, une clinique médicale réseau, une unité de médecine familiale, 81 organismes communautaires, deux organismes d'économie sociale et 85 résidences pour personnes âgées (RPA), les partenaires de l'éducation et du milieu municipal.

3.3 Population et territoire du RLS Alphonse-Desjardins

Profil sociodémographique

En 2012, on estime à 237 863 le nombre de personnes dans le RLS Alphonse-Desjardins, ce qui représente 58 % de la région de Chaudière-Appalaches, répartie sur un territoire de 4 756 km². Les 2/3 de la population résident en territoire urbain (occupant 1/3 de la superficie du territoire), alors qu'un tiers de la popu-

lation vit en territoire rural (occupant 2/3 de la superficie du territoire).

Entre 2002 et 2012, la population du territoire a augmenté de 9 % (5 % dans la région et 8 % au Québec). En ce qui concerne plus spécifiquement les personnes âgées de 75 ans et plus, leur nombre a augmenté de 30 % sur le territoire, tout comme dans la région, alors qu'il a augmenté de 34 % dans la province, pendant la même période.

D'ici 2021, la croissance de la population continuera au même rythme qu'au cours des dix dernières années, mais le vieillissement se poursuivra de façon plus marquée avec une croissance de 56 % du nombre de personnes de 65 à 74 ans et de 52 % du nombre de personnes de 75 ans et plus, alors que le nombre de personnes de 18 à 64 ans sera en légère décroissance.

En 2012, 86 % des 12 ans et plus et 97 % des 65 ans et plus ont accès à un médecin de famille régulier en Chaudière-Appalaches. Au Québec, 74 % des 12 ans et plus et 93 % des 65 ans et plus ont accès à un médecin de famille régulier.

Carte du territoire du CSSS Alphonse-Desjardins



Principales données de santé

Avec une longévité moyenne de 84 ans pour les femmes et de 79 ans pour les hommes, l'espérance de vie de la population du territoire est supérieure à celle mesurée ailleurs au Québec (espérance de vie calculée pour les années 2005 à 2009).

Environ 1 230 nouveaux cas de cancer étaient déclarés en 2008 dans la population du CSSSAD. Chez les femmes de la région, le cancer du sein demeure préoccupant, le nombre de cas ayant doublé depuis une vingtaine d'années. En moyenne, entre 2004 et 2008, environ 151 cancers par année ont été diagnostiqués chez les femmes du territoire du CSSSAD. Chez les femmes, bien que le cancer du sein soit celui à l'origine de plus grand nombre de nouveaux cas, le cancer du poumon (incluant la trachée et les bronches) est aussi la première cause de décès par cancer, suivi du cancer du sein et du cancer colorectal.

Autant sur le territoire du CSSSAD qu'ailleurs au Québec, de 2005 à 2009, chez les hommes, les cancers qui entraînent le plus de décès sont, dans l'ordre, le cancer du poumon (incluant la trachée et les bronches), le cancer colorectal et le cancer de la prostate.

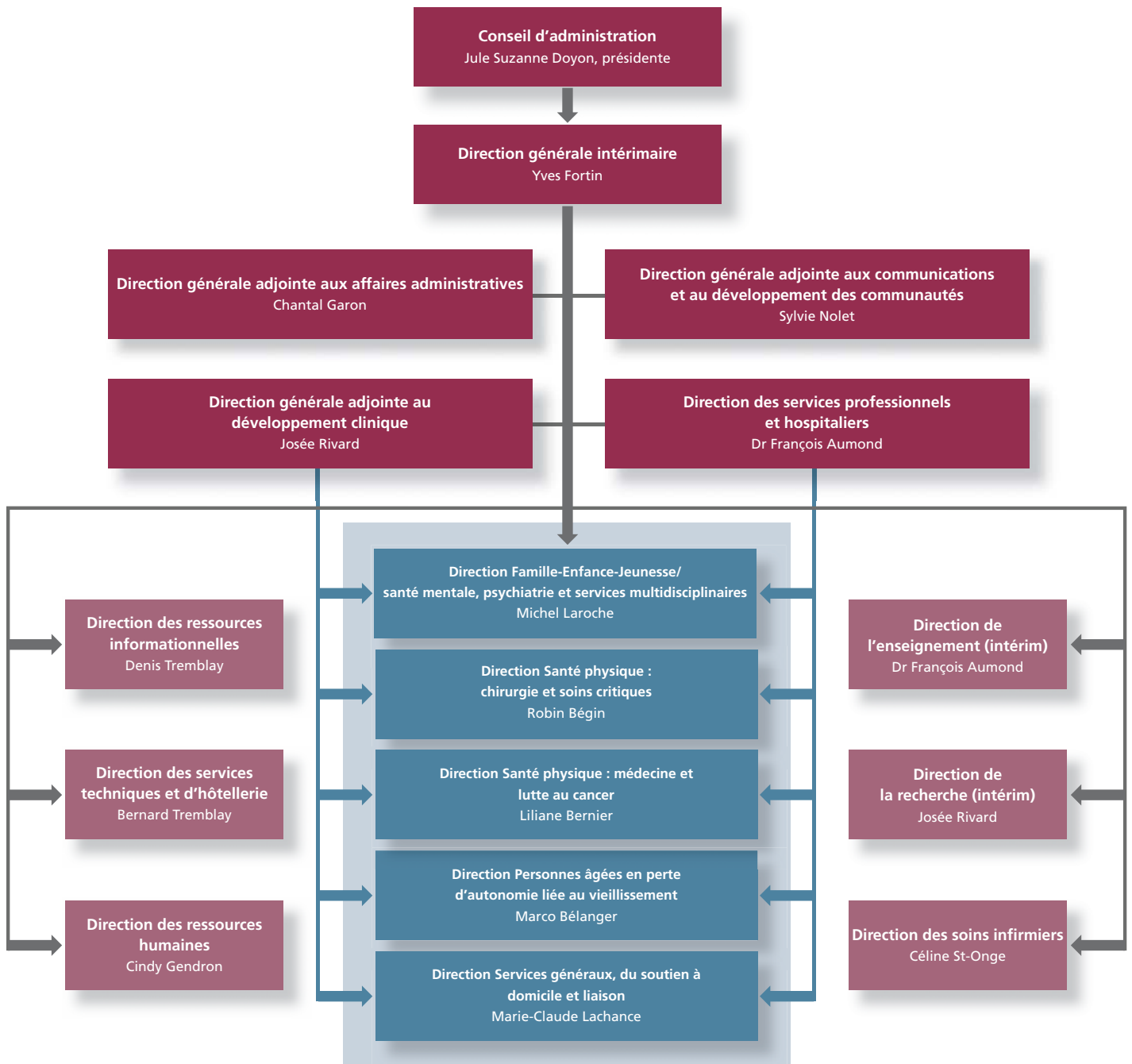
Depuis le début des années 2000 sur le territoire du CSSSAD, les cancers sont la première cause de mortalité, comme au Québec, d'ailleurs. Plus spécifiquement, le taux de décès par cancer mesuré pour la période 2005 à 2009 est de 169,6/100 000 habitants chez les femmes, soit moins qu'ailleurs au Québec. En ce qui concerne les hommes, le taux de 273,5/100 000 habitants est semblable à ce qui est observé ailleurs au Québec.

Les maladies de l'appareil circulatoire comprennent notamment l'infarctus, l'angine de poitrine, l'accident vasculaire cérébral et la maladie des artères. Bien que le taux de mortalité par maladie cardiovasculaire (MCV) ait beaucoup diminué dans le territoire du CSSSAD, comme partout au Québec, passant de 250,7/100 000 en 2000 à 164,5/100 000 en 2009, ces maladies peuvent entraîner de grandes incapacités. Le taux de décès par MCV est semblable à la moyenne québécoise, soit 156,6/100 000 pour les femmes et 210,5/100 000 pour les hommes de 2005 à 2009.

Dans la population du CSSSAD, plus de 12 400 personnes de 20 ans ou plus savent qu'elles sont atteintes du diabète parce qu'elles ont été diagnostiquées. Cependant, une grande partie des gens ayant dépassé la quarantaine ignorent leur condition. Sur le territoire du CSSSAD comme dans la région, les proportions (6,8 % et 6,9 % respectivement) sont inférieures à celle estimée au Québec (7,6 %).



3.4 Structure organisationnelle



3.5 Équipe de direction au 31 mars 2014

M. Yves Fortin	Directeur général intérimaire
Mme Chantal Garon	Directrice générale adjointe aux affaires administratives
Mme Josée Rivard	Directrice générale adjointe au développement clinique
Mme Sylvie Nolet	Directrice générale adjointe aux communications et au développement des communautés
Dr François Aumond	Directeur des services professionnels et hospitaliers
M. Robin Bégin	Directeur réseau – Direction Santé physique : chirurgie et soins critiques
M. Marco Bélanger	Directeur réseau – Direction Personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement
Mme Liliane Bernier	Directrice réseau – Direction Santé physique : médecine et lutte au cancer
Mme Cindy Gendron	Directrice – Direction des ressources humaines
Mme Marie-Claude Lachance	Directrice réseau – Direction Services généraux, soutien à domicile et liaison
M. Michel Laroche	Directeur réseau – Direction Famille-Enfance-Jeunesse/santé mentale, psychiatrie et services multidisciplinaires
Mme Céline St-Onge	Directrice – Direction des soins infirmiers
M. Bernard Tremblay	Directeur des services techniques et d'hôtellerie
M. Denis Tremblay	Directeur des ressources informationnelles



À l'avant, de gauche à droite : Mme Sylvie Nolet, Mme Geneviève Lacroix (Directrice DRH par intérim), M. Marco Bélanger, M. Yves Fortin, M. Michel Laroche et M. Bernard Tremblay.

À l'arrière, de gauche à droite : Mme Liliane Bernier, Mme Marie-Claude Lachance, Mme Josée Rivard, Dr François Aumond, Mme Céline St-Onge, M. Robin Bégin et Mme Chantal Garon.
Absents sur la photo : Mme Cindy Gendron et M. Denis Tremblay

3.6 Orientations et priorités d'actions 2013-2014

La section 3.7 du rapport témoigne de l'engagement des différentes personnes œuvrant au CSSSAD. Les faits marquants au regard des grandes orientations 2013-2014 sont :

- **Améliorer l'accessibilité et la continuité aux soins et services dans des délais acceptables** - Plusieurs actions ont été posées afin d'améliorer l'accessibilité : ajout de 10 civières dans la nouvelle urgence, embauche de deux infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, implantation d'un Laboratoire du sommeil, augmentation de la capacité d'accueil au Service de médecine hyperbare.
- **Assurer une main-d'œuvre qualifiée en quantité suffisante** - La Direction des ressources humaines a multiplié les activités innovantes afin d'attirer une main-d'œuvre qualifiée. Par exemple, des personnes résidant au Saguenay-Lac-Saint-Jean ont pu se rendre à une journée d'entrevues à l'Hôtel-Dieu de Lévis, grâce à l'organisation d'un transport en autobus. Ces personnes ont également pu visiter le CLSC-CHSLD de Lévis et ainsi avoir une idée de toutes les options disponibles au CSSS.
- **Exercer la responsabilité populationnelle** - L'établissement a collaboré à beaucoup de projets qui se sont appuyés sur la responsabilité populationnelle. On peut citer par exemple le projet d'école en santé, afin de soutenir les écoles du territoire dans la prévention du suicide et la promotion de saines habitudes de vie, le projet *Vieillir en santé* dans Bellechasse pour lequel le CSSSAD est un partenaire important, le programme *Collectivement, Agir pour le Développement Optimal des Enfants* (C.A.D.O.E.) contre la négligence des enfants, etc.
- **Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et de bien-être** - Le CSSSAD est impliqué dans plusieurs comités afin de développer et consolider son partenariat avec les milieux scolaires, municipaux, de la sécurité, sociaux, entre autres, et agir de façon concertée.
- **Assurer la desserte régionale pour les spécialités médicales ciblées** - Les cibles ministérielles ont été rencontrées pour les trois chirurgies identifiées (hanche, genou, cataracte). Pour la chirurgie oncologique, le CSSSAD met en œuvre des mécanismes afin de respecter la cible qui est de 90 % à l'intérieur de 28 jours civils. Pour les autres chirurgies, le CSSSAD s'est doté d'un délai de 6 mois. Lorsque ce délai est dépassé, nous proposons une trajectoire à l'utilisateur afin que celui-ci reçoive un service dans un délai raisonnable.
- **Développer les trajectoires-clientèles requérant les spécialités médicales ciblées** - Une trajectoire régionale a été développée pour la clientèle requérant des soins en pneumologie. Notre établissement a été désigné centre affilié pour le traitement du cancer du poumon. Une offre régionale en pneumologie et chirurgie thoracique est disponible depuis décembre dernier.
- **Favoriser l'émergence de pratiques innovantes en enseignement** - La Direction de l'enseignement a organisé une activité novatrice pour les stagiaires en ergothérapie de tout le CSSSAD. Cette activité visait à créer un moment de rencontre entre les stagiaires. La présentation d'une étude de cas a permis des échanges intéressants entre les étudiants et les ergothérapeutes présents.
- **Favoriser l'utilisation des connaissances dans la pratique clinique** - En s'appuyant sur sa mission universitaire, l'établissement a continué à favoriser l'utilisation des meilleures pratiques et connaissance dans la pratique clinique.
- **Améliorer la performance clinique et administrative de l'établissement** - Plusieurs projets ont été retenus dans ce sens par exemple, on peut citer l'utilisation adéquate des médicaments, une gestion des lits améliorée (le bon usager à la bonne place), l'intensification du partenariat avec les organismes communautaires dans les services généraux, le soutien à domicile et la liaison, ou encore une amélioration des processus dans les services ambulatoires en santé mentale. Le CSSSAD travaille de manière continue pour améliorer la performance clinique et administrative de l'établissement.
- **Assurer une gouvernance responsable** - Afin de travailler à assurer une gouvernance responsable, le CSSSAD a préparé un plan de compression budgétaire de 8,5 millions de

dollars pour l'année 2013-2014. Exigé par le gouvernement, le CSSSAD oriente ses actions afin d'atteindre le déficit zéro. Des travaux débiteront à l'automne 2014 afin d'implanter un projet d'économie d'énergie, qui permettra d'économiser 800 000 \$ annuellement une fois les coûts d'immobilisation remboursés. De plus, un projet de diminution d'utilisation du papier pour impression et photocopie a été implanté dans plusieurs installations. Le but est de mieux contrôler l'accès aux imprimantes, d'assurer la confidentialité et de réduire les coûts.

3.7 Contexte et faits saillants

Des actions visant l'amélioration de l'ACCESSIBILITÉ

- La plus grande chambre hyperbare au Canada en milieu hospitalier a accueilli ses premiers usagers en juin. D'une capacité maximum de 18 places, cette chambre permet à la population de la région de la Chaudière-Appalaches de bénéficier de traitements d'oxygénothérapie.
- Le CSSSAD a mis en place cette année le programme de soutien à la cessation tabagique auprès des patients hospitalisés. Plus de 285 patients fumeurs ont bénéficié de ce service.
- Dans la dernière année, une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IP SPL) a été engagée à la Clinique médicale de Nouvelle-Beauce et un autre au GMF de Laurier-Station.
- Le Service de pneumologie du CSSSAD dessert désormais toute la région de la Chaudière-Appalaches, soit les hôpitaux de Saint-Georges, de Thetford et de Montmagny.
- Le médecin qui le requiert peut maintenant obtenir en tout temps un rapport radiologique complet par écoute téléphonique. En ayant accès rapidement à ces rapports, le médecin peut offrir les soins et les services adéquats en temps voulu aux usagers.
- Il est maintenant possible pour la clientèle sans médecin de famille de s'inscrire en ligne au guichet d'accès pour un médecin de famille sur le nouveau site Web du CSSSAD.
- Au cours de l'année 2013-2014, 23 nouveaux médecins de famille et spécialistes sont arrivés au sein de l'établissement, permettant d'améliorer l'accès aux soins et aux services.
- Le programme québécois de dépistage du cancer colorectal a été déployé au CSSSAD au sein du service clinique de gastro-entérologie. Le CSSSAD a été choisi comme l'un des huit sites pilote par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce programme sera implanté en deux phases. Amorcée en janvier 2012, la première phase vise à évaluer et à revoir les façons de faire dans le but d'assurer l'accès aux examens de coloscopie pour les clientèles symptomatiques, atteintes du

cancer colorectal, à moyen ou à haut risque, dans le respect des normes d'accès et de qualité. La première phase est complétée, notamment par la résorption de la liste d'attente qui s'élevait à plus de 7 400 patients en mai 2012.

- Le CSSSAD a été officiellement désigné Centre affilié pour le traitement du cancer du poumon par le MSSS. Les centres affiliés traitent un volume de patients significatif, et doivent établir une entente formelle de collaboration avec un centre de référence, notamment afin de participer au comité de diagnostic et des thérapies du cancer, d'utiliser ses algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi, et d'y transférer les cas plus complexes, au besoin. Ils possèdent une équipe interdisciplinaire désignée pour assurer une complémentarité et une continuité dans les soins et les services offerts aux patients atteints de cancer dans leur région. Par cette désignation, le CSSSAD concrétise davantage son rôle de leader dans la lutte au cancer dans la région de la Chaudière-Appalaches.
- Un laboratoire régional des troubles du sommeil a été implanté à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Il s'agit d'un nouvel aménagement qui permettra de répondre aux besoins de plus en plus grands de la clientèle de la région de la Chaudière-Appalaches présentant des troubles respiratoires au cours du sommeil.
- Le MSSS a annoncé la construction d'un Centre régional intégré en cancérologie (CRIC) à l'Hôtel-Dieu de Lévis pour 2018. Le centre régional de cancérologie offrira notamment des services de prévention et de dépistage et des soins spécialisés dans les domaines de la chirurgie oncologique, de la chimiothérapie, de la pharmacie oncologique et de la radiothérapie. Il interviendra en matière de soins palliatifs, pour le soulagement des symptômes et les soins de fin de vie. Le Centre jouera aussi un rôle important en matière de formation et de soutien aux équipes locales de lutte contre le cancer.
- Afin de répondre à l'augmentation de la demande, deux fauteuils ont été ajoutés en hémodialyse. Ce qui porte à 24 le nombre de fauteuils disponibles.
- Le projet de gestion de cas a été implanté en service social. Un gestionnaire de cas est appelé à intervenir auprès d'une clientèle vivant des situations complexes et requérant des services plus intenses afin de la maintenir dans son milieu. Ils ont pour mandat de coordonner les différents services requis pour leurs clients, à l'interne, mais aussi auprès d'autres partenaires.
- Un projet-pilote d'équipe en tant que premiers évaluateurs a été mis en place entre le 13 janvier et le 31 mars. Cette équipe prend en charge une clientèle âgée qui se trouve dans une situation très précaire. Les résultats sont concluants.
- Un guichet d'accès aux soins et services en santé mentale a été mis en place afin de faciliter l'accès aux services de santé mentale et de psychiatrie selon une approche de soins en collaboration avec les médecins du territoire.
- Une nouvelle urgence à l'Hôtel-Dieu de Lévis comprenant un ajout de 10 civières dans laquelle une technologie moderne d'informatisation a été mise en place afin de faciliter le suivi et l'accès aux dossiers et ainsi améliorer la qualité des soins et des services prodigués.
- La Direction des services généraux, soutien à domicile et liaison a signé une entente avec l'organisme communautaire Groupe Présence Lotbinière, qui œuvre à domicile auprès de la clientèle qui reçoit des soins palliatifs.
- Le constat de décès à distance a été implanté au soutien à domicile (SAD) dans tous les secteurs du CSSSAD. Les infirmières du SAD ont donc développé de nouvelles compétences afin d'offrir une meilleure accessibilité des services à la population du territoire.
- Une clinique de développement de l'enfant a été mise en place afin d'offrir des services aux enfants qui présentent un ou plusieurs retards de développement. L'enfant est évalué, participe à un programme de stimulation précoce et référé, le cas échéant, lorsqu'il a besoin de services spécialisés.
- *Bonjour-Santé* a été implanté pour gérer le sans rendez-vous médical du CLSC Laurier-Station et de l'UMF de Lévis, ce qui permet aux usagers de pouvoir s'inscrire la veille et

d'avoir un horaire pour un rendez-vous.

- Le nouveau site Web du CSSSAD a été mis en ligne en octobre dernier. Grâce à cela, il est maintenant plus facile pour la clientèle d'avoir accès à toutes les informations concernant les soins et les services de l'établissement.

Des actions visant une amélioration de la QUALITÉ et de la SÉCURITÉ

- Une réorganisation du travail a été implantée dans les centres d'hébergement de Charny et de Saint-Flavien, ainsi qu'à l'Unité de courte durée gériatrique, située à l'Hôtel-Dieu de Lévis afin d'améliorer les soins et les services prodigués aux résidents et usagers. Ces réorganisations ont permis une révision des rôles et une optimisation des champs de pratique de tous les professionnels.
- Les centres d'hébergement de Charny, de Saint-Raphaël, de Saint-Gervais et de Sainte-Marie, ont reçu la visite d'évaluateurs du MSSS. Quelques recommandations mineures ont été faites à la suite de ces visites, mais les résultats sont généralement excellents. Ceci démontre que les soins et les services donnés dans les centres d'hébergement sont de très bonne qualité.
- Le Centre d'hébergement de Lévis et le CLSC Lévis ont déménagé dans leurs nouveaux locaux, situés à l'arrière de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Réparti sur 3 étages, le centre d'hébergement est à la pointe de la modernité et a été conçu afin d'offrir un environnement le plus chaleureux possible aux 95 résidents. De plus, le centre de jour fait maintenant partie du même bâtiment facilitant grandement le travail des intervenants. Tout le personnel a

fourni un travail colossal afin d'assurer le bon déroulement du déménagement ainsi que la réorganisation du travail engendrée par les nouveaux espaces. Il est important de le souligner.

- La phase 2 du Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM) a été complétée. Le SARDM améliore l'efficacité et la sécurité du circuit du médicament dans l'établissement.
- Le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) voit sa désignation reconduite jusqu'en 2016. Le CEGDC a pour mission d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de douleur chronique en offrant une gamme complète de services médicaux, psychosociaux et de réadaptation surspécialisée.
- Trois lits dédiés aux soins palliatifs ont été créés à l'Unité de cardiologie et d'hématologie, située au 7^e étage de l'Hôtel-Dieu de Lévis. L'objectif de ce projet est d'améliorer l'environnement offert à la clientèle de soins palliatifs, particulièrement pour celle dont le retour à domicile est définitivement compromis ou dont l'hospitalisation se prolonge, et qui est en attente d'une ressource externe en soins palliatifs.
- Une infirmière clinicienne a été ajoutée à l'équipe interdisciplinaire et ambulatoire de soins palliatifs, et ce, afin d'améliorer la qualité des soins palliatifs à l'Hôtel-Dieu de Lévis.
- Afin d'assurer l'accès à une pratique de qualité de la thrombolyse (traitement indiqué dans le cas d'un AVC ischémique, lorsque le patient est admissible selon des critères établis) dans les délais opportuns et d'outiller les autres régions du Québec dans la prise en charge de la phase hyper aigüe de l'AVC, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec différents partenaires, a mis sur pied un projet de démonstration de télé thrombolyse. Elle consiste en une consultation à distance entre l'équipe de l'urgence où le patient se trouve et un neurologue en visioconférence dans un autre centre, voire dans une autre région. L'équipe de neurologues de notre centre hospitalier régional (CHAU de Lévis) travaillera en collaboration avec les autres centres de la



Le Centre d'hébergement de Lévis et le CLSC Lévis sous un même toit.

région soit ceux de Saint-Georges de Beauce, de Montmagny et de Thetford, où la thrombolyse est administrée par les internistes. Ce modèle est unique au Québec et suscite un grand intérêt. Le rôle régional du CHAU de Lévis est mis à contribution dans ce projet.

- Un comité de travail concernant le recours à la surveillance accrue des usagers a été mis sur pied. Le mandat du comité de travail est de déterminer les modalités entourant la mise en place d'une surveillance accrue de l'usager, suite à l'évaluation des risques (risques d'errance, de fugue, d'agressivité, de chute, d'interférence au traitement et de suicide). Les impacts escomptés par la concertation des personnes concernées et l'élaboration d'outils pertinents sont l'utilisation judicieuse de la surveillance constante et la diminution du nombre d'heures utilisées à cet effet. Le suivi de l'impact des mesures mis en place se poursuivra en 2014-2015.
- Afin de garantir une utilisation judicieuse des surfaces thérapeutiques (matelas doté d'une surface ayant des bénéfices sur un traitement), un comité de travail a été mis en place afin de proposer un processus clair pour la prise de décision quant à l'utilisation des surfaces thérapeutiques. Un suivi rigoureux du processus mis en place a permis de contrôler l'utilisation de ce grand générateur de coûts.
- Un outil de réécoute a été implanté à la réception de l'Hôtel-Dieu de Lévis dans le but d'améliorer les pratiques lors de la réception d'appels.
- Un système d'alarme agression a été installé dans la nouvelle urgence. Grâce à un appareil que l'on garde avec soi, le personnel qui oeuvre dans l'aile psychiatrique de l'urgence peut maintenant déclencher l'alarme facilement, et être localisé rapidement. En effet, une technologie de géolocalisation permet de savoir immédiatement où se trouve l'employé agressé.

Des actions visant une amélioration de la **CONTINUITÉ des soins et des services**

- Un comité de travail pour une planification adéquate des départs a poursuivi ses travaux pour améliorer la gestion de l'épisode de soins de l'usager et la fluidité des communications entre les services de la mission hospitalière et communautaire lors du départ

de l'hôpital. La mise à jour des outils a été réalisée pour améliorer la prise en charge de l'usager, particulièrement dans la perspective de continuité de soins et services. Les travaux se poursuivront en 2014-2015.

- Afin de se préparer à l'entrée en vigueur de l'assurance autonomie, plus de 2000 usagers en perte d'autonomie ont été réévalués pour déterminer leur profil d'autonomie, et ce, en un temps record.
- La trajectoire de services pour la clientèle médico-légale a été revue afin d'assurer une meilleure continuité des services.
- Afin de faciliter le déplacement des usagers de la Nouvelle-Beauce vers l'Hôtel-Dieu de Lévis, un circuit a été mis en place par *Transport collectif de Beauce*, et auquel le CSSSAD a collaboré.

Des actions axées sur le **CAPITAL HUMAIN**

- La direction des soins infirmiers, en collaboration avec la direction du réseau chirurgie et soins critiques, a développé la pratique infirmière afin que ces dernières puissent contribuer aux constats de décès à distance. Ce développement permet à des infirmières du soutien à domicile, de l'hébergement et bien-tôt de la mission hospitalière de transmettre ses observations à un médecin de l'UCCSPU, ce qui permet la réalisation d'un constat de décès à distance. Ce développement est grandement apprécié des infirmières, car cela permet à ces dernières d'accompagner jusqu'au dernier repos les usagers à qui elles ont prodigué des soins et développés des liens.
- En raison de la fusion dont est issu le CSSSAD, la Direction des ressources humaines (DRH) a négocié, signé et procédé à la mise en application des conventions collectives des quatre catégories syndicales. De plus, les conditions de travail du personnel d'encadrement (politiques locales de gestion) ont été révisées.
- Afin de poursuivre son engagement au service à la clientèle, un cycle de planification de la main-d'œuvre a été déployé dans le but de mieux prévoir les besoins à venir au sein de l'établissement. Les cibles (79 %) d'embauche ont été atteintes pour plusieurs titres d'emploi en pénurie. À cet effet, plus de

925 entrevues et plus de 431 embauches ont été réalisées. Au cours de l'année, 62 candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) ont été embauchées. Le CSSSAD a été présent à plus de 14 activités de recrutement, soit de septembre à mars 2014.

- La DRH a élaboré un processus d'embauche pour le personnel d'encadrement et a révisé l'ensemble des descriptions de fonctions. Également, les procédures relatives à l'accueil et l'intégration des cadres, l'appréciation de la contribution, le développement des compétences et la relève des cadres ont été optimisés.
- L'année 2013 a été une année de consolidation de processus, soit l'implantation de Logibec pour l'ensemble du personnel et la fusion des anciennetés et matricules, l'harmonisation des procédures et processus en lien avec la paie, la formation des nouvelles ressources, le déploiement de la phase 1 du système de management en santé et sécurité au travail (SMSST) et l'implantation de la phase 2.
- Dans un contexte de changements et de réorientations, la DRH a procédé à l'élaboration d'un tableau de bord de gestion des RH, constitué de plusieurs indicateurs de performance. Ce qui a permis la révision de nombreux processus RH et la mise en œuvre de plans d'action, afin d'améliorer et d'optimiser les services. Les travaux de révision des processus se poursuivront en 2014-2015.
- Quatorze bulletins Inter-Mission et 24 bulletins Inter-Mission Express ont été produits, afin d'informer les employés, les médecins, les bénévoles, les chercheurs et les partenaires du CSSSAD. Il est important de souligner la grande contribution de tous pour fournir textes et photos tout au long de l'année.

Des actions axées sur le DÉVELOPPEMENT ET LE PARTENARIAT DES COMMUNAUTÉS

- La banque du sang du CSSSAD est maintenant disponible à tous les établissements de santé de la région de la Chaudière-Appalaches.
- Accompagnement de deux écoles de la MRC de la Nouvelle-Beauce pour la mise en place d'un projet Jeunes Leaders lors des récréations. Ce qui porte maintenant à cinq le

nombre d'écoles ayant ces projets en Nouvelle-Beauce.

- Au cours de l'année 2013-2014, l'équipe en prévention/promotion a implanté la philosophie École en santé dans 86 % des écoles primaires et secondaires du territoire du CSSSAD.
- Participation à un comité pour revoir l'aménagement et la programmation d'activités favorisant une saine alimentation à la cafétéria de la Polyvalente Benoît-Vachon à Sainte-Marie, avec pour objectif d'inciter davantage les élèves à manger à la cafétéria le midi plutôt que de se rendre vers une chaîne de restauration rapide à proximité de l'école.
- 75 % des municipalités du territoire se sont inscrites à la campagne nationale Plaisirs d'hiver.
- Dans la perspective de prévention du suicide dans Lotbinière, les organisateurs communautaires et l'agent de promotion et prévention de Lotbinière ont soutenu la mobilisation des partenaires et des jeunes dans les projets suivants :
 - > Modernisation du *skatepark* de Saint-Agapit pour favoriser la pratique sportive chez les jeunes et le sentiment d'appartenance à l'école, et ce, dans la perspective de la persévérance scolaire;
 - > Déploiement du projet jeunes leaders à l'école secondaire Beurivage, en collaboration avec la technicienne en éducation spécialisée de l'école, une intervenante du Regroupement des jeunes de Lotbinière, la coordonnatrice du regroupement Lotbinière en forme.
- Mise sur pied et soutien d'un comité cour d'école à l'école La Source de Laurier-Station.
- Élaboration d'un outil « clé en main » pour les professeurs de l'école La Clé d'or de Saint-Antoine-de-Tilly et l'école La Mennais de Sainte-Croix. Le projet sera exporté dans toute la région.
- Pour la population de 50 ans et plus :
 - > Réalisation d'un projet-pilote de « marche-entraînement » pour les 50 ans et plus.
 - > Collaboration au *Défi Chaque minute compte* (800 participants).
 - > Collaboration au projet de création d'une

vidéo d'exercices par et pour les aînés.

- Soutien de l'équipe en organisation communautaire de Bellechasse dans les démarches suivantes :
 - > Travaux en lien avec persévérance et réussite scolaire des jeunes de Bellechasse.
 - > Relocalisation d'un plateau de travail pour favoriser la mise en action des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou présentant une déficience physique.
 - > Déploiement de la démarche *Vieillir en santé* (VES).
- Soutien de l'équipe en organisation communautaire de Nouvelle-Beauce par la mise en place d'un travailleur de proximité pour les aînés.
- L'équipe en prévention du suicide a soutenu plusieurs écoles secondaires dans la mise en place de leur protocole de postvention. Actuellement, 88 % des écoles du territoire du CSSSAD ont leur protocole de postvention.
- L'équipe en prévention du suicide a formé plus de 67 sentinelles dans la communauté et parmi le personnel du CSSSAD et a offert des rencontres intensives de sensibilisation à plus de 543 personnes issues des milieux scolaire, municipal, communautaire et privé, sur tout le territoire du CSSSAD.
- L'offre de service télésanté en pédopsychiatrie a été déployée. En effet, l'équipe spécialisée en pédopsychiatrie du CSSSAD offre du soutien et de la formation, à distance, à tous les établissements de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Le programme Collectivement, Agir pour le Développement Optimal des Enfants (CADOE) a été déployé dans les cinq CLSC. Le programme CADOE est un partenariat avec les organismes communautaires, ainsi qu'avec les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie du CSSSAD, afin de contrer la négligence envers les enfants. Grâce à ce programme, les familles vulnérables sont prises en charge et suivies afin de permettre le développement optimal des enfants. Dans le cadre du programme de lutte à la négligence (CADOE), une rencontre de sensibilisation et de partage des connaissances réunissant plus de 80 intervenants et gestionnaires de tous les milieux du secteur de Chutes-

Chaudière a été organisée.

- La DRH du CSSSAD a pris en charge la gestion des congés maladie du CSSS de Montmagny-L'Islet (CSSSML).

Des actions qui favorisent le RAYONNEMENT

- Le projet intitulé Gestion sécuritaire des troubles de comportement se réalisant grâce à des balises d'intervention, implanté spécifiquement à l'Unité des troubles sévères de comportement au Centre d'hébergement de Charny, mais également dans les autres centres d'hébergement de notre CSSS, s'est vu récompensé lors du gala Grands Prix santé et sécurité du travail tenu par la CSST le 22 octobre 2013. Ce projet met en place des balises d'intervention qui permettent un meilleur contrôle des risques d'agression physique et psychologique pour notre personnel.
- L'équipe de prévention du suicide du CSSSAD et ses partenaires ont remporté le 1^{er} Prix d'excellence INTERSECTION 2013 (ministère de la Sécurité publique) Projet soumis dans la catégorie partenariat par les policiers.
- Le projet intitulé Accueil du nouveau-né – Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) a valu à l'infirmière Linda Champagne le prix *Innovation clinique Banque Nationale 2013* de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches (ORIICA). Mme Champagne, infirmière, du CLSC Sainte-Marie a élaboré un projet clinique pour les familles vulnérables afin d'améliorer la collaboration entre l'infirmière et les intervenants du Centre jeunesse, dans le cadre d'un suivi intensif multidisciplinaire destiné aux femmes enceintes et à leur famille, dès la douzième semaine de grossesse.
- Le 1^{er} mai dernier, lors de la cérémonie de remise des prix *Florence* de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), madame Sylvie Nolet, directrice générale adjointe aux communications et au développement des communautés du CSSSAD, a reçu le prix *Florence* dans la catégorie *Engagement communautaire*. Ce prix souligne la contribution exceptionnelle d'une infirmière qui, par son engagement communautaire et social, a suscité le changement et favorisé l'amélioration des conditions de vie ou de santé des populations.

- Le CSSSAD a reçu près de 600 000 \$ de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux et d'*Opération Enfant Soleil*, afin d'effectuer des travaux majeurs dans la clinique ambulatoire de pédiatrie, située à l'Hôtel-Dieu de Lévis.
- Au cours de l'année, 12 activités médiatiques ont été organisées afin de permettre à l'établissement d'avoir de la visibilité auprès de la population et qu'elle puisse apprendre à mieux connaître l'établissement. Environ 25 communiqués de presse ont été émis, et plus de 255 articles ou reportages ont été publiés ou diffusés concernant le CSSSAD.
- Le CSSSAD a remporté un prix d'excellence, dans la catégorie Intégration des services, lors du Gala des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux et communautaires de Chaudière-Appalaches, organisé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, pour le Programme de réadaptation respiratoire dans la communauté. Le CSSSAD est également reparti avec une mention d'honneur dans la catégorie Initiative prometteuse pour la méthodologie séquentielle de validation de la liste d'attente pour un examen de coloscopie longue.

3.8 Bénévoles

- Le CSSSAD compte 604 bénévoles au 31 mars 2014. Ils ont effectué 52 583 heures de bénévolat en 2013-2014.
- Les bénévoles du CSSSAD ont participé à titre de modèle pour la réalisation d'une pochette d'information dédiée aux bénévoles. Cette pochette dans laquelle sont insérés différents documents est utilisée pour le recrutement et la promotion de nouveaux bénévoles. Pour mieux soutenir l'action bénévole au quotidien, les outils suivants ont été réalisés : fiche d'inscription, responsabilité et rôle, règle de conduite des bénévoles, description du mandat, engagement à la confidentialité, demande de références et la déclaration du candidat bénévole. De plus, des outils de promotion et de recrutement ont été élaborés pour le recrutement en milieu scolaire et lors de la journée « Le vieillissement actif par le bénévolat » dédiée aux recrutements des personnes aînées
- Les bénévoles ont participé à titre de figurants pour les photos du site Internet. Une section *Bénévoles* a été créée dans le nouveau site Internet.
- Un état de situation sur l'implication des bénévoles au CSSSAD a été présenté le 9 avril 2013 au conseil d'administration de l'établissement : présentation des statistiques telles que l'implication des bénévoles par mission et le cycle de gestion des ressources humaines bénévoles utilisé au CSSSAD.



Une partie de l'équipe de bénévoles du Centre Paul-Gilbert.
De gauche à droite : Mme Lorraine Boutin, Mme Denise Laroche, M. Nelson Landry,
Mme Chantal Goupil et Mme Lyne Maltais, chef des ressources bénévoles au CSSSAD

- Différentes formations ont été offertes aux bénévoles, par exemple : prévention des infections, présentation de l'agrément, le rôle et l'importance de l'action bénévole, mesures de sécurité etc.
- Des séances d'information sur l'action bénévole en centre d'hébergement ont été offertes. En plus de valider les motivations des bénévoles impliqués, les sujets abordés lors de ces rencontres sont le rôle, la responsabilité et le mandat des bénévoles en fonction des assises légales et de l'assurance responsabilité. Le soutien accordé par le bénévole auprès des intervenants, résidents et membres des familles. Un retour sur les règles de conduite des bénévoles et l'engagement à la confidentialité.
- Le conseil d'administration de l'Association des auxiliaires bénévoles du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, lors de sa réunion régulière du 13 mars 2014, sur recommandation du Comité de consultation, a accepté de répondre favorablement aux trois demandes du CSSSAD suivantes pour l'année 2014 :
 - > Achat de 7 détecteurs de mobilité SÉCURE, pour la clientèle à risque de chutes;
 - > Achat de 2 matelas CARDINAL qui consiste en une surface d'appui statique et dynamique;
 - > Achat de 100 pochettes plastifiées pouvant être installées, à l'aide d'un velcro, sur la porte des chambres des usagers dont un bilan calorique a été demandé.
- Le total de ces trois demandes s'élève à 11 332,34 \$.
- Un grand merci à l'Association des auxiliaires bénévoles pour ces dons.
- L'implication des bénévoles a été soulignée au cours de plusieurs activités dans les centres d'hébergement et par les associations bénévoles.

3.9 Langue anglaise, autres langues et Langue des signes québécoise (LSQ)

Les objectifs du plan d'action ont été réalisés :

- Offrir des formations aux intervenants;
- Harmoniser les services de langue anglaise pour l'ensemble des installations sur son territoire;
 - > Uniformiser la reconnaissance visuelle des intervenants parlant anglais;
 - > Uniformiser les documents disponibles.

La formation sur l'importance de bien accueillir les usagers et les guider correctement a été offerte à 18 employés.

Le secteur de l'accueil-admission est notre groupe cible pour la nouvelle formule de formation mise en place le 27 mars 2013. Cette formation d'une durée de 3 h 30 est offerte aux employés d'un même département afin de répondre à un besoin précis et identifié par l'équipe. Le professeur a validé et développé son cours en lien avec les besoins lors d'une rencontre préalable.

- L'établissement a clarifié son offre de service concernant les services d'interprétariat pour la clientèle de langue anglaise, d'autres langues et de la LSQ.

Site internet :

- Section anglaise élaborée avec les informations les plus pertinentes;
 - > L'offre de service de l'établissement;
 - > Différents liens gouvernementaux, organismes communautaires, société pouvant guider les usagers nécessitant un service anglais, dont les multiples formulaires médicaux;
 - > Section sur l'importance du lavage de mains et bien plus.

4. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1 Les services offerts

LES SERVICES EN CLSC

Des services de promotion des saines habitudes de vie et du bien-être

- Des services individuels ou de groupe visant à adopter de saines habitudes de vie (centre d'abandon du tabac, programme *Alcochoix +*, campagnes annuelles de promotion telles que *Défi Santé 5/30*, *Plaisirs d'hiver*, etc.).
- Des services de prévention, d'information et de dépistage en santé sexuelle, dont le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), en plus de la contraception orale d'urgence.
- Des services de promotion, d'information et de formation en prévention du suicide.
- De l'information, du suivi et de l'accompagnement pour des personnes aux prises avec une maladie chronique ou dégénérative (diabète, cancer, Alzheimer, etc.).
- Du support aux organismes du milieu qui déploient des activités de prévention et de promotion.

Des services de santé physique

- Des services d'information, d'accueil, d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement pour les personnes ayant un problème de santé physique.
- Des soins infirmiers, dont postopératoires, prélèvements et vaccination.
- Des soins infirmiers et des consultations médicales, avec ou sans rendez-vous en CLSC, dans les 10 groupes de médecine de famille et à l'Unité de médecine de famille de Lévis.
- Des services de réadaptation physique et des soins respiratoires ambulatoires.
- Une clinique santé voyage offrant vaccination, informations et conseils santé pour les voyageurs.
- Une urgence de première ligne.

Des services psychosociaux

- Des services d'évaluation, d'orientation, de suivi et de réadaptation pour des personnes

vivant avec des problèmes de santé mentale (anxiété, dépression, schizophrénie, etc.).

- Des services de suivi intensif dans le milieu pour la clientèle ayant des troubles sévères en santé mentale, offerts en collaboration avec les services spécialisés en psychiatrie et une ressource communautaire d'hébergement.
- Des services d'évaluation, de suivi et de référence aux ressources du milieu auprès de personnes ayant des difficultés personnelles, conjugales ou familiales (violence, situation de crise, toxicomanie, jeu pathologique, désadaptation sociale, etc.).
- Un service de garde (Urgence-Détresse) disponible jour et nuit.

Des services en santé mentale

- Des services de thérapie court et moyen terme pour les personnes présentant des troubles anxieux, de l'humeur ou de l'adaptation dispensés en individuel ou en groupe pour certains sites.
- Un programme spécifique de thérapie de groupe dédié à la clientèle présentant des troubles de la personnalité.
- Des services dans la communauté pour la clientèle présentant des troubles sévères et dont l'objectif est de soutenir la personne au niveau des activités quotidiennes et domestiques dans un souci de réadaptation et d'intégration dans la communauté.
- Des services de suivi intensif dans le milieu pour la clientèle ayant des troubles sévères en santé mentale nécessitant une intensité de services. Ce programme tripartite est offert en collaboration avec les services spécialisés en psychiatrie et une ressource communautaire d'hébergement.

Des services pour les personnes aux prises avec une déficience – physique ou intellectuelle – ou un trouble envahissant du développement et leurs proches

- Des services psychosociaux, de réadaptation, de soutien et d'information.
- Des services de réadaptation, de soutien à domicile et aux différents milieux fréquentés par la personne, de même que du soutien à l'intégration sociale.

- Un service d'évaluation psychométrique pour établir le diagnostic d'une déficience intellectuelle.
- Des programmes d'allocation financière contribuant au maintien de la personne dans son milieu et permettant du soutien aux proches aidants (répit-dépannage).

Des services pour les femmes enceintes

- Des services de prélèvement.
- Des cliniques de grossesse offrant informations et conseils pour une grossesse en santé.
- Des rencontres prénatales pour les futurs parents.
- Le programme œuf-lait-orange (OLO) qui contribue à la santé des bébés à naître en offrant chaque jour un œuf, un litre de lait, un verre de jus d'orange et un supplément de vitamines et de minéraux aux femmes enceintes économiquement et socialement défavorisées.
- Des sages-femmes qui dispensent des suivis de grossesse et qui accompagnent lors d'accouchements à la Maison de naissance Mimosa, à domicile ou en centre hospitalier.

Des services pour les jeunes familles et la petite enfance

- Un suivi infirmier ou sage-femme postnatal de la mère et du nouveau-né.
- De la vaccination préventive pour les nourrissons jusqu'à l'âge scolaire.
- Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) visant à soutenir les parents de jeunes enfants. Ce programme permet aux familles d'améliorer leurs conditions de vie et de favoriser le développement des enfants.
- Le dépistage et l'évaluation du retard de développement et des troubles du comportement et d'adaptation sociale des enfants d'âge préscolaire.
- Des ateliers de stimulation précoce.
- Un service d'évaluation et d'intervention pour les enfants présentant des retards de langage.
- Le programme Étude québécoise de l'intervention parentale chez les enfants avec des problèmes de comportement (ÉQUIPE).
- Le programme pour le développement optimal de l'enfant.

Des services pour les jeunes d'âge scolaire et les adolescents

- Des services psychosociaux visant les jeunes aux prises avec des problèmes de développement, de comportement ou d'adaptation sociale.
- Des services familiaux offrant un soutien au rôle parental et à l'adaptation pour le passage de la vie d'enfant à l'adolescence.
- Le programme Crise-Ado-Famille-Enfance pour aider à dénouer les crises familiales.
- Des professionnels (infirmière, intervenant social, hygiéniste dentaire) qui interviennent directement dans les milieux scolaires.
- Des services de prévention-promotion et dépistage des maladies à caractère sexuel. Les interventions préventives et éducatives proposées font la promotion de la santé physique, psychosociale et sexuelle.

Des services à domicile et en centre de jour pour les personnes en perte d'autonomie

- Des programmes de prévention, dont le programme intégré d'équilibre dynamique pour prévenir les chutes et le programme de dépistage des abus et de la négligence.
- Des services d'aide et d'assistance à domicile tels que des soins d'hygiène, de l'aide pour le lever et le coucher, l'entretien ménager, la préparation de repas et l'aide à l'alimentation, tous offerts en collaboration avec les ressources du milieu.
- Des services de télésurveillance.
- Des soins infirmiers incluant des soins palliatifs et de fin de vie à domicile, ainsi qu'un service de garde en soins infirmiers et médicaux offert jour et nuit.
- Des services d'ergothérapie, de physiothérapie et de nutrition.
- Des services de soins respiratoires.
- Du soutien psychosocial pour la personne en perte d'autonomie et pour l'aidant, incluant l'aide à l'ouverture d'un régime de protection ou d'homologation de mandat.
- Un service de télésoins à domicile, le suivi clinique intelligent à distance (SCIAD).
- Des services de soutien aux proches aidants (information, répit, entraide).
- Des services de centre de jour.

L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

En plus de l'offre de service qu'il dispense directement à la population, le CSSSAD s'engage dans le développement des communautés de son milieu. Son équipe d'organiseurs communautaires travaille à sensibiliser, à mobiliser et à soutenir les initiatives de citoyens autour d'enjeux déterminants pour la santé et le bien-être tels que la sécurité alimentaire, le logement social et l'habitation.

LES SERVICES EN HÉBERGEMENT

Le CSSSAD compte 13 CHSLD répartis sur l'ensemble du territoire pour les personnes en perte d'autonomie qui nécessitent des soins.

Des équipes interdisciplinaires, composées de personnel en soins infirmiers, d'intervenants sociaux, de médecins et autres professionnels de la santé, travaillent ensemble afin d'offrir un milieu de vie accueillant et sécuritaire pour les résidents. En outre, ce milieu de vie peut compter sur l'engagement inestimable de bénévoles qui contribuent au bien-être des personnes hébergées, notamment par l'écoute et les petites attentions quotidiennes.

Afin d'offrir des milieux de vie sécuritaires et de qualité, différents moyens sont mis en place dont :

- l'implantation d'un programme de prévention des chutes dans l'ensemble des centres d'hébergement;
- des unités prothétiques pour la clientèle présentant des troubles cognitifs et de l'errance;
- une unité pour la clientèle présentant des comportements agressifs.

Le CSSSAD offre aussi des services d'hébergement temporaire, de répit et de dépannage pour des personnes en perte d'autonomie qui vivent à domicile. Des soins palliatifs sont également offerts, notamment des soins de confort, des soins infirmiers et médicaux, de l'accompagnement psychosocial et spirituel, selon les besoins.

De plus, le CSSSAD dispose d'une gamme variée et adaptée de RI et de RTF. Ces ressources ciblent en priorité les personnes en perte d'autonomie aux prises avec un problème de santé mentale et les enfants ayant un handicap physique.

LES SERVICES EN CENTRE HOSPITALIER

Des services spécialisés

L'Hôtel-Dieu de Lévis est un centre hospitalier de référence affilié universitaire ayant une vocation régionale. Il offre des soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés, de courte et de longue durée. Le rayonnement du centre hospitalier s'étend bien au-delà de son territoire naturel, car il offre un grand nombre de spécialités hautement réputées :

- Anesthésiologie
- Chirurgie
 - > Chirurgie générale
 - > Chirurgie maxillo-faciale
 - > Chirurgie vasculaire
 - > Chirurgie plastique
 - > Orthopédie
 - > Urologie
- Gynécologie-obstétrique
 - > Gynécologie
 - > Obstétrique
- Laboratoires
 - > Anatomico-pathologie
 - > Biochimie
 - > Hématologie
 - > Microbiologie
- Médecine
 - > Biochimie médicale
 - > Cardiologie
 - > Dermatologie
 - > Gastro-entérologie
 - > Gériatrie
 - > Hémato-oncologie
 - > Infectiologie
 - > Médecine interne
 - > Médecine nucléaire
 - > Médecine physique
 - > Néphrologie
 - > Neurologie
 - > Pneumologie
 - > Radio-oncologie
 - > Rhumatologie

- Médecine familiale
 - > Soins hospitaliers
 - > Soins gériatriques hospitaliers
 - > Soins palliatifs
 - > Obstétrique – périnatalité
 - > Unité de médecine de famille
- Médecine générale
 - > Service de médecine générale de Bellechasse
 - > Service de médecine générale de Nouvelle-Beauce
 - > Service de médecine générale de Lotbinière
 - > Service de soins gériatriques Chutes-Chaudière (hébergement)
 - > Service de soins gériatriques Desjardins (hébergement)
 - > Service de médecine communautaire de première ligne (planification des naissances, soins périnataux, dépistage ITSS, santé mentale, etc.)
 - > Service de soins physiques (aux patients hospitalisés en psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de Lévis)
- Médecine d'urgence
 - > Médecine hyperbare
 - > Médecine préhospitalière d'urgence
 - > Services d'urgence de Charny et de Lévis
- Oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie
 - > Oto-rhino-laryngologie
 - > Ophtalmologie
- Pédiatrie
 - > Unité d'hospitalisation
 - > Clinique pédiatrique générale et spécialisée
 - > Néonatalogie
- Pharmacie
- Psychiatrie
 - > Psychiatrie adulte
 - > Pédopsychiatrie
 - > Psychogériatrie
- Radiologie

- Santé publique
 - > Santé au travail
- Programmes régionaux et extrarégionaux
 - > Médecine transfusionnelle, centre désigné
 - > Centre régional de traumatologie
 - > Clinique de plaies complexes
 - > Coordination du programme québécois de dépistage du cancer du sein
 - > Coordination du programme régional des soins respiratoires
 - > Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU)

Services en mode hospitalisation et ambulatoires pour la clientèle provenant de l'extérieur de la région de la Chaudière-Appalaches

- Centre antidouleur
- Chirurgie maxillo-faciale
- Chirurgie vasculaire
- Gastro-entérologie
- Médecine hyperbare
- Médecine nucléaire
- Neurologie
- Pneumologie
- Radiologie d'intervention (endoprothèses, biopsie transrectale de la prostate et biopsie par Mammotome)

Des services diagnostiques

Le centre hospitalier dispose d'un parc d'équipements spécialisés et à la fine pointe de la technologie pour offrir des diagnostics précis aux usagers :

- Anatomico-pathologie
- Biochimie médicale
- Électrocardiographie
- Hématologie
- Imagerie médicale incluant la résonance magnétique, la tomodensitométrie (TACO) et l'artériographie
- Laboratoire de physiologie respiratoire
- Laboratoire d'électrophysiologie
- Laboratoire d'exploration vasculaire
- Médecine nucléaire
- Microbiologie

Comme centre hospitalier affilié universitaire, le CHAU de Lévis met ses ressources à la disposition de l'Université Laval à des fins d'enseignement et de recherche. Il le fait notamment pour la médecine familiale et dans plusieurs spécialités médicales, mais aussi dans d'autres disciplines des sciences de la santé.

L'UNITÉ DE MÉDECINE DE FAMILLE DE LÉVIS

L'UMF de Lévis offre des services cliniques de consultation et des suivis généraux pour des clientèles de tous âges, incluant des suivis périnataux.

Des services spécifiques (petite chirurgie, vaccination, suivi d'anticoagulation, etc.), des consultations auprès des professionnels enseignants de l'UMF (infirmières, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, pharmacienne, nutritionniste, travailleuse sociale, psychologue) et des services de soins à domicile en collaboration avec le CLSC Saint-Romuald sont également offerts. De plus, l'UMF de Lévis constitue un milieu de stage pour les résidents de programmes d'études universitaires liés à la médecine familiale; le corps professoral multidisciplinaire, composé d'omnipraticiens expérimentés et d'autres professionnels de la santé, en assure la supervision.

LA MAISON DE NAISSANCE MIMOSA

La Maison de naissance Mimosa est un endroit chaleureux qui propose un suivi complet de maternité à quelque 250 familles par an. Une équipe de sages-femmes et d'aide-natales offre un service personnalisé pour le suivi de grossesse, l'accouchement et le suivi postnatal, tant pour la mère que le nouveau-né, et ce, jusqu'à six semaines après sa naissance. Les femmes suivies par une sage-femme ont le choix de trois lieux pour accoucher : en maison de naissance, à domicile ou à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Depuis l'ouverture de la Maison de naissance Mimosa en 1994, plus de 3800 bébés ont vu le jour en présence de sages-femmes, une moyenne d'environ 215 bébés par an.

L'HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE

L'Hôpital de jour est un service d'évaluation et de réadaptation qui intervient sur plusieurs problématiques liées au vieillissement pour la clientèle gériatrique vivant à domicile.

L'équipe a développé en 2008 une approche nova-

trice de réadaptation pour la clientèle atteinte de la maladie de Parkinson et, depuis avril 2009, tous les clients atteints de cette maladie qui sont référés à l'Hôpital de jour en bénéficient.

Cette approche offre des résultats spectaculaires, dont une diminution du nombre de chutes de 92 % chez les grands chuteurs et une conservation du lieu de résidence chez 95 % des patients.

D'ailleurs, ce projet a obtenu en 2011 une mention d'honneur lors de la remise des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, dans la catégorie *Personnalisation des soins et services*. Afin d'améliorer la concertation et la collaboration dans le continuum de soins offerts à cette clientèle, la Clinique des troubles du mouvement a été mise sur pied en 2011 dans les locaux de l'Hôpital de jour. Réunissant une équipe multidisciplinaire, cette clinique propose à la clientèle atteinte de la maladie de Parkinson, et devant composer avec un trouble du mouvement, un suivi médical offert par deux neurologues de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

LES CENTRES DE JOUR

Les centres de jour regroupent des activités de jour offertes sur une base externe, à des adultes et à des personnes âgées inscrites, afin de favoriser le maintien de leur intégration dans la communauté et de permettre des périodes de répit aux aidants. Les centres de jour offrent des activités de nature préventive, thérapeutique, éducative et de socialisation.

Ils peuvent aussi offrir des activités de jour sur une base externe à des personnes ayant une déficience physique.

Ils ont alors pour but de développer ou de maintenir le potentiel personnel de chacun, tout en favorisant la réinsertion sociale à l'aide d'activités de croissance et de support, de même que des activités artistiques et récréatives.

Le CSSSAD compte cinq centres de jour sur son territoire.

4.2 Principales modifications apportées en 2013-2014

- Après 3 ans et demi de travaux, la toute nouvelle urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis a accueilli ses premiers usagers le 17 juin 2013. D'une capacité de 37 lits, et à la pointe de la technologie, la nouvelle urgence permet

d'offrir des soins et des services d'excellence à la population du CSSSAD.

- Au printemps 2013, le CLSC Lévis et le Centre d'hébergement de Lévis ont déménagé dans un tout nouveau bâtiment, situé à l'arrière de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Le CLSC occupe les deux premiers étages, alors que le centre d'hébergement prend place dans les trois derniers. Ce dernier a été conçu afin d'offrir un environnement et un milieu de vie des plus agréables aux 95 résidents.
- La phase 2 des travaux à la centrale de stérilisation du Centre Paul-Gilbert a été complétée.
- Des travaux ont été effectués au 5^e étage de l'Hôtel-Dieu de Lévis afin d'accueillir le laboratoire régional des troubles du sommeil.

4.3 Orientations pour 2014-2015

Voici les principales orientations qui guideront nos actions pour les deux prochaines années :

- Améliorer l'accessibilité et la continuité aux soins et services dans des délais acceptables;
- Assurer une main-d'œuvre qualifiée en quantité suffisante;
- Offrir des conditions de travail mobilisantes;
- Exercer la responsabilité populationnelle;
- Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et de bien-être;
- Assurer la desserte régionale pour les spécialités médicales ciblées;
- Développer les trajectoires-clientèles requérant les spécialités médicales ciblées;
- Valoriser la formation académique;
- Valoriser l'appartenance universitaire;
- Favoriser l'émergence de pratiques innovantes en enseignement;
- Consolider l'axe de recherche en santé mentale chez l'enfant et l'adolescent;
- Accentuer le développement du Centre universitaire d'excellence clinique en médecine d'urgence;
- Développer un axe de recherche en médecine hyperbare;
- Développer la recherche en première ligne;
- Optimiser le financement et le soutien de la recherche;

- Favoriser l'utilisation des connaissances dans la pratique clinique;
- Améliorer la performance clinique et administrative de l'établissement;
- Assurer une gouvernance responsable;
- Promouvoir le développement durable.

4.4 Mission universitaire

MISSION ENSEIGNEMENT

Le CSSSAD/Centre hospitalier affilié universitaire de Lévis (CHAU de Lévis) est un partenaire de l'Université Laval pour l'enseignement médical depuis une quarantaine d'années. Il y contribue pour tous les niveaux de formation en médecine (stages d'immersion, externat, stages réseaux pour les résidents des unités de médecine familiale (UMF) de Québec, programme complet pour les résidents de l'UMF de Lévis, stages pour les résidents de diverses spécialités, dont médecine d'urgence, psychiatrie, gastro-entérologie, ophtalmologie, anesthésiologie, radiologie, médecine interne, soins intensifs, etc. Le CHAU de Lévis compte plus d'une centaine de professeurs de clinique, professeurs associés et professeurs de carrière.

Pour l'année 2013-2014, 904 étudiants universitaires dans toutes les disciplines de la santé et 431 étudiants de niveau collégial ont été accueillis. En incluant les étudiants de niveau secondaire, ce sont 1 643 étudiants pour plus de 47 733 jours-étudiants qui ont été formés au sein de l'établissement dans l'ensemble des installations du CSSSAD.

Statistiques 2013-2014

ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE	Étudiants	Jours/étudiants
Résidents en médecine	258	13 465
Externes en médecine	143	4 355
Stagiaires en médecine	90	390
Médecine dentaire	0	0
Orthophonie-Audiologie	9	249
Pharmacie	39	1 964
Service social	32	1 432
Physiothérapie	49	556
Sciences infirmières	141	2 420
Psychologie	24	1 664
Sage-femme	10	644
Ergothérapeute	89	738
Diététique-Nutrition	7	405
Psychoéducation	12	687
Relations industrielles	1	57
Sous-total enseignement universitaire	904	29 026

ENSEIGNEMENT COLLÉGIAL	Étudiants	Jours/étudiants
Physiologie et soins respiratoires	23	619
Soins infirmiers	261	5 496
AEC - Stérilisation	14	141
Techniques de diététique	2	49
Techniques de laboratoire	28	1 244
Techniques d'éducation spécialisée	32	966
Techniques d'électrophysiologie médicale	1	50
Soins préhospitaliers d'urgence	24	64
Technologie de radiodiagnostic	15	1 968
Techniques d'hygiène dentaire	4	15
Archives médicales	4	140
Techniques de réadaptation physique	8	252
Techniques de travail social	11	542
Autres disciplines	4	97
Sous-total enseignement collégial	431	11 643

ENSEIGNEMENT SECONDAIRE	Étudiants	Jours/étudiants
Assistance technique en pharmacie	10	127
Infirmière auxiliaire	225	5 958
Préposée aux bénéficiaires	61	711
Assistance à la personne à domicile	2	26
Autres disciplines	10	242
Sous-total enseignement secondaire	308	7 064

TOTAL	1 643	47 733
--------------	--------------	---------------

Trois infirmières du CSSSAD honorées lors des soirées reconnaissance de la Faculté des sciences infirmières de L'Université Laval

Lors des soirées reconnaissance qui se sont déroulées en 2013 et en 2014, à l'Université Laval, trois infirmières de notre établissement ont été honorées : Mmes Julie Cadorette, Marie-Josée L'heureux et Marilyn Tardif.

Mme Cadorette a reçu un prix pour souligner la qualité de sa supervision auprès des étudiantes en sciences infirmières qui bénéficiaient d'un premier stage en mission hébergement. Mme L'Heureux, quant à elle, est une infirmière investie, disponible et assidue. Mme L'Heureux, qui pratique à l'Hôtel-Dieu de Lévis, adore partager son expertise auprès des étudiantes en sciences infirmières. La qualité de sa supervision lui a valu aussi ce prix honorifique. Mme Tardif, qui travaille au soutien à domicile, CLSC Saint-Romuald, s'est vue récompenser pour son implication dynamique et continue en supervision clinique, de même que par son souci constant de parfaire ses compétences professionnelles et de transmettre ses connaissances à ses collègues et stagiaires.

Journée de l'enseignement 2013-2014

Le 22 mai 2013 s'est tenue la 7^e journée de l'enseignement du CSSSAD/CHAU de Lévis.

La première partie, destinée aux membres du CMDP, aux résidents et aux externes, a pris la forme d'une conférence midi sur le thème « Imputabilité sociale et professionnalisme : défis de la formation médicale au XXI^e siècle », donnée par D^r Pierre Jacob Durand, de la Direction de l'imputabilité sociale et du professionnalisme, de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

L'autre partie, en soirée, était composée d'une remise de prix pour les superviseurs de stages universitaires qui se sont distingués durant l'année 2012-2013, et d'un spectacle de l'humoriste Boucar Diouf.

La remise des prix a été animée de façon dynamique par M. Marco Bélanger, directeur du réseau PPALV, et M. Joël Bouchard, chef du service à la clientèle des centres d'hébergement de Saint-Isidore et de Saint-Sylvestre. Les mentions d'honneur ont été remises par M. Raymond Coulombe, directeur général du CSSSAD à ce moment-là.

Une activité novatrice pour les stagiaires en ergothérapie

La Direction des ressources humaines, en partenariat avec la Direction de l'enseignement, a organisé une activité novatrice pour les stagiaires en ergothérapie présents dans notre établissement cet hiver.

L'activité de codéveloppement, qui a eu lieu le 7 février 2014, visait à créer un moment de rencontre entre les stagiaires répartis dans les différentes missions, programmes et secteurs du CSSSAD, ainsi que de favoriser une meilleure connaissance du rôle des ergothérapeutes dans notre organisation.

La présentation d'une étude de cas a permis des échanges intéressants entre les étudiants et deux ergothérapeutes présents. Mme Paule L'Espérance et M. José Lortie, de par leur riche expérience d'ergothérapeute au sein du CSSSAD, ont permis d'animer et d'enrichir les discussions.

MISSION RECHERCHE

Le Centre de recherche du CHAU de Lévis compte trois axes de recherche : la médecine d'urgence, la santé mentale chez les enfants et les adolescents ainsi que la recherche clinique. Il accueille plus d'une cinquantaine de chercheurs, cliniciens chercheurs, chercheurs associés, étudiants diplômés et personnel de recherche. L'axe de recherche clinique mène annuellement une soixantaine d'essais cliniques multicentriques dans diverses spécialités dont la gastroentérologie, la cardiologie, la neurologie, l'héματο-oncologie, etc.

Le Dr Patrick Archambault a obtenu plusieurs bourses et subventions pour ses différents projets de recherche.

- Le réseau de recherche en soins et services en première ligne a octroyé une bourse pour le projet de création d'un réseau de connaissances;
- Le programme de développement des jeunes chercheurs en mentorat du réseau en soins respiratoires;
- Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) subventionnent deux projets, soit *Le réseau sur l'innovation en soins intégrés et première ligne* et la *Base de connaissances* de type wiki sur les soins en traumatologie.

Le Dr Guillaume Foldes-Busque reçoit une subvention IRSC pour le pronostic biopsychosocial des douleurs thoraciques suite à une consultation dans une unité d'urgence.

Le Dr Foldes-Busque reçoit une subvention hautement compétitive qui vise à améliorer la compréhension des douleurs thoraciques inexplicables et chroniques, tout en permettant de cibler les efforts pour identifier les patients les plus à risques de chronicité pour leur offrir de meilleurs soins de santé.

Ce projet de trois ans sera exécuté en collaboration avec d'autres chercheurs du centre, dont Dr Patrick Archambault et Dr Richard Fleet, et Dr Clermont Dionne de l'Unité de recherche en santé des populations (URESP) du CHU de Québec.

Depuis novembre dernier, l'Hôtel-Dieu de Lévis participe à l'étude mondiale CHALLENGE, sous la direction du Dr Félix Couture, héματο-oncologue au centre hospitalier. L'étude CHALLENGE est le premier essai clinique au monde à vérifier si l'exercice peut

améliorer la survie chez les patients ayant le cancer. L'essai clinique étudiera aussi si l'exercice améliore la qualité de vie des survivants du cancer du côlon. Les patients qui participent à l'étude de portée mondiale sont recrutés dans 20 centres au Canada, 26 en Australie et trois en Israël.

4.5 Moyens mis en place pour évaluer la satisfaction de la clientèle

Au cours de l'année 2013-2014, une Table partenariale avec le comité des usagers a été créée en vue d'apprécier, entre autres, les résultats des sondages satisfaction de la clientèle effectués à l'automne 2012 et proposer des pistes d'amélioration. La direction, le personnel et les membres des équipes qualité sont mobilisés et déploient des efforts constants à l'égard de la prestation de services de santé sécuritaires et de qualité.

4.6 Résultats obtenus

4.6.1 Suivi de l'entente de gestion

L'entente de gestion et d'imputabilité représente un outil permettant à l'ASSSCA et à l'établissement de définir les relations qu'ils entretiennent dans la gestion du réseau de services. Elle traduit en termes opérationnels les exigences du MSSS quant aux orientations à donner au réseau de services et à son évaluation.

Axe d'intervention :	Prévention dans les continuums de services
Objectifs de résultats :	<p>1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)</p> <p>1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • infections transmissibles sexuellement et par le sang • habitudes de vie et maladies chroniques • chutes chez les personnes âgées • suicide

Objectif spécifique :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.1.2.1 Habitudes de vie et maladies chroniques		Maintien du niveau 12-13 de l'offre des services du programme de santé publique pour 13-14	
1.1.2.1.1 Tabac			
Nombre de fumeurs soutenus par les CAT Cible à atteindre : 200 patients/an			326 patients 1 216 interventions (4 interventions/patients)
Nombre de fumeurs hospitalisés soutenus (HDL) Cible à atteindre : 400 patients/an			285 patients en date du 19 mars 2014
Taux d'abandon dans les 7 derniers jours (projet HDL) Cible à atteindre : 40 %			76 % en date du 19 mars 2014
Nombre d'intervenants formés en Pratiques cliniques préventives volet cessation tabagique			100 % des infirmières SIPPE formées 267 infirmières et périsoignants de HDL (unité 7000-8000-9000) 98 professionnels de HDL (7000-8000-9000) 8 CSJ (ambulatoire)
1.1.2.1.2 Activité physique et saine alimentation			
Nombre de MRC soutenues en saines habitudes de vie dans le cadre des politiques familiales et MADA Cible à atteindre : 50 % des municipalités			100 % des municipalités sont soutenues
Nombre de municipalités inscrites à la campagne Plaisir d'hiver Cible à atteindre : 55 % des municipalités inscrites			74,5 % des municipalités se sont inscrites
Nombre de services de garde scolaires formés sur l'animation de la cour d'école Cible à atteindre : 50 % des services de garde scolaire			54,3 % (95 % de la CS Navigateurs)
Nombre d'écoles accompagnées dans le cadre de l'Approche École en santé (AÉes) Cible à atteindre : 78 % des écoles du territoire			86 % des écoles ont été accompagnées

1.1.2.2 Prévention du suicide			
Nombre de sentinelles formées sur le territoire Cible à atteindre : 60 sentinelles			67 personnes
Nombre de personnes ayant reçu une « sensibilisation »			543 personnes
Nombre d'écoles secondaires ayant un protocole de postvention Cible à atteindre : 70 % des écoles secondaires			88,75 % des écoles secondaires
1.1.2.3 Maladies chroniques			
Projet du MSSS « Maladies chroniques 1 ^{re} ligne »			Le nombre de patients visés pour l'inscription au programme est de 250 par année pour chacune des deux GMF ciblées
Commentaires			
En ce qui concerne les résultats pour le projet de soutien à la cessation tabagique, le problème de référencement et temps requis pour réaliser l'évaluation d'implantation explique la non-atteinte de la cible. Toutefois, selon les prévisions, pour l'an 2014-2015, il est réaliste de voir le nombre de patients soutenus en cessation tabagique à HDL doubler.			
Nom : Sylvie Nolet		Date : 25 avril 2014	

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
 ** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Prévention dans les continuums de services
Objectifs de résultats :	<p>1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)</p> <p>1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • infections transmissibles sexuellement et par le sang • habitudes de vie et maladies chroniques • chutes chez les personnes âgées • suicide

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 ^e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	0,42	0,5	0,37
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	1,13	1,1	0,97
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^e semaine au 12 ^e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	0,29	0,5	0,22
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13 ^e au 60 ^e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	0,21	0,25	0,17
1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	87,5 %	90 %	81,5 %
1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	65,4 %	80 %	58,2 %
1.01.16.01 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	64,2 %	80 %	57,8 %
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100 %	100 %	100 %
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	100 %	100 %	100 %

Commentaires	
Trajectoire de vaccination (processus de saisie, prise de rendez-vous, etc.) révisée en mars 2014. Dans l'organisation du travail, les agentes administratives (services des rendez-vous) offraient des rendez-vous pour la vaccination à l'extérieur des délais vaccinaux. Uniformisation de la trajectoire pour tous les secteurs. Les agentes administratives des programmes et les chefs assurent le suivi contrôle en respect des délais vaccinaux.	
Nom : Michel Laroche	Date : 30 avril 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
 ** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Services médicaux et infirmiers
Objectifs de résultats :	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents) 2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.09.25 Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	N/A	1 site du GMF St-Rédempteur pour un cumulatif de 12	11
3.07 Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	4	N/A	4

Commentaires	
Le 31 mars 2013, il y avait sur le territoire onze GMF. Le GMF du Vieux Fort et le GMF Christ-Roi se sont fusionnés pour former le GMF Lévis-Métro (clinique Réseau). C'est ce qui explique la diminution au niveau du nombre de GMF une année plus tard. Le territoire s'est par contre enrichi d'une clinique Réseau accessible et moderne.	
Le processus d'accréditation d'un onzième GMF est en cours (GMF St-Henri).	
Nom : D^r François Aumond	Date : 6 mai 2014

Axe d'intervention :	Services psychosociaux
Objectifs de résultats :	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux.	N/A	S.O.	N/A

Commentaires	
N/A	
Nom : Michel Laroche	Date : 30 avril 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
 ** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance
Objectifs de résultats :	<p>2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire</p> <p>2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves</p> <p>2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique</p>

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1 ^{re} , en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	177	238	269
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	252	402	265
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	47	115	45
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	1973	3537	1762

Commentaires
<p>1.07.05 Dépassement de l'objectif Un travail sur la saisie statistique a été fait avec le pilote informatique au régional afin de mieux illustrer le nombre de personnes desservies.</p> <p>1.08.05 Cible à questionner L'équipe bénéficie de 20 ETC sur tout le territoire - 235 000 de population. Le ministère suggère un ratio moyen de 1/18. Le ratio oscille actuellement entre 1/40 et 1/50. Le suivi en RI/RTF est inclus à ce ratio ce qui ne nécessite pas une intensité de 2 interventions et plus par mois selon la pratique prescrite du SIV – donc l'utilisateur n'est pas comptabilisé. La pratique doit être balisée selon les normes et standards de pratique suggérée par le CNESM.</p> <p>1.08.06 Cible à questionner Équipe actuelle est de 6 ETC pour une population de 235 000 habitants. Le ministère suggère 10 professionnels pour 100 000 habitants. Le ratio suggéré est de 1/8. Une psychiatrie dédiée devrait se joindre à l'équipe en mai prochain ce qui va contribuer à augmenter la capacité à 60 mais la cible qui est de 115 est inatteignable.</p> <p>1.08.09 Ces résultats reflètent le travail effectué pour les usagers assignés aux sous-programmes 463, 400 et 404 de l'unité administrative 5939. Par conséquent, les usagers vus dans le sous-programme 363 sont comptabilisés aux Services psychosociaux généraux. Un projet « performance » 1^{re} ligne est actuellement en cours. Ce projet vise une prise en charge plus rapide (à l'intérieur de 30 jours) et du nombre d'interventions par 7 heures travaillées.</p> <p>Travaillons parallèlement à la clarification de l'offre de services – Services psychosociaux généraux vs santé mentale selon les orientations ministérielles.</p>

Nom : Michel Laroche	Date : 30 avril 2014
-----------------------------	-----------------------------

Axe d'intervention :	Réseaux de services intégrés
Objectifs de résultats :	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	69,83 %	57,4 %	81,45 %

Commentaires	
Selon les résultats préliminaires de L'OSIRSIPA le taux d'implantation devrait atteindre près de 79 %. L'objectif de 75 % au 31 mars 2015 est déjà atteint. Ce résultat s'explique par l'implantation de la gestion de cas, le nombre accru d'OEMC et de PI complétés.	
Nom : Marie-Claude Lachance	Date : 20 mai 2014

Axe d'intervention :	Services de soutien à domicile
Objectifs de résultats :	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	155 642	168 605	147 270

Commentaires	
La non-atteinte du résultat s'explique par l'opération OEMC qui s'est déroulée entre septembre et décembre 2013. Le CSSSAD a réalisé près de 2000 profils et avec un taux de réalisation de 97 %. Le temps consacré à la complétion (3-4 heures) ne peut pas se traduire par une augmentation des heures de services.	
Nom : Marie-Claude Lachance	Date : 30 avril 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
 ** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Services sociaux et de réadaptation
Objectifs de résultats :	<p>3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an <p>3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins</p>

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	N/A	N/A (ciblé au PS 2010-2015)	N/A
1.45 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience			
1.45.04.02 Déficience physique - PRIORITÉ URGENTE	100 %	90 %	60 %
1.45.04.03 Déficience physique - PRIORITÉ ÉLEVÉE	93,1 %	90 %	87,5 %
1.45.04.04 Déficience physique - PRIORITÉ MODÉRÉE	N/A	90 %	94,6 %
1.45.05.02 DI et TED - PRIORITÉ URGENTE	50 %	90 %	75 %
1.45.05.03 DI et TED - PRIORITÉ ÉLEVÉE	78,6 %	90 %	100 %
1.45.05.04 DI et TED - PRIORITÉ MODÉRÉE	N/A	90 %	98,9 %

Commentaires	
<p>La majorité des demandes qui ne respectent pas le délai de prise en charge ont été répondues à l'intérieur des délais dans la réalité. La plupart du temps, des erreurs de saisie dans I-CLSC sont la cause d'un résultat non-performant. Un changement sera apporté au processus de la validation des interventions et des demandes afin de s'assurer du respect des critères. Quotidiennement, un rapport de validation sera mis à jour et accessible pour permettre aux personnes concernées de valider en temps réel.</p>	
Nom : Michel Laroche	Date : 30 avril 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
 ** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Médecine et chirurgie
Objectifs de résultats :	<p>3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois</p> <p>3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis</p> <p>3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours</p>

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	99,1 %	90 %	98 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	99,4 %	90 %	97,6 %
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98 %	90 %	92,5 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	95,4 %	90 %	93,7 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	98,8 %	90 %	98,3 %
1.09.33.01 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	68,1 %	80 %	63,2 %
Commentaires			
<p>1.09.33.01 Le délai pour l'accès à la chirurgie oncologique est répondu à 63,2 % du temps en moins de 28 jours. L'écart avec la cible est principalement lié au secteur de l'urologie. Cette situation est récurrente depuis quelques années, une piste de solution sera présentée au comité des priorités du bloc opératoire afin d'augmenter le nombre de priorités en urologie dès que le nombre d'urologues disponibles pour l'établissement sera rétabli.</p>			
Nom : Robin Bégin		Date : 17 avril 2014	

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)

** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Médecine et chirurgie
Objectifs de résultats :	N/A Voir l'entente de gestion 2012-2013 Chapitre II – Priorités ministérielles Paragraphe : Chirurgies et accès Aucun patient en attente depuis plus d'un an.

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0	0	0
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	0	0	0
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	0	0	0
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour *	21	0	46
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	2	0	4

Commentaires	
1.09.32.04 On note une légère augmentation du nombre de chirurgies en attente de plus d'un an. Le manque de disponibilité de plage opératoire au CSSSAD est le principal motif.	
Nom : Robin Bégin	Date : 17 avril 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Médecine et chirurgie
Objectifs de résultats :	N/A Voir l'entente de gestion 2012-2013 Chapitre II – Priorités ministérielles Paragraphe : Chirurgies et accès Aucun patient en attente depuis plus d'un an.

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	94,1 %	90 %	57,1 %
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	86,1 %	93 %	90,7 %
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	89,3 %	91 %	89,5 %
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	99,1 %	100 %	98,6 %
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	63,0 %	90 %	90,8 %
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	54,8 %	90 %	92 %
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	95,9 %	96 %	94,5 %
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	83,4 %	90 %	88,8 %
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	36,2 %	90 %	44 %
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	80,7 %	100 %	87,1 %
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	59,7 %	100 %	87,2 %
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	99,1 %	100 %	99,7 %
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	23,0 %	100 %	98,2 %
1.09.35.05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	94,0 %	100 %	95,8 %
1.09.35.06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les 100 échographies mammaires	97,9 %	100 %	100 %
1.09.35.07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 1 007 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	96,3 %	100 %	99,6 %
1.09.35.08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	98,7 %	100 %	99,6 %

1.09.35.09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	98,1 %	100 %	98,2 %
1.09.36.01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	100 %	100 %	100 %
1.09.36.02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	96,98 %	94 %	70,61 %
1.09.36.03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	92,69 %	91 %	99,67 %
1.09.36.04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	99,60 %	100 %	99,57 %
1.09.36.05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	79,45 %	90 %	97,67 %
1.09.36.06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	93,26 %	90 %	94,59 %
1.09.36.07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	96,52 %	97 %	83,42 %
1.09.36.08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	96,88 %	96 %	99,78 %
1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	93,79 %	92 %	98,97 %
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	94,11 %	100 %	76,82 %
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	94,21 %	100 %	96,73 %
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	76,73 %	100 %	99,43 %
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	95,62 %	100 %	100 %
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100 %	100 %	100 %
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	79,13 %	100 %	100 %
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	95,61 %	100 %	99,98 %
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	96,92 %	100 %	99,97 %
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	96,60 %	100 %	99,74 %

Commentaires

1.09.34.01-EG2

Le résultat inscrit devrait être 100 %. L'écart est dû à certaines requêtes créées en double à partir de *RadImage*. Une vérification périodique systématique évitera la création de cet écart pour l'année 2014-2015.

1.09.34.02-EG2

Les infiltrations ne sont pas faites en période estivale. Le retard est par la suite récupéré. Les « Cinés de déglutition » sont en attentes, le nombre de radiologistes qui en font est trop peu suffisant.

1.09.34.03-EG2

Aucune attente hors délai en mammographie sauf à l'automne où notre procédure n'a pas été suivie complètement. Depuis, aussitôt qu'une personne ne peut être placée à l'horaire, elle est aussitôt dirigée en clinique privée.

1.09.34.05-EG2

Situation connue.

1.09.34.06-EG2

La situation est maintenant rétablie à partir d'un budget spécial de l'Agence. Les « CRID » sont placées à l'horaire sans délai.

1.09.34.07-EG2

La demande est supérieure à l'offre. Le budget spécial de l'Agence a servi à diminuer l'attente (dernier trimestre à 97 %).

1.09.34.08-EG2

Parfois, les délais sont prolongés par, soit l'obligation de revoir le médecin avant l'examen, soit en attente de résultat d'analyse de « créatinine », soit par l'obligation de passer un autre examen avant le TDM.

1.09.34.09-EG2

Le processus d'épuration sera refait en fonction des mécanismes d'accès sous peu, accompagné d'une seconde offre d'examen IRM dans la région.

1.09.35.01-EG2

La lecture est immédiate et permet le déroulement de l'épisode de soin. Les délais sont dus aux difficultés connues en transcription.

1.09.35.02-EG2

La lecture se fait immédiatement à l'examen. Les statistiques qui sont maintenant produites à partir de *GestRed* de *RadImage* permettront de donner une image plus juste de la réalité.

1.09.35.04-EG2

Les gynécologues font l'interprétation au moment de l'examen et ne le dictent pas. Les statistiques qui sont maintenant produites à partir de *GestRed* de *RadImage* permettront de donner une image plus juste de la réalité, soit 100 %.

1.09.36.05-EG2

Situation connue.

1.09.36.06-EG2

Aussitôt qu'une personne ne peut être placée à l'horaire, elle est aussitôt dirigée en clinique privée.

1.09.37.01-EG2

Les retards sont au niveau de la graphie non-urgente. Malgré la création d'un nouveau poste (0,80 ETC) en transcription, les remplacements demeurent difficiles.

1.09.37.02-EG2

Il y a rarement de retards dans les examens de spécialités. Les copies de salle d'opération tardent, parce que jugées non-urgentes.

Nom : **Dr François Aumond**Date : **6 mai 2014**

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)

** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Urgences
Objectifs de résultats :	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière *** Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	10,7 heures	10	11,36 heures
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière***	0,6 %	1 %	0,7 %
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière***	10,68 %	10 %	12,82 %

Commentaires	
<p>1.09.31 Le nombre plus élevé de 24 heures est lié en partie à l'aménagement de la nouvelle urgence. Les grands espaces laissent croire aux cliniciens que la pression est moins forte.</p> <p>Les urgentologues pour leur part demandent plusieurs consultations simultanément, les consultants prennent plus de temps avant de prendre une décision, et le délai avant le transfert des usagers vers un lit d'hospitalisation a augmenté au cours des trois dernières années.</p>	
Nom : Robin Bégin	Date : 17 avril 2014

Axe d'intervention :	Contrôle des infections nosocomiales
Objectifs de résultats :	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	0 %	100 %	0 %
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100 %	100 %	100 %
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100 %	100 %	100 %

Commentaires	
<p>En 2012-2013, le CHAU de Lévis a rapporté 104 cas de Clostridium difficile, pour un taux de 11,3 par 10 000 patients-jours. Ce résultat situe le centre hospitalier entre le 75^e et 90^e percentile provincial. Le taux provincial était de 7,3.</p> <p>Pour l'année financière 2013-2014, nous avons eu 85 cas, pour un taux d'incidence de 10,9 par 10 000 jours-présence.</p> <p>Suite à nos taux d'incidence élevés, nous avons réalisé un plan d'action en octobre 2013, en collaboration avec l'ASSSCA. Nous avons tenu trois rencontres téléphoniques avec ceux-ci.</p>	
Nom : Chantal Garon	Date : 14 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Disponibilité de la main-d'œuvre médicale
Objectifs de résultats :	5.1.1 Assurer une répartition équitable des médecins de famille et spécialistes dans toutes les régions du Québec

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
1.09.28-PS Niveau d'atteinte des PREM (par rapport aux postes autorisés en établissement) en médecine spécialisée par catégorie de régions	N/A	Se conformer au PREM en médecine spécialisée	97 %
1.09.29-PS Niveau d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins aux PREM en médecine de famille par catégorie de régions	N/A	Se conformer au PREM en médecine de famille	N/A

Commentaires	
<p>Nombre de postes total en spécialités : 205</p> <p>Nombre de postes comblés, c'est-à-dire que les médecins ont commencé à travailler (même si pas encore nommés au C.A. ou si sont partis en <i>fellowship</i> après avoir travaillé) : 192</p> <p>Nombre de postes « attachés » à un candidat : 7</p> <p>Nombre de postes sans candidat : 6</p>	
Nom : D^r François Aumond	Date : 6 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
 ** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Hygiène et salubrité
Objectifs de résultats :	N/A

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	N/D	80 %	100 %

Commentaires

1. ÉTAT DE SITUATION

1.1 Responsable du processus d'attribution des zones grises

Monsieur Bernard Tremblay, directeur des services techniques et d'hôtellerie, est nommé responsable du processus d'attribution des zones grises pour le CSSSAD.

Monsieur Marc Gobeil, chef de service en hygiène et salubrité, est nommé responsable pour le suivi de l'application du processus d'attribution des zones grises pour les sites de la deuxième ligne.

Monsieur Jacques Hamelin, chef de service en hygiène et salubrité, est nommé responsable pour le suivi de l'application du processus d'attribution des zones grises pour les sites de la première ligne.

1.2 Répertoire des surfaces à risque de contamination élevée

Le répertoire des surfaces à risque de contamination élevée est réalisé à 100 % pour l'ensemble des sites du CSSSAD. Ces surfaces sont répertoriées par site et par secteur, dans une application informatique développée Web ou de façon manuscrite. Le service d'hygiène et salubrité assure une mise à jour annuelle des données.

1.3 Attribution de la responsabilité du nettoyage et de la désinfection

L'attribution du nettoyage et de la désinfection des surfaces à risque de contamination élevée est réalisée à 100 % pour l'ensemble des sites du CSSSAD. Les fréquences de nettoyage et de désinfection sont établies en conformité avec les lignes directrices en hygiène et salubrité émises par le MSSS en juin 2006. Au-delà de 300 personnes (infirmières, infirmières auxiliaires, PAB, préposés en hygiène et salubrité) ont reçu une formation d'une heure sur le nettoyage et la désinfection des surfaces.

1.4 Faire entériner le processus par le conseil d'administration

En mars 2010, le conseil d'administration du CHA Hôtel-Dieu de Lévis entérinait le processus d'attribution des zones grises.

En avril 2010, le conseil d'administration du CSSS du Grand Littoral entérinait le processus d'attribution des zones grises.

1.5 Assurer la mise en place du programme des surfaces

De 2010 à aujourd'hui, le déploiement du processus de nettoyage et de désinfection des surfaces à risque de contamination élevée s'est implanté de façon progressive. Dans un premier temps, les secteurs à risque élevé (bloc chirurgical, unité de médecine, etc.) ont été priorisés permettant ainsi une meilleure adhésion à cette nouvelle façon de faire. À ce jour, 100 % des sites au CSSSAD ont intégré le programme d'entretien des zones grises.

En janvier 2012, le service d'hygiène et salubrité du CSSSAD, en collaboration avec les services d'hygiène et salubrité de quatre établissements de santé du Québec finalisait une démarche d'analyse de temps et mouvement reliée au nettoyage des surfaces à risque de contamination élevée. Les résultats de cette analyse nous permettront d'établir le temps réel alloué à la désinfection et ainsi assurer pour tous les intervenants concernés une meilleure planification du travail.

Depuis février 2014, le service d'hygiène et salubrité et le service de prévention des infections du CSSSAD, en collaboration avec la table régionale d'hygiène et salubrité 12, travaillent à mettre en place un outil d'évaluation de la qualité du nettoyage et de la désinfection des surfaces. Il a été convenu que la responsabilité d'effectuer le contrôle de la qualité revenait aux gestionnaires du service d'hygiène et salubrité. Les résultats des contrôles qualité seront par la suite remis aux gestionnaires des différents services concernés afin qu'ils puissent intervenir auprès de leur personnel afin de gérer les écarts rencontrés.

Nom : **Bernard Tremblay**

Date : **25 avril 2014**

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
Objectifs de résultats :	<p>5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles</p> <p>5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail</p> <p>5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité</p> <p>5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique</p>

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,37 %	4,83 %	5,08 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,45 %	2,96 %	3,06 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	1,35 %	1,23 %	1,44 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,36 %	0,35 %	0,15 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,19 %	0,20 %	0,11 %
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0 %	0	0 %
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	N/A	Mettre à jour le plan de main-d'œuvre pour le 30 septembre 2013	Réalisé
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	N/A	Réalisé 31 mars 2012	

Commentaires

3.05.01
Le décalage de l'entrée en fonction de candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) a contribué à l'augmentation des heures en temps supplémentaire. Alors que la période de vacances débute à la mi-mai avec une pointe en juin, juillet et août, la première cohorte de CEPI a été prête le 24 juin 2013, la deuxième le 15 juillet et la troisième, le 5 août 2013.

Nous avons procédé à l'ouverture de la nouvelle urgence en plein été alors que de la formation était toujours nécessaire pour le personnel et nous avons connu une fluctuation non négligeable des activités à cette même période. Aucune CEPI n'a été intégrée au bloc d'urgence et à l'Unité Mère-enfant, deux secteurs qui génèrent beaucoup de temps supplémentaire en raison de l'expertise spécifique à posséder pour y œuvrer.

Nous enregistrons depuis quelques années le phénomène de l'effet « rebond » du temps supplémentaire : il n'est pas rare que le personnel appelé à faire du temps supplémentaire et qui est prévu au travail le lendemain, s'absente du travail, ce qui nécessite un remplacement en temps supplémentaire.

De façon générale, l'augmentation de l'absentéisme au travail a un effet direct sur le nombre d'heures en temps supplémentaire.

3.05.02
Malgré le fait que l'écart entre notre résultat et la cible fixée est mince, les difficultés de recrutement dans les titres d'emploi du secteur bureau et la pénurie qualitative de préposés aux bénéficiaires expliquent, entre autres, cet écart. Nous notons également une augmentation des heures supplémentaires dans les services alimentaires ainsi qu'à l'entretien sanitaire. L'absentéisme au travail constitue également un facteur non négligeable dans l'augmentation du temps supplémentaire.

3.06.01
Le recours à la main-d'œuvre indépendante se retrouve principalement en mission hébergement. En dépit de nos efforts pour diminuer le recours à cette main-d'œuvre, il reste que le défi d'attraction des infirmières en hébergement, tout comme l'enjeu de l'étendue géographique de notre territoire, demeurent bien présents d'année en année. Le rehaussement et la création de postes attrayants d'équipe volante en PPALV, nous permet d'espérer que nous aurons un impact significatif sur l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante infirmière.

Nom : **Geneviève Lacroix**

Date : **9 mai 2014**

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Rétention et mieux-être au travail
Objectifs de résultats :	<p>5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé</p> <p>5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail</p>

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,59 %	4,89 %	6,51 %
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat sous la responsabilité de la DSI	N/A	Collaborer à la mise en œuvre du Programme de soutien clinique – Volet préceptorat	
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	N/A	Choisir le modèle et amorcer la démarche d'ici le 31 mars 2015	
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	N/A	Poursuivre votre démarche de renouvellement de l'agrément prévu pour l'automne 2013	

Commentaires		
<p>3.01 Le CSSSAD avait, depuis sa création, un taux d'assurance salaire qui se rangeait parmi les meilleurs de sa catégorie : Gestion de la Présence au travail – Assurance salaire, MSSS (décembre 2012). En 2012-2013, l'établissement a terminé l'année avec un taux moyen d'assurance salaire de 5,69 %. Cependant, depuis le début de l'année 2013-2014, nous avons constaté une hausse significative du nombre d'absences. Malgré nos interventions, nous avons enregistré une hausse de 43 446 heures en assurance salaire représentant un taux de 6,52 %, soit 973 dossiers actifs en cours de l'année dont 732 nouveaux dossiers et 703 dossiers fermés au cours de l'année. Dès la P6, la situation a été prise au sérieux et, en ce sens, la Direction des ressources humaines a proposé un plan d'action à court, moyen et long termes, plan qui est encore à ce jour en cours de réalisation.</p> <p>3.13 Notre engagement a comme échéance la fin de l'année 2014-2015 et d'ici là, nous aurons fait notre choix à ce sujet.</p> <p>3.14 Nous avons reçu le statut « agréé » dans le cadre du Programme d'agrément et nous poursuivons nos efforts d'amélioration de façon continue.</p>		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;">Nom : Geneviève Lacroix</td> <td style="width: 40%; border: none;">Date : 9 mai 2014</td> </tr> </table>	Nom : Geneviève Lacroix	Date : 9 mai 2014
Nom : Geneviève Lacroix	Date : 9 mai 2014	

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
 ** Résultats en date du 31 mars 2014

Axe d'intervention :	Ressources informationnelles/Répertoire des ressources		
Objectifs de résultats :	N/A		

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
6.01.01-EG2 Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) mises à jour dans les délais	99 %	95 %	98 %
Commentaires			
Nom : Bernard Tremblay		Date : 25 avril 2014	

Axe d'intervention :	Ressources informationnelles		
Objectifs de résultats :	N/A		

Indicateurs :	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
Attente spécifique du PDG Acquérir et implanter la Solution d'affaires I-CLSC (entrepôt local) de Logibec			
Commentaires			
Ce projet a été réalisé avec la collaboration de L'Agence au cours de l'exercice 2013-2014.			
Nom : Bernard Tremblay		Date : 25 avril 2014	

* Résultats en date du 31 mars 2013 (P-13)
 ** Résultats en date du 31 mars 2014

4.6.2 Autres résultats

Mécanisme d'accès aux services spécialisés

Chirurgies oncologiques

Le MSSS a déterminé que chaque établissement où se pratiquent des chirurgies oncologiques doit organiser ses activités de manière à ce que :

- 90 % de la clientèle requérant une chirurgie oncologique pour un cancer suspecté ou confirmé soit opérée dans un délai de 28 jours ou moins (jours civils);
- 100 % de cette clientèle soit opérée dans un délai de 56 jours ou moins (civils). Aucun patient ne doit être en attente plus de 56 jours (civils) entre la date de la signature de la requête opératoire par le chirurgien et la date de réalisation de la chirurgie oncologique, tout site tumoral confondu.
- La cible de 90 % des patients devant être opérés dans les 28 jours civils à partir de la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien devra être atteinte graduellement d'ici 2014-2015.

D'ici là, les établissements devront atteindre les seuils minimaux prévus dans les ententes de gestion. Pour l'année 2013-2014, le seuil a été fixé à 80 %.

Extrait du Mécanisme central de gestion de l'accès à la chirurgie oncologique – cadre de référence, décembre 2012.
Direction québécoise de cancérologie.

En ce qui concerne le nombre de chirurgies oncologiques réalisées, par type de cancer au sein de notre établissement :

- 63 % des usagers ont été opérés dans les 28 jours civils à partir de la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien. Ce pourcentage représente 635 patients sur un total de 1 008 patients.
- 87 % des usagers ont été opérés dans les délais inférieurs à 56 jours. Ce pourcentage représente 873 patients sur un total de 1 008 patients.

Pourcentage de réalisation en respect de la cible ministérielle, soit à l'intérieur d'un délai de six mois :

- Prothèse totale de hanche (PTH) : 98 % des interventions.
- Prothèse totale de genou (PTG) : 98 % des interventions
- Extraction de cataracte : 93 % des interventions
- Chirurgie d'un jour : 94 % des chirurgies d'un jour
- Chirurgie avec hospitalisation : 98 % des chirurgies avec hospitalisation

Pourcentage d'interventions chirurgicales répondant aux cibles ministérielles en regard des délais de réalisation (à l'exception des interventions effectuées en urgence)

INDICATEURS	Intervention < 6 mois		Intervention 6 à 12 mois		Intervention 12 à 18 mois		Intervention 18 à 24 mois		Nombre de demandes
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	
Extraction de la cataracte	97	98 %	2		0		0		99
Genou	163	98 %	4		0		0		167
Hanche	1 360	93 %	107		3		0		1 470
Chirurgie d'un jour	5 306	94 %	312		42		0		5 660
Hospitalisation	2 606	98 %	40		4		1		2 651
TOTAL	9 532	95 %	465		49		1		10 047

Notons que 95 % des interventions ont été réalisées à l'intérieur de la cible ministérielle.

Loi mettant en oeuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette.

Des mesures à la hauteur de 7,5 M\$ ont été réalisées au cours de l'année 2013-2014. Malgré tout, l'établissement a subi un déficit de 1,2 M\$ pour son fonds d'exploitation. Plusieurs travaux sont en cours afin de permettre à l'établissement de terminer l'année financière 2014-2015 en équilibre budgétaire.

4.7 Agrément

Du 17 novembre au 22 novembre 2013, le CSSSAD a reçu la première visite d'Agrément Canada dans le but d'apprécier la qualité et la sécurité des soins et des services dispensés au CSSSAD. Au total, sept visiteurs ont évalué la qualité et la sécurité des soins et des services à l'aide de la méthode de cas traceurs, en conformité aux trente normes d'Agrément Canada suivantes :

- Chirurgie
- Chirurgie et stérilisation
- Santé mentale 1^{re} ligne
- Santé mentale 2^e ligne
- Urgences
- Soins à domicile
- Soins ambulatoires
- Déficience intellectuelle–déficience physique–trouble envahissant du développement
- Oncologie service ambulatoire
- Oncologie service de traitement
- Soins palliatifs
- Soins intensifs
- Bloc opératoire
- Unité de médecine de famille
- Télésanté
- Gouvernance
- Direction
- Laboratoire–banque de sang et services transfusionnels
- Laboratoire–analyses de laboratoire délocalisées
- Laboratoire–biomédicaux
- Santé communautaire
- Réadaptation
- Soins de longue durée
- Imagerie
- Obstétrique
- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Population personnes âgées
- Population personnes atteintes de maladies chroniques
- Médecine

Suivant cette évaluation exhaustive, le 13 décembre 2013, le CSSSAD a obtenu le statut d'agrée par Agrément Canada. Les principaux résultats sont :

- 92,7 % de taux de conformité pour l'ensemble des critères (incluant les critères à priorité élevée et les autres critères);
- 94 % de taux de conformité aux critères à priorité élevée (excluant les Pratiques organisationnelles requises [PORs]);

- 100 % de taux de conformité attribué à deux secteurs d'activité soit les services d'obstétrique et les soins et services à domicile;
- 95 % et plus de taux de conformité pour les quatorze processus prioritaires;
- 12 PORs sur 37 ne répondent pas à certains tests de conformité pour lesquels un suivi des preuves des mesures prises est nécessaire pour le 22 avril 2014 ainsi que pour le 22 avril 2015.

Par ailleurs, en plus de l'obtention de son statut d'agrée, l'établissement s'est vu reconnaître par l'organisme accréditeur les sept pratiques exemplaires suivantes:

- Amélioration du milieu de vie en hébergement : L'intervenant cadeau
- Entente de partenariat améliorant l'accès aux services pour les troubles concomitants
- Nouvel outil pour améliorer les pratiques liées à l'hygiène des mains
- Le constat de décès à distance implanté dans trois régions du Québec
- Modèle d'intervention en réadaptation améliorant la qualité de vie des parkinsoniens
- Création d'un outil d'évaluation en vue de l'orientation/sortie de l'Unité d'errance invasive
- Le protocole *Réagir* au phénomène du suicide, mobiliser et intervenir en continuité

Agrément Canada définit une pratique exemplaire comme étant un exemple innovateur et créatif de leadership et de prestation de services au sein d'un organisme de santé. Pour être approuvée, la pratique exemplaire doit être liée aux normes d'Agrément Canada, innovatrice et créative, axée sur les usagers ou les familles, évaluée, apte à démontrer l'atteinte des résultats attendus, viable et finalement applicable à d'autres organismes. En plus des pratiques exemplaires, plusieurs processus ont marqué l'intérêt des visiteurs d'Agrément Canada.

En effet, les principaux points forts soulevés par Agrément Canada à l'endroit du CSSSAD ont été la continuité des soins, la mobilisation du personnel centré sur l'utilisateur, la planification stratégique et la volonté de travailler en partenariat avec la communauté.

Pour ce qui est des points d'amélioration mentionnés et déjà pris en compte par l'établissement on note la poursuite de l'harmonisation des processus, le déve-

loppement d'une culture de la mesure puis l'élaboration d'une politique de gestion du changement. Rappelons également le suivi des preuves des mesures prises des tests de conformité de certaines PORs pour le 22 avril 2014 ainsi que pour le 22 avril 2015.

Les recommandations qui découlent du rapport d'Agrément Canada représentent de belles opportunités d'amélioration qui s'inscrivent au cœur de la démarche d'amélioration continue de la qualité du CSSSAD.

4.8 Sécurité des soins et services

Déclaration des événements

Au cours de l'exercice 2013-2014, un total de 9082 rapports d'incident/accident (AH 223) ont été remplis comparativement à 8390 en 2012-2013. Cette augmentation de la déclaration peut s'expliquer en partie par les multiples présentations faites sur le terrain par la gestionnaire de risques.

À la lumière des données compilées, on peut conclure que les chutes occupent la première place, avec un total de 3221 événements, soit 35 % des événements totaux. Les erreurs impliquant des médicaments arrivent au second rang avec un total de 2803 événements, soit 31 % des événements totaux.

Gravité des événements

Des 9082 événements déclarés par le biais d'un formulaire AH-223, 674 n'ont pas atteint l'utilisateur et sont nommément des incidents, tandis que 8408 événements l'ont atteint, ce qui constitue des accidents. Le législateur définit ce terme par toute situation qui a touché l'utilisateur, que celle-ci ait donné lieu ou non à des conséquences pour ce dernier. Auparavant, les événements sans conséquence pour l'utilisateur étaient inscrits comme un « incident ».

Des 8408 accidents (gravité C, D, E1, E2, F, G ou I), 3218 événements, soit 38 %, concernent des chutes et 2659 événements, soit 32 %, impliquent l'administration d'un médicament. Soixante-dix-huit (78) accidents, soit 1,3 %, ont eu des conséquences modérées à graves (gravité E2 et plus) pour l'utilisateur.

Par ailleurs, 9 événements (0,9 %) sont nommément des accidents sentinelles. On entend par accident sentinelle, tout événement ayant provoqué des conséquences très graves pour l'utilisateur (gravité G, H ou I). Ces événements ont fait l'objet d'une analyse approfondie et de recommandations qui sont, pour la plupart, mises en place.

Divulgence des événements

Un total de 816 accidents a conduit à une divulgation, lequel se distribue comme suit :

	Indice de gravité	Divulgations faites	Divulgations nécessaires	Taux 2013-2104 (%)	Taux 2012-2013 (%)
Accident	E1	757	1011	75	62
	E2	34	51	67	75
	F	15	16	94	100
Sentinelle	G	3	3	100	100
	H	0	0	N/A	N/A
	I	7*	8	88	100

* Une divulgation n'a pu être effectuée en raison de l'impossibilité d'obtenir l'identité et les coordonnées des proches.

On constate, à la lecture du tableau ci-dessus, que le taux de divulgation est demeuré relativement stable comparativement à l'an dernier.

4.9 Application de la procédure d'examen des plaintes

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a ouvert des dossiers dans 522 situations qui lui ont été soumises en cours d'année. Ceci représente une augmentation de 27 % comparativement à l'année précédente, et de 56 % sur 2 ans. Bien qu'on puisse croire que cette augmentation soit inquiétante, tout jugement à cet effet doit se faire avec prudence. Ainsi, le commissaire a, encore une fois, pu noter chez chacun de plusieurs autres commissaires contactés, des augmentations significatives du nombre de dossiers. L'évolution du nombre de dossiers au CSSSAD sera tout de même à surveiller.

En ce qui concerne le nombre de plaintes proprement dites, il est, quant à lui, passé de 280 à 342 en 2013-2014. Une analyse sommaire permet de constater que l'augmentation se situe strictement au niveau des plaintes traitées par le commissaire puisqu'il y a eu diminution des plaintes d'ordre médical qui sont passées de 69 à 58.

En ce qui concerne la répartition selon les différents programmes et directions de l'établissement, on remarque une augmentation très importante en ce qui concerne la Direction santé physique : chirurgie et soins critiques où 109 plaintes ont, cette année, concerné ce secteur, comparativement à 50 en 2012-2013. Des augmentations significatives sont, par ailleurs, remarquées dans la presque totalité des différents programmes, à l'exception du programme Famille–Enfance–Jeunesse où le nombre de plaintes

est demeuré le même qu'en 2012-2013, ainsi qu'en santé mentale et psychiatrie où l'augmentation est plutôt minime.

Dans l'ensemble, le commissaire demeure particulièrement préoccupé par trois problématiques :

1. La réponse téléphonique à la clientèle de l'établissement par le milieu hospitalier, ainsi qu'en CLSC pour tout ce qui concerne la prise de rendez-vous.
2. La présence accrue de personnes présentant des troubles importants de comportement en centre d'hébergement.
3. Une augmentation significative des plaintes concernant les services d'oncologie qui, bien que la majorité de celles-ci soient non fondées, témoigne d'une situation préoccupante dans ce secteur.

Dans un autre ordre d'idées, il est intéressant de constater une diminution de 16 % des plaintes médicales, soit 58 au lieu de 69. Il est, par ailleurs, dommage de constater que 36 % des objets de plaintes concernant les médecins soient reliés à l'aspect relationnel avec l'utilisateur.

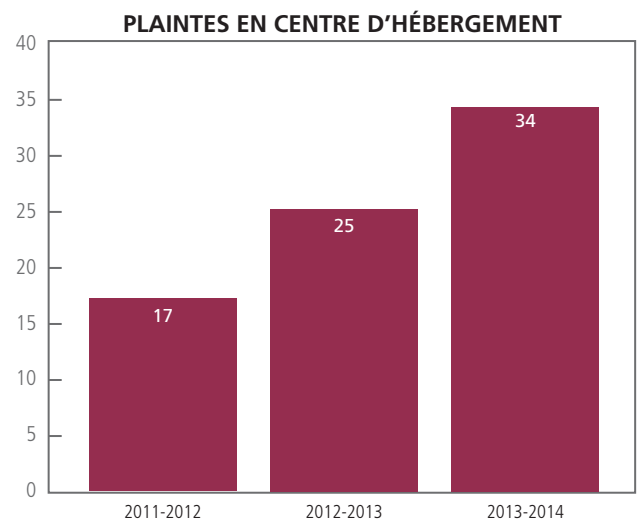
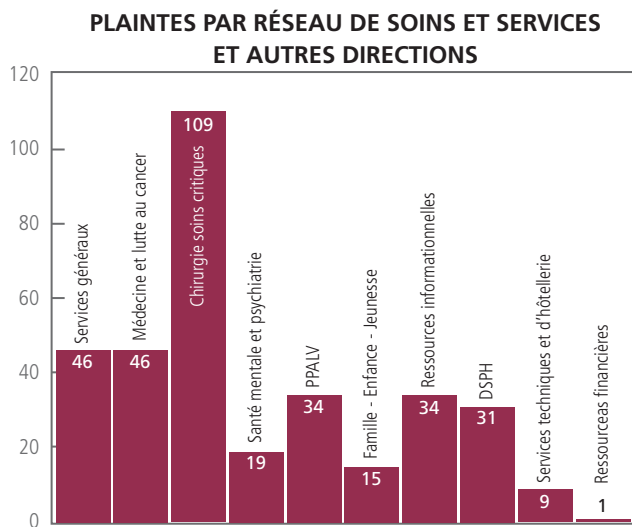
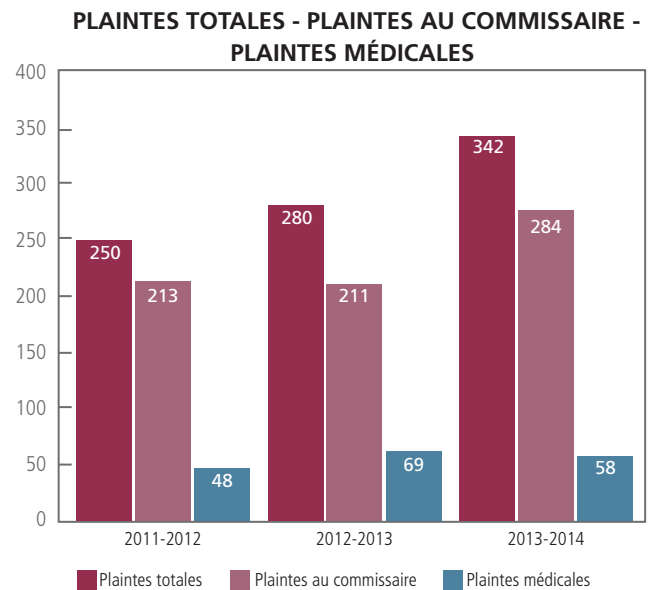
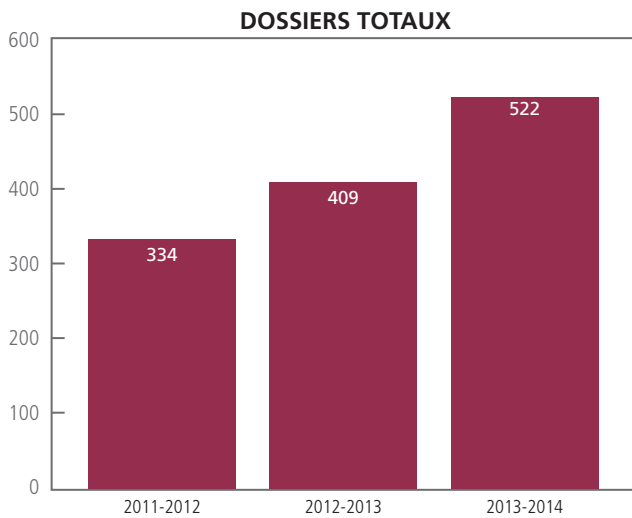
Autre donnée intéressante, bien qu'il y ait eu augmentation de 22 % du nombre de plaintes, il y a tout de même diminution du pourcentage de celles ayant mené à une mesure corrective ou une recommandation du commissaire. En effet, un peu moins de 37 % des plaintes se sont traduites par une mesure, alors qu'il en fut de même dans 45,5 % des cas l'an dernier. Il y a eu, en effet, 141 mesures ou recommandations au cours de l'année, comparativement à 154 en 2012-2013.

En ce qui concerne le délai de traitement des plaintes adressées au commissaire, près de 83 % des plaintes ont été conclues à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours, comparativement à 70 % en 2012-2013, et ce, malgré l'augmentation du nombre de dossiers. Le délai moyen de traitement est, quant à lui, passé de 35 jours à 26 jours, ce qui témoigne des efforts au quotidien afin de respecter le délai prescrit.

En cours d'année, neuf usagers ont eu recours au Protecteur du citoyen suite à la réception des conclusions du commissaire ou de son adjoint relativement à leur plainte. Trois usagers ont fait de même pour les plaintes d'ordre médical en s'adressant au comité de révision. Au niveau du commissaire ou de son adjoint, cinq dossiers ont été transmis à la Direction des ressources humaines pour étude à des fins disci-

plinaires. Les médecins n'ont, quant à eux, transmis aucun dossier au CMDP pour une étude du même ordre.

Le commissaire, son adjoint, ainsi que les médecins examinateurs tiennent à souligner une fois de plus l'excellente collaboration du personnel, des gestionnaires, des médecins et des différentes directions concernant l'application du régime d'examen des plaintes, et les en remercient.



5. CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LSSSS

5.1 Conseil d'administration

Membres au 31 mars 2014	Collège électoral
Auger, Suzanne	Population
Bisson, Réal	Cooptation
Bissonnette, Louis-Marie	Comité des usagers
Couture, Bernard	Fondations
Desautels, Jean	Cooptation
Doyon, Julie Suzanne	Agence
Ébacher, Marie-France	Université
Fortier, Marielle	Comité des usagers
Fortin, Yves	Directeur général
Genest, Yves	Cooptation
Lachance, Linda	Population

Membres au 31 mars 2014	Collège électoral
Lachance, Lynn	Conseil multidisciplinaire
Leclerc, Marie-Claude	Conseil des infirmiers et infirmières
Lemay, Michel	Organismes communautaires
Maranda, Clermont	Agence
Poste vacant	Cooptation
Morrisette, Hugo D ^r	CMDP
Parenteau, Serge	Cooptation
Smith, Jean-Claude	Personnel non clinique
Talbot, Jean D ^r	Université
Vallières, Andrée	Conseil des sages-femmes



À l'avant, de gauche à droite : M. Michel Lemay, M. Yves Fortin, Mme Julie Suzanne Doyon, M. Clermont Maranda
 À l'arrière, de gauche à droite : M. Bernard Couture, Mme Marielle Fortier, Mme Marie-France Ébacher, M. Louis-Marie Bissonnette,
 D^r Jean Talbot, M. Réal Bisson, Mme Suzanne Auger, Mme Marie-Claude Leclerc et Mme Lynn Lachance.
 (absents sur la photo : M. Yves Genest, M. Jean Desautels, Mme Linda Lachance, D^r Hugo Morrisette, M. Serge Parenteau
 M. Jean-Claude Smith et Mme Andrée Vallières)

5.2 Comités du conseil d'administration

Voici les comités relevant du conseil d'administration (CA).

5.2.1 Comité de gouvernance et d'éthique

Fonction

Élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement, ainsi qu'un code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration. Dresser des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du CA. Concevoir des critères pour l'évaluation du fonctionnement du CA.

Membres du Comité de gouvernance et d'éthique
Mme Julie Suzanne Doyon, présidente (membre d'office)
M. Yves Fortin, directeur général intérimaire et secrétaire (membre d'office)
M. Michel Lemay
M. Clermont Maranda
M. Jean-Claude Smith
Mme Marie-Claude Leclerc (membre substitut)

5.2.2 Comité de vérification

Fonction

Veiller à l'utilisation optimale des ressources de l'établissement et à la mise en place de mécanismes de contrôle interne et d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement.

Membres du Comité de vérification
Mme Julie Suzanne Doyon, présidente (membre d'office)
M. Yves Genest, président du comité
M. Yves Fortin, directeur général intérimaire et secrétaire (membre invité)
M. Clermont Maranda
M. Bernard Couture
M. Jean Desautels
Mme Chantal Garon (membre invitée)

5.2.3 Comité de révision

Fonction

Réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur de l'établissement, hormis les plaintes acheminées au CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

Membres du Comité de révision
M. Jean Desautels, président du comité
D ^r François Poirier, CMDP
D ^r Yvon Nadeau
D ^r Pierre Lachance, CMDP (membre substitut)

5.2.4 Comité administratif

Fonction

Traiter des dossiers urgents ou d'importance qui requièrent des consultations ou des interventions rapides, avant la tenue d'une prochaine séance du conseil d'administration.

Membres du Comité administratif
Mme Julie Suzanne Doyon, présidente (membre d'office)
M. Clermont Maranda, vice-président (membre d'office)
M. Yves Fortin, directeur général intérimaire et secrétaire (membre d'office)
M. Jean Desautels
D ^r Jean Talbot

5.2.5 Comité d'évaluation du directeur général

Fonction

Avec la personne concernée, planifier la démarche d'évaluation, établir les objectifs et les résultats attendus, évaluer les résultats obtenus et faire des recommandations au conseil d'administration.

Membres du Comité d'évaluation du directeur général
Mme Julie Suzanne Doyon, présidente (membre d'office)
M. Clermont Maranda, vice-président (membre d'office)
D ^r Jean Talbot

5.2.6 Comité d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Fonction

Procéder à l'évaluation annuelle du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services par le conseil d'administration.

Membres du Comité d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Mme Julie Suzanne Doyon, présidente (membre d'office)
M. Yves Fortin, directeur général intérimaire et secrétaire (membre d'office)
M. Jean Desautels, président du comité de vigilance
M. Clermont Maranda

5.2.7 Comité des ressources humaines et professionnelles

Fonction

Assurer une participation plus soutenue du conseil d'administration aux grandes orientations stratégiques relatives au plan de développement des ressources humaines et autres enjeux majeurs pour les ressources humaines de l'établissement.

Membres du Comité des ressources humaines
Mme Julie Suzanne Doyon, présidente (membre d'office)
M. Yves Fortin, directeur général intérimaire et secrétaire
M. Jean Desautels
Mme Marielle Fortier, vice-présidente du comité
Mme Lynn Lachance
M. Réal Bisson
M. Jean-Claude Smith
D ^r Jean Talbot
Mme Suzanne Auger (membre substitut)

5.2.8 Comité des immobilisations et des équipements

Fonction

Effectuer les recommandations appropriées au conseil d'administration quant aux projets immobiliers ou aux achats d'équipements significatifs. En collaboration avec le comité de vérification, assurer une vigie des projets en cours et de tout nouveau projet soumis au CA par la Direction des services techniques et d'hôtellerie ou par la Direction des ressources informationnelles. Surveiller et recommander des orientations dans les dossiers d'immobilisations majeurs de l'établissement.

Membres du Comité des immobilisations et des équipements
Mme Julie Suzanne Doyon, présidente (membre d'office)
M. Yves Fortin, directeur général intérimaire et secrétaire
M. Bernard Couture, vice-président du comité
M. Serge Parenteau, président du comité
M. Jean-Claude Smith
M. Linda Lachance (membre substitut)

5.2.9 Comité de l'enseignement universitaire et de la recherche

Fonction

Étudier les orientations de l'établissement sur le plan de l'enseignement universitaire et formuler des recommandations. Étudier le plan de développement de la recherche et recommander les axes à mettre en priorité pour le centre hospitalier et le Centre de recherche. Stimuler la recherche dans le centre hospitalier et au sein des réseaux de recherche universitaire.

Membres du Comité de l'enseignement universitaire et de la recherche
Mme Marie-France Ébacher
M. Bernard Couture
D ^r Jean Talbot

5.3 Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres au 31 mars 2014	Collège électoral
Mme Céline St-Onge	Directrice des soins infirmiers
Mme Suzy Breton	Présidente du CIIA
Mme Marie-Claude Leclerc	Représentante du CII au conseil d'administration
Mme Jessie Leblanc	CIIA
Membres élus	
Mme Chantal Bélanger	Présidente
Mme Sonia Lévesque	Vice-présidente

Mme Linda Boucher	Secrétaire
Mme Julie Noël Hunter	Agente de communication
Mme Luce Garant	Membre
Mme Sandra Létourneau	Membre
Mme Catherine Marcoux	Membre
Mme Hélène Gravel	Membre
Mme Mélanie Ouellet	Membre

Faits saillants

- Assemblée générale annuelle du CII et du CIIA ainsi que la *Journée de l’infirmière* ayant pour thème *L’expertise infirmière: une solution pour des soins plus accessibles*;
- Suivi du projet *Sentinelle*;
- Formation des membres du CECII : Programme de prévention du suicide auprès du personnel du CSSSAD;
- Conception du document *Rôles et responsabilité de la DSI, du CECII, du CIIA et des différents comités consultatifs du CECII*;
- Formation offerte aux membres du CECII concernant les *Rôles et responsabilités de la DSI, du CECII, du CIIA et des différents comités consultatifs du CECII*;
- Rencontre avec la directrice des ressources humaines, Mme Cindy Gendron;
- Parution du journal *Le Ponctuel*;
- Code de conduite lors de réunion;
- Dépôt du plan d’action par la DSI faisant suite à l’audit qualité Double vérification indépendante faite l’an passé;
- Procédure à suivre lors de la réception d’un outil clinique ou autre document administratif au CECII.

Avis ou recommandations émis au cours de l’année

- Recommandation favorable en regard de la planification stratégique 2013-2016 et *Une offre de service adéquate en réponse aux besoins de la population* émise en mai 2013;
- Recommandation concernant le protocole d’Héparine;
- Recommandation à la directrice des ressources humaines, Mme Cindy Gendron.

Conclusion

Il nous fait plaisir en tant que membre de l’exécutif du conseil des infirmiers et des infirmières (CII) de vous présenter le rapport annuel 2013-2014. C’est l’occasion de partager avec vous les actions posées en cours d’année.

Tout au long de l’année, nous avons tenté de réaliser notre mandat premier, soit celui d’apprécier de façon générale la qualité des soins infirmiers posés dans le CSSSAD et de formuler nos recommandations.

Le comité exécutif demeure engagé dans la démarche continue de la qualité des soins.

Nous sommes fiers du travail accompli.

5.3.1 Comité des infirmiers et infirmières auxiliaires

Composition du comité au 31 mars 2014	Collège électoral
Mme Suzy Breton	Présidente
Mme Jessica Tanguay	Vice-présidente
Mme Sylvie Bilodeau	Secrétaire
M. Hugues Tremblay	Agent de communication
Mme Kathy Boucher	Agente de communication
Mme Jessy Leblanc	Membre

Faits saillants :

- Le CIIA a tenu cinq réunions régulières aux Bureaux administratifs du CSSSAD;
- Le CIIA a tenu une assemblée générale annuelle de ses membres en mai 2013;
- Un article a été rédigé dans le journal *Le Ponctuel*;
- La présidente du CIIA siège au comité de gestion des risques et à la Commission infirmière régionale à l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches;
- Deux membres du CIIA ont été formés pour être sentinelle dans le but de dépister les signes pouvant conduire au suicide auprès de l'entourage côtoyé;
- Participer, en collaboration avec le CECII, à l'élaboration d'un audit qualité en lien avec la double vérification et remettre les recommandations à la Direction des soins infirmiers;
- Élaboration du Code de conduite lors des réunions au sein du CIIA et du CECII;
- Participation du CIIA (mission première ligne) à la formation sur la thérapie intraveineuse. 90 membres y ont participé;
- Rencontre avec la Direction des ressources humaines en lien avec le recrutement au sein du CSSSAD, les possibilités de carrière, l'appartenance à l'établissement et le climat de travail;
- Rencontre avec Mme Julie Mercier, directrice adjointe à la qualité, pour nous présenter les résultats du rapport d'Agrément Canada et les pratiques organisationnelles requises à améliorer à court et moyen terme.

Avis émis au directeur général

Aucun avis n'a été émis au cours de l'année.

Perspectives d'action pour la prochaine année :

Pour la prochaine année, le CIIA continuera de se préoccuper de la qualité des soins infirmiers offerts par les infirmiers(ères) du CSSSAD afin d'assurer la conformité aux normes de l'établissement et à l'éthique professionnelle.

5.4 Conseil multidisciplinaire (CM)

Le conseil multidisciplinaire est composé de toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire et qui exercent dans l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activité couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Il y a environ 900 membres à travers les différentes installations du CSSSAD.

Les membres du comité exécutif du CM au 31 mars 2014 :	
Mme Sandra Hopps, présidente	Psychologue
M. Marc-André Morin, vice-président	Psychologue
Mme Josée Labbé, secrétaire	Travailleuse sociale
Mme Émilie Roy-Boisvert, secrétaire et trésorière	Nutritionniste
M. Jude Martel, en remplacement de Mme Cynthia Roy	Ergothérapeute
M. Marc Bégin, agente de communication	Psychologue
Mme Julie Lacroix, agente de communication	Inhalothérapeute
Mme Nadia Turcotte, membre	Travailleuse sociale
M. Michel Laroche, membre délégué par le directeur général intérimaire et secrétaire	Directeur des services multidisciplinaires

Faits saillants

En plus de répondre aux objectifs et aux mandats généraux prévus par la loi, l'exécutif s'est donné comme objectifs :

- Poursuivre son engagement à la qualité par le maintien des différents volets du Programme Qualité du CM;
 - > Programme des Comités de pairs;
 - > Sondage auprès de ses membres;
 - > Programme de Reconnaissance.
- Organiser en collaboration avec l'Association des conseils multidisciplinaires de Québec le colloque des CM – 11^e édition;
- Bonifier le programme de comité de pairs en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires;
- Réviser les modalités de notre programme de reconnaissance en lien avec la « mission enseignement »;
- Suivre l'implantation des projets de performance et d'optimisation;
- Suivre l'implantation de la nouvelle structure

- organisationnelle;
- Faire le suivi de la consultation des besoins de formation;
- Renouveler le plan de communication;
- Finaliser le dépliant d'information sur le CM;
- Suivi du développement et évolution de l'offre de service de la DSM;
- Suivi du plan de redressement budgétaire et les impacts sur la qualité des services et actes professionnels;
- Établir un budget de fonctionnement nous permettant d'actualiser notre mandat et qui tient compte de notre fonctionnement réel;
- Participation au processus d'évaluation d'Agrément Canada.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année:

Avis écrits émis

- Avis sur les compétences et qualités souhaitées d'un nouveau DG (demande du C.A.)
- Avis sur la planification stratégique du CSSSAD (demande de la DG)

Consultations

- Rencontre avec un visiteur de l'Agrément Canada;
- Le 25 juin 2013, présentation du rapport annuel du comité de gestion des risques;
- Le 26 juin et 4 juillet 2013, 2 consultations auprès des présidents des conseils concernant les mesures prises et prévues suite à 2 incidents survenus au centre hospitalier de Lévis;
- Le 23 octobre 2013, présentation du projet en organisation du travail en service social: Gestion de cas;
- Le 20 novembre 2013, présentation du rapport annuel 2012-2013: application de la procédure d'examen des plaintes;
- Le 20 novembre 2013, présentation de la Politique sur les régimes de protection – Loi 28;
- Le 18 décembre 2013, présentation des résultats du *Projet Lean en FEJ Lotbinière*
- Le 19 février 2014, Consultation en lien avec le Centre régional intégré en cancérologie (CRIC) au CSSSAD;

- Le 19 mars 2014, Présentation du rapport de l'Agrément Canada.

Conclusion

L'année 2013-2014 fut une année chargée pour le Conseil multidisciplinaire du CSSSAD.

Cette année, le comité exécutif du CM a investi son énergie pour le développement et l'adaptation de ses activités et fonctionnement à partir de la vision développée, en concertation avec la Direction des services multidisciplinaires (DSM). Comme point de départ, le CECM s'est concerté pour redéfinir son fonctionnement afin d'établir un budget qui permet de réaliser ses obligations légales et poursuivre les activités en lien avec sa mission, ses valeurs, et sa vision. Le CECM a également fait des avancées concrètes afin de faire connaître, se rapprocher et échanger avec ses membres. De plus, le CM a consolidé son programme de comités de pairs, en collaboration avec la DSM, pour mieux répondre aux besoins exprimés par ses membres quant à la pertinence, la qualité, la continuité et le rayonnement des projets.

L'an prochain, le CM compte faire entendre sa voix plus souvent afin d'apporter un appui aux mesures et initiatives du conseil d'administration, de la direction et des membres en ayant comme visée de soutenir et améliorer la qualité des actes et services des membres. Le CECM souhaite ainsi se rapprocher des acteurs afin de faire de meilleures recommandations/avis ou intervenir pour aider à pister des solutions et moyens créatifs selon notre mandat.

5.5 Conseil des sages-femmes

Liste des membres

Membres du Conseil des sages-femmes au 31 mars 2014	
Mme Marie-Andrée Martineau	Présidente
Mme Marie-Josée Larocque	Vice-présidente
Mme Andrée Vallières	Secrétaire
Mme Sandra Demontigny	Administratrice
Mme Caroline Auclair	Membre
Mme Geneviève Bélanger	Membre
Mme Julie Roussy	Membre
Mme Lucie Guénette	Membre
Mme Geneviève Morin	Membre
Mme Maude Tétreault	Membre
Mme Monique Paré	Membre
Mme Julie Verret	Membre

Faits saillants

- Une sage-femme a été nommée au comité d'éthique clinique.
- Formation PRN pour réanimation néonatale par une sage-femme instructrice de Mimosa depuis mai 2013.
- Nouveaux documents dans notre guide de pratique, notamment les suivis lors d'AVAC, les types d'insertions placentaires et l'ictère.
- Nouveau document au dossier des clientes : bilan comparatif des médicaments.
- Le projet pour le point de service en Beauce : dépôt au MSSS à l'automne 2013.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année

- Recommandation par rapport à la politique de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel.
- Avis donné concernant les besoins d'une clinique d'allaitement sur la Rive-Sud.
- Recommandations émises à l'équipe concernant la visite d'Agrément.
- Divers avis émis lors de deux rencontres entre les sages-femmes et des professionnels de l'Unité mère-enfant du CSSSAD.

Conclusion

Le conseil sage-femme a répondu à la majorité de ses objectifs par le biais de ses comités exécutifs, qualité et revue de dossiers. Nous sommes confiantes d'obtenir notre accréditation Initiative Amis des bébés (IAB) sous peu et de voir progresser les procédures et collaborations avec les professionnels de l'UME.

5.6 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Composition du conseil

Le CMDP est composé de plus de cinq cent quarante professionnels médecins, pharmaciens et dentistes ayant des profils de pratique très variés en CLSC, en hébergement, en centre hospitalier, etc.

Composition du comité exécutif

Membres du CMDP au 31 mars 2014	
D ^r Pierre Lachance	Président
D ^r Dominique Deschênes	Vice-président
D ^{re} Anne Laliberté	Vice-présidente
Mme Esther Beaulieu	Secrétaire-trésorière
D ^r François Aumond, directeur des services professionnels et hospitaliers	Membre
D ^{re} Louise Beaudry	Directrice
D ^{re} Julie Carrier	Directrice
M. Yves Fortin, directeur général intérimaire	Membre
D ^{re} Julie Germain	Membre
D ^{re} Odette Laplante	Membre
D ^r Gilles Lortie	Membre
D ^r Hugo Morrissette, représentant du CMDP au C.A.	Membre
D ^r François Poirier	Vice-président
D ^r Steve Whittom	Membre

Avis ou recommandations émis au cours de l'année :

Les membres de l'exécutif du CMDP ont émis des recommandations touchant différents sujets :

- Recommandation de 109 nominations, cessations d'exercice temporaires ou permanentes, modifications de statut et de privilèges des médecins, dentistes ou pharmaciens;
- Recommandation et nomination de 15 chefs de département et service;
- Recommandation pour adoption du règlement du Département de médecine communautaire;
- Recommandation pour adoption du règlement du Service de cardiologie;
- Recommandation pour adoption du règlement du Département de pharmacie;
- Recommandation à l'effet d'abolir le Service de pharmacie en centre hospitalier et le service de pharmacie en CHSLD et CLSC;
- Recommandation pour adoption du règlement du Département de médecine familiale;
- Recommandation pour adoption de la règle d'utilisation des ressources du bloc chirurgical du CSSSAD;
- Recommandation pour adoption de la procédure « Utilisation d'un médicament de nécessité médicale particulière ou d'un traitement

d'exception »;

- Recommandation pour adoption de la politique d'admission à l'unité des soins intensifs;
- Recommandation pour adoption de la politique d'allaitement;
- Recommandation de renouvellement de nomination d'un médecin examinateur;
- Recommandation pour la formation d'un comité d'éthique clinique;
- Recommandation de nomination du représentant du CMDP au conseil d'administration;
- Recommandation de nomination du représentant du CMDP au comité d'éthique clinique;
- Recommandation de nomination d'un médecin représentant du CMDP à la table d'actualisation de la responsabilité populationnelle;
- Recommandation pour adoption de la politique d'entretien curatif des équipements médicaux spécialisés;
- Adoption de 30 protocoles d'administration de médicaments et ordonnances collectives et préimprimées;
- Retrait de 5 protocoles d'administration de médicaments et ordonnances collectives et préimprimées;
- Ajout de 10 médicaments au formulaire de l'établissement;
- Retrait de 8 médicaments au formulaire de l'établissement;
- Renouvellement d'un traitement d'exception;
- Surveillance de l'utilisation des antibiotiques
- Liste des médicaments à haut risque et liste des médicaments requérant une double vérification indépendante;
- Nouveaux outils cliniques.

Avis émis au cours de l'année au directeur général :

- Trois avis ont été émis au cours de la dernière année.

Indicateurs de suivi utilisés :

- Aucun

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année :

- Analyse systématique de tous les cas de complications et de décès.
- L'exécutif du CMDP et les comités de pharmacologie et d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique se sont réunis sur une base régulière.

Perspectives d'action pour la prochaine année :

- Milieu de travail favorisant les soins donnés aux patients;
- Excellence de la qualité des actes médicaux;
- Arrimage de la première et de la deuxième ligne;
- Réévaluation des rôles et mandats des comités du CMDP.

Recommandations générales s'il y a lieu :

- Système de santé orienté vers les patients;
- Respect du corps médical et de leur expertise.

Conclusion

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est fier du CSSSAD et il est prêt à participer activement à la qualité des soins médicaux qui y sont offerts.

Rapports des sous-comités :

Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Les membres du comité, pour l'année 2013-2014 sont :

D ^r Gaétan Paradis, président
D ^r Daniel Dubreuil
D ^{re} Christine Drouin
D ^r Pierre Grammond
D ^r Éric Legendre
D ^r Pierre Lachance
Mme Louise Desmeules, archiviste
Mme Marie-Pierre Leclerc, archiviste
D ^{re} Éline Gagné
Mme Louise Gagnon, pharmacienne

Le comité, présidé par le docteur Gaétan Paradis, est fier de l'implication médicale dans l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique dans

notre institution. Chaque décès ou complication est analysé méthodiquement et est soumis lorsque nécessaire à un autre service impliqué dans le dossier. Un seul service n'a pas remis ses études de décès et de ses complications dans les délais prescrits.

Certains services ne font pas d'étude par critères-objectifs par manque de temps à cause d'une pénurie de médecins, des congés de maladie ou de grossesse. Plusieurs services sont en cours de rédiger leur rapport. Les sujets étudiés ont permis d'évaluer certains aspects de notre pratique médicale, de les comparer aux bonnes pratiques médicales et d'apporter les correctifs, lorsque jugés nécessaires. Les membres du comité exigent que les résultats des études par critères-objectifs soient transmis aux services concernés.

Comité de pharmacologie

Les membres du comité pour l'année 2013-2014 sont :

D ^r Jean-François Bellemare
D ^{re} Catherine Boucher
M. Jean Bournival (président)
Mme Chantal Breton
D ^r Steeve Brulotte
D ^{re} Ève Charest
Mme Mélanie Drouin
D ^{re} Julie McNicoll
D ^r Yvon Nadeau
D ^{re} Isabelle Sirois
D ^{re} Isabelle Thivierge

Le comité de pharmacologie a été très actif au cours de la dernière année et a émis de nombreuses recommandations. L'excellente participation des membres mérite d'ailleurs d'être soulignée. Au chapitre des ajouts de médicaments au formulaire ou des modifications apportées aux indications d'utilisation des médicaments, le comité de pharmacologie a émis 11 recommandations favorables et trois recommandations défavorables. Également, sept médicaments ont fait l'objet d'un retrait et deux substitutions automatiques ont été recommandées. Le comité a évalué 22 avis de pharmacovigilance émis par Santé Canada et a fait les recommandations pertinentes auprès des médecins et des autres professionnels visés dans l'établissement. Le comité a également pris connaissance de la totalité des 29 recommandations formulées par le comité exécutif restreint du CMDP.

Le comité de pharmacologie a également recom-

mandé 15 ordonnances collectives impliquant l'utilisation de médicaments. De même, il a émis une recommandation favorable pour la mise à jour de six des protocoles d'administration de médicaments et a recommandé le retrait de trois protocoles. Aussi, huit nouvelles ordonnances préimprimées ont été approuvées. Une préoccupation perdure quant aux délais importants rencontrés dans le processus actuel d'élaboration et d'approbation des ordonnances collectives et des protocoles; par conséquent, des pistes de solutions seront envisagées pour la prochaine année avec le soutien du comité exécutif du CMDP.

Diverses recommandations ponctuelles ont été formulées en lien avec l'utilisation des médicaments et certaines problématiques causées par les ruptures de médicaments ont été analysées. Le comité de pharmacologie a également mandaté deux de ses sous-comités, soit celui de sédation-analgésie et celui d'anticoagulothérapie pour réviser certaines pratiques dont le résultat des travaux sera connu au cours de la prochaine année.

Aucune revue d'utilisation des médicaments n'a été réalisée au cours de la dernière année ce qui doit être amélioré. À cet effet, le comité de pharmacologie a ciblé quatre médicaments dits « grands générateurs de coûts » pour lesquels une revue de l'utilisation sera réalisée au cours de la prochaine année. Par ailleurs, une demande formelle a été adressée afin que le comité de pharmacologie puisse bénéficier d'un soutien clérical de manière à assurer un meilleur suivi des travaux.

Le comité de pharmacologie a également suivi l'état d'avancement des travaux du comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques. Conformément à la circulaire ministérielle en vigueur, un rapport annuel des activités de ce comité est par la présente transmis au conseil d'administration.

Comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques

Le comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques vise à optimiser l'usage des antibiotiques et à assurer le suivi quantitatif de leur utilisation. À cet effet, les objectifs suivants ont été réalisés en 2013-2014 :

Antibioprophylaxie chirurgicale :

- Optimiser le choix des antibiotiques selon le type de chirurgie;
- Optimiser le choix des antibiotiques selon les

caractéristiques du patient (allergie, porteur SARM, etc.);

- Favoriser une administration adéquate des antibiotiques (moment d'administration, durée de perfusion, dose, etc.);
- Diminuer l'émergence des résistances;
- Diminuer l'incidence de *C. difficile*;
- Diminuer les coûts et l'utilisation des antibiotiques.

Actions réalisées en lien avec cet objectif :

- Ordonnance préimprimée d'antibioprophylaxie pré-opératoire incluant une justification nécessaire pour l'antibiothérapie post-opératoire;
- Publication des recommandations pour l'antibioprophylaxie au verso de l'ordonnance d'antibioprophylaxie préimprimée;
- Publication des principes généraux de l'antibioprophylaxie chirurgicale BULLETIN #1;
- Conférence aux médecins.

Actions à venir :

- Étude évaluative de conformité pré et post implantation de l'ordonnance préimprimée d'antibioprophylaxie pré-op.

Réduction du coût des antibiotiques :

Actions réalisées en lien avec cet objectif :

- Sensibilisation aux coûts des antibiotiques intraveineux BULLETIN #2.

Révision du formulaire au niveau des antibiotiques :

- Diminuer l'émergence de résistance;
- Diminuer l'incidence de *C. difficile*;
- Diminuer les coûts.

Actions réalisées en lien avec cet objectif :

- Revue d'utilisation des médicaments pour les C diff;
- Revoir les critères d'utilisation des antibiotiques à risque pour C diff;
- Diffusion de la liste des antibiotiques ciblés avec ou sans critères BULLETIN #3.

Revoir la prophylaxie post exposition accidentelle au VIH :

Actions réalisées en lien avec cet objectif :

- Mise à jour des guides de traitement et des feuillets explicatifs;
- Harmonisation régionale du contenu des médicaments dans les trousseaux de premières doses;
- Évaluation quantitative.

Action réalisée en lien avec cet objectif :

- Mise en place de la mesure du DDD (defined daily dose)/1 000 jours-présence/unité de soins/période.

Comité d'examen des titres

Les membres du Comité d'examen des titres se sont réunis 4 fois au cours de la dernière année et ont émis un avis favorable pour la nomination de 16 membres actifs et de 3 membres associés.

Les membres du comité pour l'année 2013-2014 sont :

D ^r Bernard Lefebvre, président
D ^{re} Lorraine Bond
D ^{re} Judith Trudeau
D ^{re} Mona Lavoie
D ^{re} Caroline Labbé
D ^{re} Diane Marcoux
D ^{re} Anne-Marie Savoie
Mme France Jourdain
D ^r Daniel St-Arnaud
D ^r François Aumond, DSPH
D ^r Yves Rouleau
D ^r Michel DeGrâce

Comité de mortalité maternelle et périnatale

Le comité a tenu une réunion au cours de la dernière année pour l'étude des dossiers de mortalité maternelle et périnatale.

Les membres du comité pour l'année 2013-2014 sont :

D ^{re} Julie Farley, présidente
D ^{re} Julie Beaudoin
D ^{re} Céline Bélanger
D ^{re} Julie Germain
D ^{re} Danielle Proulx
D ^{re} Marie Normand
D ^{re} Lyne Tellier
Mme Josée Turcotte, archiviste

5.7 Comité de vigilance et de la qualité

Au cours de l'exercice 2013-2014, le Comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre reprises. Compte tenu de son mandat, le comité s'est doté d'un mode de fonctionnement qui permet un suivi rigoureux de la qualité des services offerts.

Membres du Comité de vigilance au 31 mars 2014
M. Jean Desautels, président
M. Michel Lemay, vice-président
Mme Julie Suzanne Doyon, présidente (membre d'office)
M. Yves Fortin, directeur général intérimaire (membre d'office)
M. Mario Cloutier, commissaire local aux plaintes (en vertu de la Loi)
Mme Marielle Fortier, administratrice
M. Louis-Marie Bissonnette (membre substitut)
Mme Chantal Garon (membre invitée)

Faits saillants

Une attention particulière est portée au suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Un rapport détaillé est remis aux membres et une analyse est effectuée. Afin de remplir son mandat, les membres du Comité de vigilance et de la qualité ont convenu d'analyser les dossiers en regard de 13 volets distincts figurant au tableau ci-dessous. Au courant de l'année, le dossier des plans et mesures d'urgence (PMU) a été ajouté de façon récurrente pour suivi au comité.

Section	Éléments
Volet A	Rapport annuel (bilan) des comités et conseils professionnels
Volet B	Rapport annuel sur le régime d'examen des plaintes
Volet C	Rapport statistique trimestriel des dossiers de plaintes
Volet D	Préparation et suivi aux visites d'agrément
Volet E	Résultats de sondages de satisfaction clientèle
Volet F	Recommandations du coroner avec suivi à l'interne
Volet G	Suivi des visites d'appréciation de la qualité : MSSS et autres
Volet H	Suivi des recommandations du Curateur public
Volet I	Suivi des recommandations du vérificateur externe ayant trait à la qualité
Volet J	Rapport – recommandations des ordres professionnels
Volet K	Rapport du Comité de gestion des risques Plan et mesures d'urgence
Volet L	Rapports d'enquête interne auprès de personnes en lien avec l'exercice de leur profession
Volet M	Rapport d'inspection des lieux et des pratiques organisationnelles

Les membres du comité examinent attentivement tous les rapports soumis lors des rencontres ainsi que les pistes d'amélioration suggérées.

Principaux dossiers :

- Suivi des grands enjeux du processus d'agrément en vue de la visite qui a eu lieu en novembre 2013.
- Suivi auprès de la gestionnaire de risques concernant les événements sentinelles et les incidents/accidents qui surviennent lors de la prestation des soins et des services ainsi que de l'état d'avancement des mesures correctives.
- Suivi auprès du directeur des services techniques et d'hôtellerie et du conseiller chef du service de la sécurité et des mesures d'urgence en regard de l'harmonisation de la valise de garde et des plans des mesures d'urgence pour l'ensemble des installations.
- Suivi auprès de la conseillère en prévention des infections et du directeur du comité de prévention des infections, notamment pour les éclosions, l'hygiène des mains et les infections nosocomiales.
- Suivi auprès de la conseillère en prévention des infections et du directeur du comité de prévention des infections, notamment pour les éclosions, l'hygiène des mains et les infections nosocomiales.

5.8 Comité de gestion des risques

Le comité compte 12 membres issus des différentes directions et conseils de l'établissement, de même que du conseil d'administration.

Désignation	Représentant
Le directeur général ou la personne qu'il désigne	Mme Chantal Garon DGA aux affaires administratives
Le gestionnaire de risques	Mme Suzanne Chayer, secrétaire
Une personne désignée par et parmi les membres du comité des usagers de l'établissement	M. Serge Bouchard Comité des usagers
Une personne désignée par et parmi les membres du comité de prévention des infections	Mme Catherine Roy Coordonnatrice du programme de prévention et contrôle des infections
Un pharmacien désigné par et parmi les membres concernés du CMDP	Mme Chantal Breton, vice-présidente Chef du Département de pharmacie
Un médecin désigné par et parmi les membres concernés du CMDP	D ^{re} Marie-Claire Baby Urgentologue
Un professionnel désigné par et parmi les membres du conseil multidisciplinaire	Josée Lacroix Technicienne en réadaptation physique
Une infirmière	Mme Chantal Bélanger Présidente du CII et infirmière à l'UCCSPU

Une infirmière auxiliaire désignée par et parmi les membres du CII et du CIIA, toutes deux aux soins cliniques (et représentant la mission hospitalière et la mission hébergement)	Mme Suzie Breton Présidente du CIIA et infirmière auxiliaire
Une personne désignée par la Direction des services techniques et d'hôtellerie (DSTH) qui a des responsabilités particulières en matière de gestion de risques	M. Jacques Hamelin Chef du Service d'hygiène et de salubrité
Un professionnel du Service de prévention, santé et sécurité au travail désigné par la Direction des ressources humaines	M. André Blouin Chef du Service de prévention, santé et sécurité au travail
Une personne désignée par la direction concernée et qui, en vertu d'un contrat de service ou d'une entente visée à l'article 108 de la loi, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier	Mme Manon Belleau Représentante RNI

Suivi des événements sentinelles et mesures correctives

Un événement sentinelle est un événement qui a eu, ou aurait pu avoir, des conséquences catastrophiques, ou encore, un événement qui se produit à une grande fréquence même s'il n'est pas à l'origine de conséquences graves. Conformément à cette définition, 16 événements ont été identifiés au cours de l'exercice 2013-2014 comparativement à 28 en 2012-2013. Tous ces événements ont été présentés au comité de gestion des risques.

Le comité de gestion des risques doit s'assurer qu'une analyse approfondie soit faite pour tout événement sentinelle et que des mesures correctives soient identifiées.

Les mesures correctives identifiées et mises en place en 2013-2014 concernent les points suivants :

- À la suite d'incidents impliquant du matériel chirurgical :
 - > Révision de la politique de stérilisation;
 - > Révision et validation des procédures de retraitement des dispositifs médicaux afin qu'elles soient conformes aux instructions du fabricant;
 - > Rappel volontaire d'usagers impliqués dans un événement impliquant le retraitement non conforme d'un dispositif médical les exposant à un risque infectieux.
- À la suite de chutes ayant causé des préjudices aux usagers :
 - > Identification du signal et instructions pour le changement de piles placées sur chaque

détecteur de mobilité utilisé dans la prévention des chutes;

- > Présentations faites par les ergothérapeutes dans tous les CHSLD concernant le bon usage des détecteurs de mobilité pour prévenir les chutes.
- À la suite de fugues impliquant la clientèle de santé mentale :
 - > Analyse des risques environnementaux (points d'ancrage) pouvant favoriser un geste autodestructeur pour la clientèle sur les unités de soins en santé mentale;
 - > Modifications de l'environnement physique des lieux débutées et à venir selon un échéancier déterminé.
- À la suite d'un équipement connu défectueux et laissé en service :
 - > Sensibilisation faite aux assistantes infirmières-chefs de l'urgence sur l'importance de déclarer et retirer promptement tout équipement défectueux;
 - > Identification des actions à prendre par le personnel lors de bris ou de défectuosité d'équipement.

La revue et l'analyse de 13 événements sentinelles ont permis d'identifier 38 mesures correctives afin d'éviter leur récurrence. L'analyse est toujours en cours ou à venir pour trois événements. En fait, 47 % des mesures visant à prévenir la récurrence ont été mises en place, soit 18 mesures sur 38. De plus, 53 % d'entre elles, soit 20 mesures sur 38, sont actuellement en attente de suivi.

Les événements sentinelles pour lesquels des mesures correctives n'ont pas été prises en charge dans les délais prescrits sont présentés une fois par mois au comité de direction afin que la direction concernée assure un suivi.

Comité de prévention des infections

Membres du Comité de prévention des infections au 31 mars 2014	
Dr André Vincent	Microbiologiste-infectiologue Membre du CMDP
Mme Catherine Roy	Coordonnatrice en prévention et contrôle des infections
M. Marc Gobeil	Chef du Service d'hygiène et de salubrité
M. André Blouin	Chef du Service de prévention, santé et sécurité au travail;
M. Michel St-Jean	Chef du Service de stérilisation et de traitement du matériel médical et de soins
Mme Chantal Garon	Directrice générale adjointe aux affaires administratives,
M. Robin Bégin	Directeur du réseau Santé physique : chirurgie et soins critiques
M. Marco Bélanger	Directeur du réseau Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
Mme Marie-Claude Lachance	Directrice des services généraux, soutien à domicile et liaison
Mme Liliane Bernier	Directrice du réseau Santé physique : médecine et lutte contre le cancer

Les activités de surveillance du programme de prévention et de contrôle des infections sont les suivantes :

Programme obligatoire de surveillance provinciale des infections nosocomiales

Diarrhée associée au *C. difficile*

Le CHAU de Lévis a rapporté 85 cas pour un taux d'incidence de 10,9 par 10 000 patients-jours. Ce résultat situe l'établissement au-dessus du 90^e centile provincial pour son regroupement d'installations comparables. Le taux provincial était de 7,1. L'an dernier, l'hôpital avait rapporté 104 cas pour un taux d'incidence de 13,1 par 10 000 patients-jours.

Bactériémies à *Staphylococcus aureus*

Au CHAU de Lévis, le taux d'incidence est de 0,1/10 000 patients-jours comparativement à 0,13 l'an dernier. Le taux provincial est de 0,2 par 10 000 patients-jours.

Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs

Cette année, le CHAU de Lévis a rapporté 2 bactériémies équivalant à 1,6 bactériémie par 1 000 jours-cathéters. Le taux provincial pour les centres hospitaliers comparables est de 0,5 par 1 000 jours-cathéters.

Bactériémie nosocomiale associée aux accès veineux en hémodialyse

Le taux d'incidence est de 0,1/100 patients-mois et

identique au taux de l'an dernier. Le taux provincial est de 0,3/100 patients-mois.

ERV

L'établissement a rapporté 3 colonisations et aucune infection. Notre taux d'incidence est de 0,4 par 10 000 patients-jours. Le taux provincial est quant à lui de 7,6/10 000 patients-jours.

Autres surveillances

Surveillance du *Staphylococcus Aureus* résistant à la méthicilline (SARM) par dépistage à l'admission et en cours d'hospitalisation

Cette année, au CHAU de Lévis, un total de 35 cas de SARM nosocomial a été détecté comparativement à 60 l'an dernier. Le taux d'incidence est en diminution constante depuis plusieurs années et se situe actuellement à 3,3/10 000 jours-présence.

Surveillance des infections du site chirurgical: prothèse totale de hanche, genou, épaule et prothèse de Moore

Le taux d'infection est de 0,98 %. Le taux comparable du *National Nosocomial Infection Surveillance* oscille entre 0,86 et 2,26 % pour des chirurgies similaires. En ce qui concerne l'antibioprophylaxie au moment opportun, 87 % des usagers l'ont reçu au bon moment. Quant à la durée de l'antibiotique prophylactique, cette pratique est conforme dans 67 % des cas.

Audit sur l'hygiène des mains

En mission hospitalière, les audits ont été réalisés de façon continue pour l'année en cours. À cet effet, 2039 observations ont été réalisées, démontrant ainsi un taux d'observance global d'hygiène des mains ayant augmenté de 45 à 53 % comparativement à l'an dernier.

En mission première ligne, les audits ont débuté le 1^{er} avril 2013 pour chacune des 13 périodes administratives dans tous les centres d'hébergement. Le taux global d'hygiène des mains se situe à 66 % de conformité et pour lequel 3 382 observations ont été réalisées.

5.9 Comité des usagers

Composition du Comité des usagers

Le Comité des usagers du CSSS Alphonse-Desjardins est formé de 23 membres, dont 10 sont élus par la population et 13 sont désignés par les membres des comités des résidents.

Nom	Statut	Représentant
Roger Lachance	Élu	Comité local des usagers du secteur Nouvelle-Beauce
Louis-Marie Bissonnette	Élu	Comité local des usagers du secteur Chutes-Chaudière
Jean-Pierre Juneau	Élu	Comité local des usagers du secteur Chutes-Chaudière
Serge Bouchard	Élu	Comité local des usagers du secteur Desjardins
Claudette St-Gelais	Élue	Comité local des usagers du secteur Desjardins
Louise Bisson	Élue	Comité local des usagers du secteur Nouvelle-Beauce
Thérèse Larochelle	Élue	Comité local des usagers du secteur Lotbinière
Huguette Charest	Élue	Comité local des usagers du secteur Lotbinière
Marielle Fortier	Élue	Comité local des usagers du secteur Bellechasse
Doris Roy	Élue	Comité local des usagers du secteur Bellechasse
Murielle Delarosbil	Désignée	Comité des résidents du CH de Charny
Marie-Josée Poiré	Désignée	Comité des résidents du CH de Lévis
Hélène Talbot	Désignée	Comité des résidents du CH de Saint-Apollinaire
Jean-Pierre Bernard	Désigné	Comité des résidents du CH de Saint-Anselme
Jean-Paul Morin	Désigné	Comité des résidents du CH de Sainte-Claire
Denise Poulin	Désignée	Comité des résidents du CH de Sainte-Croix
Suzy Bergeron	Désignée	Comité des résidents du CH de Saint-Flavien
Lise Poulin	Désignée	Comité des résidents du CH de Saint-Gervais
Thérèse Pomerleau	Désignée	Comité des résidents du CH de Sainte-Hénédine
Jacqueline Pelchat	Désignée	Comité des résidents du CH de Saint-Isidore
Brigitte Paré	Désignée	Comité des résidents du CH de Sainte-Marie
Renée Tremblay	Désignée	Comité des résidents du CH de Saint-Raphaël
Angèle Savoie	Désignée	Comité des résidents du CH de Saint-Sylvestre

Outre les 23 membres officiels, ce sont environ 90 membres bénévoles qui s'impliquent dans l'ensemble des comités qui relèvent du Comité des usagers : un comité local des usagers composé de cinq

à neuf membres par secteur et treize (13) comités de résidents composés de 3 à 7 membres par centre d'hébergement. La somme de travail accompli par ces gens totalise environ 3500 heures-personne en temps de réunions, de formation et de participation à des activités connexes précisées dans leur plan d'action. La liste détaillée de tous ces membres apparaît dans le Rapport annuel 2013-2014 du Comité des usagers.

Composition du comité exécutif	
Louis-Marie Bissonnette	Président
Marie-Josée Poiré	Vice-présidente, responsable de la table hébergement
Jean-Pierre Juneau	Vice-président, responsable de la table multiclientèle
Serge Bouchard	Secrétaire
Claudette St-Gelais	Trésorière
Roger Lachance	Président ex-officio

Les membres de l'exécutif se sont réunis sur une base mensuelle pour prendre les décisions nécessaires à un fonctionnement efficace et pour assurer une circulation d'informations pertinentes pour tous les membres.

Faits saillants

- Impression d'un nouveau dépliant du comité des usagers avec un nouveau logotype du comité.
- Participation marquée des membres au Congrès 2013 du Regroupement provincial des comités d'usagers (RPCU), entre autres, l'animation d'un atelier par les personnes ressources, la participation du président à une table ronde et une conférence du coordonnateur sur notre modèle de partenariat avec l'administration du CSSSAD.
- Développement et actualisation d'un registre de communications des usagers entre la répondante au niveau du CSSSAD et le coordonnateur du comité.
- Contribution à la mise en place et participation à une table partenariale sur l'amélioration continue de la satisfaction de la clientèle avec la Direction générale adjointe à la qualité.
- Envoi d'un communiqué de presse dans le dossier des écho-endoscopes stérilisés de façon non optimale.
- Dépôt à la Direction du réseau PPALV des synthèses d'évaluation de la satisfaction des

résidents à l'égard du respect des droits et des principes directeurs d'un milieu de vie de qualité en centre d'hébergement suite aux trois séries de rencontres régulières des comités de résidents, et des recommandations qui en découlent.

- Envoi de vingt-sept (27) communications formelles des usagers à l'administration du CSSS et/ou au commissaire aux plaintes et à la qualité portant sur des insatisfactions, des demandes d'amélioration ou des plaintes à l'égard des services reçus par les usagers de l'établissement; ces communications ont été acheminées une trajectoire de communication convenue avec les instances concernées en vue d'en assurer le suivi auprès du Comité des usagers et des usagers eux-mêmes.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année

À la Direction générale :

- Résolution pour la mise place d'une unité de soins palliatifs (nombre de lits auquel on a droit, espace approprié et personnel dédié) à l'Hôtel-Dieu de Lévis, et ce dans un délai raisonnable.
- Avis (nombreuses préoccupations) lors de la consultation de la Direction générale adjointe sur l'implantation du Centre régional intégré en cancérologie (CRIC)

À la Direction du réseau PPALV :

- Recommandations à la Direction du réseau PPALV à la suite du dépôt des synthèses des évaluations faites lors des rencontres de comité de résidents :
 - > pour favoriser une plus grande participation des membres de famille ou des proches des résidents aux activités de loisir qui leur sont offertes par les intervenantes en loisirs des centres;
 - > de rendre les accès à l'extérieur du centre vers les balcons ou les cours protégées plus faciles et en tout temps pour les résidents et leurs proches;
 - > de rappeler au personnel d'utiliser un langage professionnel avec les résidents et leurs proches, sans faire de confidences;
 - > de prendre certaines dispositions pour que les résidents se lavent les mains avant de se présenter aux repas;

- > de revoir avec les employés d'entretien ménager des centres d'hébergement certaines routines de travail concernant la désinfection dans les chambres des résidents.

Conclusion

Le Comité des usagers a développé, au cours de la dernière année, des mécanismes de communication efficaces avec diverses instances du CSSSAD. Ces réalisations témoignent de la volonté commune des parties concernées à améliorer les services à la clientèle à l'intérieur de nos champs d'action respectifs. Elles témoignent également de la nécessaire collaboration et de l'incontournable partenariat basés sur un respect et une confiance mutuels pour assurer la réalisation de notre mission. Tous les membres du Comité des usagers sont fiers de leurs réalisations et de leur engagement qui ont permis d'assumer leur mandat et leurs fonctions au meilleur de leurs capacités.

5.10 Comité d'éthique de la recherche

Liste des membres

Exécutif	
D ^r Claude Tessier, président	Médecin désigné par le CMDP et la DSPH
Mme Claire Gaudreault-Arbelot, B.Sc., M.A., vice-présidente	Conseillère en éthique
Mme Amélie Chouinard, B.Sc., M.A., deuxième vice-présidente	Pharmacienne désignée par le CMDP et la DSPH
Membres réguliers	
M. Inno Sagbo, M. Sc.	Représentant de la collectivité
Mme Danielle Désilets, A.M.A.	Archiviste médicale désignée par le CM et la DGAAA
M. Paul Guay, avocat, D.E.C. LL. B.	Juriste
Mme Jenny Kaeding, Ph.D.	Coordonnatrice du comité
M. Claude Lafrance, ing. M.B.A.	Représentant de la collectivité
Mme Geneviève Leblanc, inf., M. Sc.	Infirmière désignée par le CII et la DSI
M. François Primeau, M.D.	Médecin désigné par le CMDP et la DSPH
M. Paul Guay, avocat, D.E.C. LL. B.	Juriste
Poste vacant	Chercheur
Poste vacant	Représentant de la collectivité

Faits saillants

Au cours de l'année 2013-2014, le CÉR a étudié 34 nouveaux projets de recherche, dont 17 projets en comité plénier et 17 projets en comité restreint (évaluation accélérée). En comparaison avec l'année précédente, on constate une légère augmentation

du nombre de nouveaux projets soumis, une fluctuation qui demeure dans l'ordre de grandeur observé au cours des dernières années.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année

Tous les nouveaux projets de recherche étudiés par le CÉR ont été acceptés avec ou sans condition et 20 projets de recherche ont commencé en date du 31 mars 2013. De plus, au début de l'année, un total de 94 projets de recherche impliquant des sujets humains étaient en cours au CSSSAD pour lesquels le CÉR a effectué des suivis de type passif, notamment 26 amendements, trois suivis à 6 mois, 53 renouvellements d'approbation annuelle, 24 fermetures, 12 notifications d'effets indésirables sérieux survenus au CSSSAD. Dans le cadre de ces suivis, le CÉR n'a répertorié aucun incident grave en lien avec un projet en cours, nécessitant des mesures supplémentaires.

Perspectives d'action pour la prochaine année :

La prochaine année, le CÉR poursuivra ses travaux selon son mandat. Toutefois, la finalisation de la révision de l'évaluation éthique des projets multicentriques et la mise en place des nouvelles modalités auront très probablement pour conséquence de statuer l'offre de service du CÉR. Le poste vacant comme membre-représentant de la collectivité devrait être pourvu à l'automne 2014.

Conclusion

Le CÉR constate un déroulement des activités de recherche impliquant des participants humains selon les normes éthiques définies par l'établissement.

5.11 Comité d'éthique clinique

Liste des membres

M. Marc Bégin	Psychologue identifié par le CM
M. Serge Bouchard	Comité local des usagers de Desjardins et membre de l'exécutif
Mme France Cayer	Nutritionniste
D ^{re} Marie Delage	Psychiatre et identifié par le CMDP
Mme Floriane Dostie	Spécialiste en éthique clinique
Mme Geneviève Leblanc	(juin 2013-juillet 2013) Infirmière et identifiée par le CII
Mme Lyne Maltaist	Chef des ressources bénévoles et répondante du comité d'éthique clinique
M. Raymond Poulin	Intervenant en soins spirituels
Mme Marjolaine Tremblay	Travailleuse sociale
D ^{re} Maryse Turcotte	(juin 2013 – avril 2014) Docteure et gestionnaire

Faits saillants

A noter que le président du comité peut au besoin inviter des personnes ressources dont Madame Geneviève Bélanger qui a été identifiée comme représentante pour le conseil des sages-femmes.

Un plan de communication a été élaboré par le Service des communications et un dépliant promotionnel a été réalisé pour faire connaître le mandat du comité. Des présentations ont été effectuées par la répondante du comité et la consultante en éthique afin de promouvoir le rôle du comité. L'information relative au fonctionnement du comité se retrouve sur le site Internet de l'établissement.

La présidente, le vice-président et la répondante du comité ont rencontré les visiteurs d'Agrément Canada. Les commentaires ont été fort appréciés.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année

Du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014, le comité a tenu quatre rencontres régulières, une journée de formation, une réunion spéciale et une rencontre urgente.

Le comité a reçu huit demandes durant l'année. Parmi les demandes reçues, cinq d'entre elles ont fait l'objet de délibération éthique auprès des équipes. Elles ont fait l'objet de discussion et un avis a été émis par le comité. Les trois autres demandes ont été orientées puisqu'elles n'ont pas permis d'identifier de malaises ou dilemmes d'ordre éthique.

Les sujets abordés lors des délibérations éthiques sont :

- Avis 2013-2014-01
Trouble de comportement en centre d'hébergement
- Avis 2013-2014-02
Acharnement thérapeutique
- Avis 2013-2014-03
Malaise concernant des modifications au plan pharmacologique
- Avis 2013-2014-04
Usager perturbateur et comportement à risque en soutien à domicile
- Avis 2013-2014-05
Relation amoureuse entre deux résidents inaptes

Conclusion

L'année de mise en place du nouveau comité d'éthique clinique est terminée. Dans la prochaine année, le plan de communication sera révisé afin de promouvoir et présenter le comité d'éthique clinique et son mandat aux intervenants du CSSSAD. Cette démarche s'intègre aux recommandations du rapport d'Agrément Canada en lien avec l'éthique clinique.

6. RESSOURCES HUMAINES

	Exercice en cours 2013-2014	Exercice antérieur 2012-2013
Note 1 : Effectifs de l'établissement		
Les cadres (en date du 31 mars)		
Temps complet <i>(excluant les personnes en stabilité d'emploi)</i>	145	154
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) <i>(excluant les personnes en stabilité d'emploi)</i>	10	9
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	10	1
Les employés réguliers (en date du 31 mars)		
Temps complet <i>(excluant les personnes en sécurité d'emploi)</i>	1 225	1 882
Temps partiel Nombre de personnes: équivalents temps complet (a) <i>(excluant les personnes en sécurité d'emploi)</i>	1 041	816
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	2	1
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 580 015	2 045 810
Équivalents temps complet (b)	865	1 120

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
 Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
 Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures

**Centre de santé et de services sociaux
Alphonse-Desjardins**
Centre hospitalier affilié universitaire de Lévis



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS AU 31 MARS 2014



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. J'ai exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 26 juin 2014 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de mon rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À mon avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies

équivalentes à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans mon opinion avec réserves formulée dans mon rapport daté du 26 juin 2014. Mon opinion avec réserves est fondée sur les faits suivants :

Comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées » du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2014 et au 31 mars 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Par ailleurs, le Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins n'a pas pris les mesures nécessaires afin de s'assurer que toutes les informations en regard de ses obligations contractuelles soient présentées au rapport financier annuel aux pages 635-00 à 635-02. Étant donné l'impossibilité d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés concernant l'exhaustivité de ces informations, nous n'avons pu déterminer si les pages 635-00 à 635-02 du rapport financier annuel auraient dû faire l'objet d'ajustements à cet égard.

De plus, le Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins n'a pas comptabilisé, au 31 mars 2014 et au 31 mars 2013, à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du gouvernement du Québec concernant des immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquelles des travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (Normes comptables canadiennes pour le secteur public) qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins a satisfait aux critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'article 1.1 de la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01) énonce que la seule partie d'une subvention qui doit être comptabilisée est celle qui est exigible dans l'exercice du Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins et autorisée par le Parlement dans l'année financière du gouvernement. Étant donné la non-inscription de ces subventions à recevoir du gouvernement du Québec, comme le prescrit la loi, les ajustements suivants selon l'estimation établie, sont nécessaires afin que les états financiers du Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public :

État de la situation financière	Augmentation (Diminution)	
	En dollars	
	<u>2014</u>	<u>2013</u>
Subventions à recevoir – réforme comptable	161 139 136	154 122 606
Revenus reportés	<u>161 139 136</u>	<u>154 122 606</u>
Dette nette et déficits cumulés	-	-

Mon opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de ses gains et pertes de réévaluation, de la variation de sa dette nette, et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Informations comparatives

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 ont été audités par un autre auditeur qui a exprimé sur ces états une opinion avec réserves en date du 18 juin 2013 pour les raisons décrites dans les paragraphes « *Fondement de l'opinion avec réserves* » à l'égard des contrats de location d'immeubles conclus entre le CSSS Alphonse-Desjardins et la Société québécoise des infrastructures (anciennement la Société immobilière du Québec) ainsi qu'à l'égard des obligations contractuelles présentées aux pages 635-00 à 635-04 du rapport financier annuel au 31 mars 2013.

Le vérificateur général du Québec par intérim,



Michel Samson, CPA auditeur, CA

Québec, le 16 juillet 2014

ÉTATS DES RÉSULTATS

	Budget	Au 31 mars 2014	Au 31 mars 2013
REVENUS			
Subventions - MSSS et Agence	273 583 591 \$	310 769 848 \$	298 539 403 \$
Contributions des usagers	19 058 178	19 011 700	18 916 904
Ventes de services et recouvrements	4 179 783	4 868 980	4 548 216
Donations	-	1 102 535	1 064 992
Revenus de placement	-	1 827	35 469
Revenus de type commercial	2 017 699	1 972 459	2 273 638
Autres revenus	6 386 209	5 856 695	6 624 526
	305 225 460 \$	343 584 044 \$	332 003 148 \$
CHARGES			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	216 547 869 \$	232 216 612 \$	224 947 281 \$
Médicaments	11 779 346	12 241 581	11 782 418
Produits sanguins	4 309 826	4 592 127	4 309 826
Fournitures médicales et chirurgicales	15 686 952	17 016 936	15 518 928
Denrées alimentaires	2 759 705	2 947 931	2 961 686
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	9 130 612	12 457 313	11 007 472
Frais financiers	474 826	5 612 551	7 064 977
Entretien et réparations y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	3 374 449	4 520 727	4 723 396
Créances douteuses	50 000	241 356	41 587
Loyer	-	3 163 118	-
Amortissement des immobilisations	-	11 216 719	9 847 076
Autres charges (note 5)	39 068 854	38 979 787	40 357 827
	303 182 439 \$	345 206 758 \$	332 562 474 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	2 043 021 \$	(1 622 714) \$	(559 326) \$

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

	Au 31 mars 2014	Au 31 mars 2013
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(15 733 237) \$	(15 083 532) \$
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures <i>(note 3)</i>	856 243	765 864
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	-	-
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	(14 876 994) \$	(14 317 668) \$
 SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	 (1 622 714) \$	 (559 326) \$
Autres variations :		
Transferts interétablissements	-	-
Transferts interfonds	-	-
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés	-	-
Total des autres variations	- \$	- \$
 SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	 (16 499 708) \$	 (14 876 994) \$
Constitués des éléments suivants :		
Affectations d'origine externe	-	-
Affectations d'origine interne	-	-
Solde non affecté	(16 499 708)	(14 876 994)
Total	(16 499 708) \$	(14 876 994) \$

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	Au 31 mars 2014	Au 31 mars 2013
<u>ACTIFS FINANCIERS</u>		
Encaisse (découvert bancaire)	(838 039) \$	1 214 266 \$
Placements temporaires	-	-
Débiteurs - Agence et MSSS	27 615 352	28 816 613
Autres débiteurs (note 6)	7 944 832	10 124 554
Créances interfonds	-	-
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	58 796 992	54 345 222
Placements de portefeuille	-	-
Frais reportés liés aux dettes	602 903	486 195
Autres éléments	468 391	551 685
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	<u>94 590 431 \$</u>	<u>95 538 535 \$</u>
<u>PASSIFS</u>		
Emprunts temporaires (note 7)	43 473 429 \$	69 574 776 \$
Créditeurs - Agence et MSSS	-	-
Autres créditeurs et autres charges à payer (note 8)	29 753 178	31 745 482
Avances de fonds en provenance de l'Agence (enveloppes décentralisées)	5 423 788	9 703 355
Intérêts courus à payer	1 530 634	1 157 840
Revenus reportés	12 100 366	8 968 971
Dettes à long terme (note 9)	168 657 207	131 778 525
Passifs environnementaux	-	-
Passif au titre des avantages sociaux futurs	27 901 633	27 384 556
Autres éléments	328 432	255 740
TOTAL DES PASSIFS	<u>289 168 667 \$</u>	<u>280 569 245 \$</u>
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	<u>(194 578 236) \$</u>	<u>(185 030 710) \$</u>
<u>ACTIFS NON FINANCIERS</u>		
Immobilisations	172 137 622 \$	164 035 671 \$
Stocks de fournitures	4 789 440	5 073 534
Frais payés d'avance	1 151 466	1 044 511
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	<u>178 078 528 \$</u>	<u>170 153 716 \$</u>
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	<u>- \$</u>	<u>- \$</u>
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	<u>(16 499 708) \$</u>	<u>(14 876 994) \$</u>

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

	Budget	Au 31 mars 2014	Au 31 mars 2013
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(188 583 273) \$	(188 583 273) \$	(142 105 041) \$
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures <i>(note 3)</i>	-	3 552 563	765 864
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	-	-	-
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(188 583 273) \$	(185 030 710) \$	(141 339 177) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	2 043 021 \$	(1 622 714) \$	(559 326) \$
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS			
Acquisitions	(11 291 530) \$	(19 318 670) \$	(52 471 769) \$
Amortissements de l'exercice	-	11 216 719	9 847 076
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	(11 291 530) \$	(8 101 951) \$	(42 624 693) \$
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE			
Acquisition et stocks de fournitures	-	(28 006 912) \$	(26 323 160) \$
Acquisition de frais payés d'avance	-	(4 854 176)	(1 447 201)
Utilisation de stocks de fournitures	-	28 291 006	25 549 367
Utilisation de frais payés d'avance	-	4 747 221	1 713 480
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	- \$	177 139 \$	(507 514) \$
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	-	-	-
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(9 248 509) \$	(9 547 526) \$	(43 691 533) \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(197 831 782) \$	(194 578 236) \$	(185 030 710) \$

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

	Au 31 mars 2014	Au 31 mars 2013
<u>ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT</u>		
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(1 622 714) \$	(559 326) \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie :		
Créances douteuses	241 356 \$	41 587 \$
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	-	-
Stocks et frais payés d'avance	177 139	(507 514)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	-	-
Perte (gain) sur disposition de placement	-	-
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	-	474 881
Amortissement des immobilisations	11 216 719	9 847 076
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	-	50 404
Autres	-	-
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	11 635 214 \$	9 906 434 \$
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	(1 318 471) \$	1 957 186 \$
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	8 694 029 \$	11 304 294 \$
<u>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS</u>		
Acquisitions	(19 318 670) \$	(52 471 769) \$
Produits et dispositions	-	-
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	(19 318 670) \$	(52 471 769) \$
<u>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT</u>		
Variation des placements à long terme :		
Placements effectués	-	-
Produits de disposition et de rachat de placements	-	-
Placements réalisés	-	-
Total des variations des placements à long terme	- \$	- \$
Variation d'autres éléments :		
Subvention à recevoir - Réforme comptable	(4 451 769) \$	(11 039 403) \$
Total des variations d'autres éléments	(4 451 769) \$	(11 039 403) \$
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT	(4 451 769) \$	(11 039 403) \$

ACTIVITÉS DE FINANCEMENT

Variation des dettes :

Emprunts effectués - Dettes à long terme	48 553 605 \$	42 956 224 \$
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	-	(2 309 715)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(7 324 332)	(6 229 185)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	(4 350 591)	-
Capitalisation de l'escompte et de la prime	-	-
Capitalisation des gains ou pertes de change	-	-
Variation des emprunts temporaires effectués - Fonds d'exploitation	(3 768 636)	984 108
Emprunts temporaires effectués - Fonds d'immobilisations	26 024 024	58 084 506
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	-	-
Emprunts temporaires remboursés - Fonds d'immobilisations	(12 361)	-
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	(48 344 374)	(40 532 190)

Variations d'autres éléments :

Fonds d'amortissement du gouvernement	-	-
---------------------------------------	---	---

FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	10 777 335 \$	52 953 748 \$
---	----------------------	----------------------

AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	(4 299 075) \$	746 870 \$
--	-----------------------	-------------------

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	4 332 794 \$	3 585 924 \$
---	---------------------	---------------------

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	33 719 \$	4 332 794 \$
---	------------------	---------------------

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :

Encaisse	33 719 \$	4 332 794 \$
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	-	-

Total	33 719 \$	4 332 794 \$
--------------	------------------	---------------------

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Immobilisations :		
Comptes à payer sur les immobilisations	- \$	572 998 \$
Intérêts :		
Intérêts créditeurs (revenus)	1 827	35 469
Intérêts encaissés (revenus)	1 827	35 469
Intérêts débiteurs (dépenses)	4 998 951	4 095 723
Intérêts déboursés (dépenses)	4 626 157	4 114 216
Placements temporaires	-	-
Échéance inférieure ou égale à 3 mois :		
Solde au 31 mars de l'exercice précédent	-	-
Solde au 31 mars de l'exercice courant	-	-
Échéance supérieure à 3 mois :		
Solde au 31 mars de l'exercice précédent	-	-
Placements effectués	-	-
Placements réalisés	-	-
Solde au 31 mars de l'exercice courant	-	-

VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉE AU FONCTIONNEMENT

Avoirs financiers :

Espèces, effets en main et dépôts en circulation	(23 340) \$	(112 255) \$
Débiteurs - Agence et MSSS	1 201 260	1 986 309
Autres débiteurs	2 179 722	(3 650 076)
Créances interfonds et interétablissements	-	-
Intérêts courus à recevoir sur placement	-	-
Frais reportés liés aux dettes	(116 708)	(214 781)
Autres éléments d'actifs	83 294	(153 415)
Provision pour créances douteuses	(241 356)	(41 587)
Escompte ou prime	-	-
Chèques en circulation	(2 223 429)	3 230 783
Créditeurs Agence - MSSS	-	-
Autres créditeurs et frais à payer	(1 992 304)	920 744
Intérêts courus à payer sur emprunts	372 794	(18 493)
Avance de fonds en fidéicomis	-	-
Transfert du gouvernement du Canada à rembourser	-	-
Dettes interfonds et interétablissements	-	-
Provision pour perte sur les interventions financières garanties	-	-
Revenus reportés à court terme	3 131 395	(355 458)
Passifs environnementaux	-	-
Avances en provenance des agences - enveloppes décentralisées	(4 279 567)	(1 686 106)
Autres éléments de passifs	589 768	2 051 521
Excédent des éléments du passif sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement	(1 318 471) \$	1 957 186 \$

ÉTATS DES RÉSULTATS (FONDS D'EXPLOITATION)

	Au 31 mars 2014	Au 31 mars 2013
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
REVENUS		
Subventions - MSSS et Agence	294 335 657 \$	280 506 422 \$
Contributions des usagers	19 011 700	18 916 904
Ventes de services et recouvrements	4 868 980	4 548 216
Donations	-	-
Revenus de placement	-	30 240
Revenus de type commercial	-	-
Gains sur disposition	-	-
Autres revenus	817 168	1 358 228
	319 033 505 \$	305 360 010 \$
CHARGES		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	227 729 490 \$	220 567 675 \$
Médicaments	12 241 581	11 782 418
Produits sanguins	4 592 127	4 309 826
Fournitures médicales et chirurgicales	17 016 936	15 518 928
Denrées alimentaires	2 947 931	2 961 686
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	12 457 313	11 007 472
Frais financiers	454 380	380 064
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	3 060 713	3 657 877
Créances douteuses	241 356	41 587
Loyers	3 163 118	-
Autres charges	38 112 571	38 996 743
	322 017 516 \$	309 224 276 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE DES ACTIVITÉS PRINCIPALES	(2 984 011) \$	(3 864 266) \$

	Au 31 mars 2014	Au 31 mars 2013
<u>ACTIVITÉS ACCESSOIRES</u>		
REVENUS		
Subventions - MSSS et Agence	200 209 \$	155 032 \$
Revenus de type commercial	1 972 459	2 273 638
Autres revenus	5 039 527	5 229 658
	7 212 195 \$	7 658 328 \$
CHARGES		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	4 487 122 \$	4 379 606 \$
Autres charges	867 216	1 361 084
	5 354 338 \$	5 740 690 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES	1 857 857 \$	1 917 638 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE DU FONDS D'EXPLOITATION	(1 126 154) \$	(1 946 628) \$

ÉTATS DES RÉSULTATS (FONDS D'IMMOBILISATIONS)

	Au 31 mars 2014	Au 31 mars 2013
<u>ACTIVITÉS IMMOBILIÈRES</u>		
REVENUS		
Subventions - MSSS et Agence	16 233 982 \$	17 877 949 \$
Donations	1 102 535	1 064 992
Revenus de placement	1 827	5 229
Autres revenus	-	36 640
	<u>17 338 344 \$</u>	<u>18 984 810 \$</u>
CHARGES		
Frais financiers	5 158 171 \$	6 684 913 \$
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	1 460 014	1 065 519
Amortissement des immobilisations	11 216 719	9 847 076
	<u>17 834 904 \$</u>	<u>17 597 508 \$</u>
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE DES ACTIVITÉS IMMOBILIÈRES	<u>(496 560) \$</u>	<u>1 387 302 \$</u>

NOTE 1 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

Le 29 janvier 2011, le Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral et l'Hôtel-Dieu de Lévis ont fusionné. La nouvelle dénomination sociale est le Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins.

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Il opère dans les catégories suivantes : centre local de santé communautaire, centre hospitalier, centre hospitalier en soins de longue durée et centre de réadaptation. Également, il a pour mandat d'offrir des soins généraux et spécialisés.

Le siège social du centre est situé au 143, rue Wolfe, Lévis. Les points de service sont répartis dans les MRC Desjardins, Bellechasse, Lotbinière et Nouvelle-Beauce.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 –PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

- les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures (autrefois la Société immobilière du Québec - SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des montants de l'actif et du passif comptabilisés, sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels ainsi que sur les montants des revenus et des charges comptabilisés.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir-réforme comptable, la provision pour CSST et la provision pour assurance salaire. Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables.

Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

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

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

Périmètre comptable

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

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

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

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

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

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Revenus d'intérêts

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

Autres revenus

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

Débiteurs

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

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

Prêts interfonds

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

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

Dettes à long terme

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

Les frais d'émission, l'escompte ou la prime liés aux emprunts sont amortis selon la méthode du taux effectif de chaque emprunt.

Passif au titre des avantages sociaux futurs

Les vacances, les congés de maladie ainsi que les absences pour droits parentaux ne font pas l'objet d'un calcul d'actualisation puisque la direction estime que ceux-ci seront pris au cours de l'exercice suivant.

La provision pour assurance-salaire est établie sur une base actuarielle au moyen d'une méthode par profil et selon les hypothèses les plus probables déterminées par les dossiers actifs. Ces hypothèses font l'objet d'une réévaluation annuelle au 31 mars par le MSSS. Le passif et les charges correspondantes qui en résultent sont comptabilisés sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux par les employés c'est-à-dire en fonction de l'accumulation et de l'utilisation des journées d'assurance-salaire.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interemployeurs à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

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

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

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Améliorations majeures bâtiments	30 ans
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service. Des améliorations majeures de bâtiments au coût de 3,4 M\$ sont en voie de réalisation au 31 mars 2014 et ne sont pas amorties.

Frais payés d'avance

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

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

Stocks de fournitures

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

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

Instruments financiers

L'encaisse, les autres débiteurs (sauf les réclamations TPS, TVQ), les frais reportés liés aux dettes et les autres éléments d'actifs, sont classés dans la catégorie des actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement selon la méthode du taux d'intérêt effectif.

Les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges (sauf les déductions à la source et les charges sociales à payer), les intérêts courus à payer, les autres éléments du passif, les dettes à long terme et les passifs au titre des avantages sociaux futurs (sauf la provision pour assurance-salaire) sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement selon la méthode du taux d'intérêt effectif.

État des gains et pertes de réévaluation

L'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas présenté compte tenu qu'aucun élément n'est comptabilisé à la juste valeur ni libellé en devises étrangères.

Comptabilité par fonds

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

- **le fonds d'exploitation** : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- **le fonds d'immobilisations** : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Classification des activités

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

- **activités principales** : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence;
- **activités accessoires** : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- **activités complémentaires** : celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;
- **activités de type commercial** : toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun de ces centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres d'activités.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux déficits cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

NOTE 3 - MODIFICATIONS COMPTABLES

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

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

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

	2014
Subventions à recevoir – Immobilisations – Écart de financement – Réforme comptable	(430 875) \$
Subventions – Gouvernement du Québec	(430 875) \$
Surplus (déficits) de l'exercice	(430 875) \$

Amortissement des immobilisations

L'amortissement pour des immobilisations détenues au 31 mars 2008 a dû être redressé afin de corriger une erreur de comptabilisation de 2012-2013.

Cette correction appliquée rétroactivement a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013
Subventions à recevoir – Immobilisations – Écart de financement – Réforme comptable	2 696 320 \$
Subventions – Gouvernement du Québec- immobilisations	2 696 320 \$
Amortissement des immobilisations avant 2008	2 696 320 \$
Amortissement accumulé des immobilisations avant 2008	2 696 320 \$

Dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations

Des transferts budgétaires du fonds d'immobilisations au fonds d'exploitation ont été comptabilisés pour des projets d'immobilisations. Selon les règles prescrites par les Normes comptables canadiennes du secteur public et le Manuel de gestion financière du Ministère, ces dépenses auraient dû être comptabilisées au fonds d'immobilisations comme étant des dépenses de nature non capitalisables au lieu de procéder à un transfert de revenus du fonds d'immobilisations au fonds d'exploitation.

Cette correction appliquée rétroactivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2013
Fonds d'immobilisations	
Subventions à recevoir – Immobilisations – Écart de financement – Réforme comptable	856 243 \$
Surplus (déficit cumulé) - au début	765 864 \$
Surplus (déficit cumulé) – transfert du fonds d'exploitation	90 379 \$
Subvention – Gouvernement du Québec - immobilisations	90 379 \$
Dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	90 379 \$

Fonds d'exploitation

Autres charges	(90 379) \$
Surplus (déficit cumulé) – transfert du fonds d'exploitation	(90 379) \$

NOTE 4 - DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 3 juin 2013.

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier les résultats de 2013-2014 de façon importante par rapport au budget initialement adopté :

	<u>En millions de dollars</u>
Budget initial RR-446	
Surplus de l'exercice du fonds d'exploitation	2,0 \$
Évolution des activités	
Laboratoires	(1,0) \$
Unités de débordement	(0,5) \$
Clinique d'hémato-oncologie	(0,2) \$
Salaires	
Temps supplémentaire (1/2 taux)	(0,5) \$
Avantages sociaux particuliers	
Assurance-salaire	(1,3) \$
Indemnité de fin d'emploi	(0,7) \$
Autres avantages sociaux particuliers	(1,0) \$
Charges sociales	(0,4) \$
Autres dépenses	(1,2) \$
Revenus	
Allocation non récurrente 2013-2014 Agence	2,0 \$
Recouvrements et revenus provenant des usagers	0,8 \$
Résultats AS-471 2013-2014	
Déficit de l'exercice du fonds d'exploitation	(1,2) \$

NOTE 5 – AUTRES CHARGES

	2014	2013
Honoraires professionnels	1 288 781 \$	1 725 388 \$
Publicité et communication	739 983	598 612
Frais de déplacement	1 614 608	1 997 348
Loyer	-	3 619 607
Services achetés	6 727 745	4 843 578
Laboratoires, imagerie médicale et autres fournitures	8 778 629	7 583 610
Fonctionnement des installations et véhicules	4 021 393	2 937 360
Informatique	3 402 342	3 387 217
Services aux usagers	2 898 050	2 355 192
Charges non réparties	2 223 816	4 915 850
Fournitures de bureau	1 745 878	1 545 401
Entretien et réparations	1 949 043	1 627 763
Allocations directes	1 768 026	480 735
Autres activités accessoires	817 776	1 195 009
Autres	1 003 717	1 545 157
Total	38 979 787 \$	40 357 827 \$

NOTE 6 – AUTRES DÉBITEURS

	2014	2013
Contributions des usagers	1 128 660 \$	1 229 303 \$
Gestac (revenus de type commercial)	1 438 396	969 195
Fondations du CSSS Alphonse-Desjardins	624 128	1 079 054
RAMQ (résidents internes)	684 761	715 468
SQI (projet urgence et hyperbare)	512 725	417 887
TPS et TVQ	1 373 209	1 696 435
Avances aux employés	306 190	1 199 013
Autres	1 876 763	2 818 199
Total	7 944 832 \$	10 124 554 \$

NOTE 7 – EMPRUNTS TEMPORAIRES

L'établissement est autorisé par le gouvernement du Québec à effectuer des emprunts temporaires au fonds d'exploitation jusqu'à un maximum de 27 300 000 \$ Les emprunts temporaires tant pour le fonds d'exploitation que pour le fonds d'immobilisations sont garantis par le gouvernement du Québec.

2014

Acceptation bancaire échéant le 7 avril 2014, au taux de base +0.30% 23 000 000 \$

Marge de crédit échéant le 30 juin 2021, au taux préférentiel 1 191 189

Total du fonds d'exploitation **24 191 189 \$**

Billets au pair :

Auprès du Fonds de financement, au taux des acceptations bancaires d'un mois majoré de 0,05% 12 517 773 \$

Auprès de Financement Québec 5 676 862

Billet au pair auprès de la Société québécoise des Infrastructures, au taux des acceptations bancaires d'un mois majoré de 0,05% 1 087 605

Total du fonds d'immobilisations **19 282 240 \$**

Total des emprunts temporaires **43 473 429 \$**

NOTE 8 – AUTRES CRÉDITEURS ET AUTRES CHARGES À PAYER

	2014	2013
Fournisseurs	12 990 950 \$	13 705 026 \$
Salaires courus à payer	11 288 412	11 641 662
Déductions à la sources et charges sociales à payer	4 862 050	5 612 616
Autres	611 766	786 178
Total	29 753 178 \$	31 745 482 \$

NOTE 9 – DETTES À LONG TERME

Date		Série	Taux	Versements		Solde au 31 mars 2014	Solde au 31 mars 2013
Émis	Échéance			Fréquence	Montant		
FONDS DE FINANCEMENT							
03-14	03-21	Billet B-10	2,6820%	Annuel	161 093 \$	1 127 653 \$	- \$
12-13	12-18	Billet B-8	2,3000%	Annuel	1 874 316	45 950 098	-
03-14	12-18	Billet B-9	2,1372%	Annuel	81 992	1 475 854	-
					2 117 401 \$	48 553 605 \$	- \$
FINANCEMENT QUÉBEC							
12-12	12-19	Billet B-5	2,4890%	Annuel	755 018 \$	15 507 006 \$	16 262 024 \$
03-13	06-18	Billet B-7	2,1230%	Annuel	1 045 226	25 085 427	26 130 653
12-12	12-19	Billet B-6	2,4890%	Annuel	80 507	483 040	563 547
05-10	06-15	Billet B-9	3,5340%	Annuel	157 000	314 000	471 000
12-10	06-16	Billet B-10	2,8881%	Annuel	232 734	5 120 144	5 352 878
05-10	06-34	Billet B-19	5,0900%	Annuel	294 028	6 468 626	6 762 654
11-10	06-16	Billet B-20	2,7670%	Annuel	418 935	7 354 580	7 773 515
11-11	12-17	Billet B-1	2,4720%	Annuel	389 563	8 959 946	9 349 509
11-11	12-36	Billet B-2	4,0600%	Annuel	505 828	11 634 044	12 139 872
12-11	12-17	Billet B-3	2,4720%	Annuel	402 943	5 874 513	6 277 456
12-11	12-18	Billet B-4	2,6140%	Annuel	131 089	655 447	786 536
04-06	03-14	Billet B-12	4,5360%	Annuel	81 992	-	1 557 847
04-06	04-13	Billet B-13	4,4790%	Annuel	121 890	-	121 890
10-07	09-13	Billet B-15	4,6120%	Annuel	103 289	-	2 065 782
03-08	12-14	Billet B-16	3,8770%	Annuel	126 494	2 403 380	2 529 873
02-09	06-14	Billet B-17	3,3200%	Annuel	386 005	7 012 903	7 398 909
03-10	12-16	Billet B-18	3,5440%	Annuel	747 804	8 326 177	9 073 981
01-97	01-22	Billet B-1	7,7500%	Annuel	63 712	509 696	573 408
09-07	09-13	Billet B-5	4,7160%	Annuel	48 013	-	960 256
05-08	06-33	Billet B-6	4,8770%	Annuel	75 167	1 503 340	1 578 507
03-09	12-15	Billet B-7	3,8770%	Annuel	215 809	3 496 173	3 711 981
12-09	12-15	Billet B-8	3,0690%	Annuel	652 876	8 406 609	9 059 485
					7 035 922 \$	119 115 051 \$	130 501 563 \$
Total des billets						167 668 656 \$	130 501 563 \$

Hypothèques - Société d'habitation du Québec (SHQ)

Date		Taux	Versements		Solde au 31 mars 2014	Solde au 31 mars 2013
Émis	Échéance		Fréquence	Montant		
FONDS DE FINANCEMENT						
ND	2020	6,8750%	Annuel	17 361 \$	132 846 \$	150 207 \$
ND	2022	7,8750%	Annuel	18 157	208 868	227 025
ND	2021	6,8750%	Annuel	12 962	99 184	112 146
ND	2022	7,8750%	Annuel	20 599	236 949	257 548
ND	2022	7,8750%	Annuel	17 938	206 345	224 282
Total SHQ					884 192 \$	971 208 \$

Hypothèques – SCHL

Date		Taux	Versements		Solde au 31 mars 2014	Solde au 31 mars 2013
Émis	Échéance		Fréquence	Montant		
FONDS DE FINANCEMENT						
07-66	07-16	5,375%	Annuel	14 260 \$	36 378 \$	50 638 \$
08-68	08-18	6,250%	Annuel	12 315	64 456	76 771
Total SCHL					100 834 \$	127 409 \$

Crédit-Bail

Date		Taux	Versements		Solde au 31 mars 2014	Solde au 31 mars 2013
Émis	Échéance		Fréquence	Montant		
FONDS DE FINANCEMENT						
05-09	04-14	7,135%	Annuel	40 711 \$	3 525 \$	44 236 \$
03-09	05-14	8,154%	Annuel	134 109	-	134 109
Total crédit bail					3 525 \$	178 345 \$

Total des dettes à long terme	168 657 207 \$	131 778 525 \$
--------------------------------------	-----------------------	-----------------------

Les versements à effectuer au cours des prochains exercices sont les suivants :

Année	Fonds de financement	Financement Québec	SHQ	Autres Non apparentés	Total
2014-2015	2 117 402 \$	15 584 522 \$	93 689 \$	31 659 \$	17 827 272 \$
2015-2016	2 117 402	16 333 652	100 876	29 784	18 581 714
2016-2017	2 117 402	21 745 036	108 616	20 296	23 991 350
2017-2018	2 117 402	15 407 516	116 953	15 752	17 657 623
2018-2019	39 761 812	22 809 872	125 932	6 867	62 704 483
2019-2024	322 186	27 234 453	338 126	-	27 894 765
					168 657 207\$

NOTE 10 – GESTION DES RISQUES LIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

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

La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque que l'établissement subisse une perte financière si les contreparties font défaut d'exécuter les conditions des contrats. Les principaux risques de crédit pour notre établissement sont liés à l'encaisse et aux débiteurs.

L'établissement a adopté une politique concernant la provision et la radiation des mauvaises créances. Le comité de vérification a fait part de sa préoccupation concernant le recouvrement des comptes reliés à la facturation des usagers.

L'exposition maximale de l'établissement au risque de crédit au 31 mars 2014 est la suivante :

	2014
Encaisse	(838 039) \$
Autres débiteurs ¹	6 571 623 \$
Autres éléments d'actifs	468 391 \$

¹ Comptes à recevoir de non-résidents de 280 083 \$

Le risque de crédit associé aux débiteurs est relié aux usagers des autres pays ayant reçu des soins à l'établissement. L'établissement enregistre des provisions pour tenir compte des pertes de crédit potentielles. Par ailleurs, au cours de l'exercice, l'établissement a radié un montant de 241 859 \$ de comptes à recevoir d'usagers étrangers. Cette décision a été prise suite à une analyse de chacun des comptes à recevoir étrangers.

	2014
Créances déduction faite de la provision pour créances douteuses :	
Contribution des usagers	280 083 \$
Provision pour créances douteuses	241 859 \$

L'établissement doit faire des estimations en ce qui a trait à la provision pour créances douteuses. Le type de clients, l'historique de paiement et les raisons pour lesquelles les comptes sont en souffrance sont tous des éléments considérés dans la détermination du moment auquel les comptes en souffrance doivent faire l'objet d'une provision. Les mêmes facteurs sont pris en considération lorsqu'il s'agit de déterminer s'il y a lieu de radier les montants portés au compte de provision en diminution des créances. Les montants recouverts ultérieurement sur des comptes qui avaient été radiés sont crédités à la provision pour créances douteuses dans la période d'encaissement.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de répondre à ses besoins de trésorerie ou de financer ses obligations liées à ses passifs financiers lorsqu'elles arrivent à échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun à un prix raisonnable.

Le comité de vérification assure le suivi des comptes à recevoir et des comptes à payer pour assurer la gestion de ce risque.

L'établissement gère ce risque en tenant compte des besoins opérationnels et en recourant à ses facilités de crédit. Il établit des prévisions budgétaires et de trésorerie afin de s'assurer qu'il dispose des fonds nécessaires pour satisfaire ses obligations. Le tableau suivant présente l'exposition maximale au risque de liquidité au 31 mars 2014 :

	2014
Créditeurs et charges à payer	24 891 128 \$
Intérêts courus	1 530 634 \$
Autres éléments de passifs	328 432 \$
Passif au titre des avantages sociaux futurs	24 461 817 \$

Le risque relatif aux emprunts temporaires et aux dettes à long terme sont présentés aux notes 7 et 9.

Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison des variations du prix du marché. Le risque de marché comprend trois types de risque: le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix. L'établissement est seulement exposé au risque de taux d'intérêt.

Risque de taux d'intérêt

La volatilité des taux d'intérêt se répercute sur la juste valeur des actifs et des passifs financiers (risque de marché lié au taux d'intérêt - fixe) de même que sur la trésorerie et les équivalents de trésorerie de l'établissement (risque de flux de trésorerie lié au taux d'intérêt – variable).

Tous les emprunts sont autorisés et garantis au préalable par le MSSS et/ou l'agence.

NOTE 11 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

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

NOTE 12 - PASSIF ENVIRONNEMENTAL

L'entité ne détient pas de terrains contaminés ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité. Aucun passif environnemental n'a donc été comptabilisé aux livres.

NOTE 13 – OPÉRATIONS CONCLUES AVEC DES ORGANISMES DE BIENFAISANCES ENREGISTRÉS

Fondation Hôtel-Dieu de Lévis

La Fondation Hôtel-Dieu de Lévis est représentée par un membre au sein du conseil d'administration du CSSS Alphonse-Desjardins.

L'établissement a obtenu des dons de la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis :

- acquisition d'équipements et de travaux d'immobilisations :	2 175 548 \$
- dons divers au fonds d'exploitation :	1 553 750 \$

Le compte à recevoir au 31 mars 2014 s'élève à :

Fonds d'immobilisations :	450 938 \$
Fonds d'exploitation :	38 529 \$
Total	489 467 \$

NOTE 14 – OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

Échéances	Contrats de location-exploitation	Contrats d'approvisionnement de biens et services	Contrat d'acquisition d'immobilisations	Autres contrats	Total
2014-2015	2 810 324 \$	6 785 181 \$	3 525 \$	635 871 \$	10 234 901 \$
2015-2016	2 456 594	3 809 471	-	-	6 266 065
2016-2017	2 212 850	2 439 950	-	-	4 652 800
2017-2018	2 112 992	1 299 257	-	-	3 412 249
2018-2019	1 534 202	192 060	-	-	1 726 262
2019-2024	2 133 045	361 956	-	-	2 495 001
	13 260 007 \$	14 887 875 \$	3 525 \$	635 871 \$	28 787 278 \$

8. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

L'administration d'un établissement public comme le Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins 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 les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de cet établissement adhèrent.

OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et aux 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 les devoirs généraux de l'administrateur et du directeur général. Notamment, il :

- Traite des mesures de prévention, dont les règles relatives à la déclaration des intérêts;
- Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- Traite des devoirs et des obligations des administrateurs après qu'ils aient cessé leurs fonctions;
- Prévoit des mécanismes d'application du Code.

Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et le présent Code. En cas de divergence, les principes et les 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

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

« **Administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu, nommé ou coopté;

« **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;

« **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;

« **Établissement** » désigne le Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins;

« **Membre indépendant** » désigne les administrateurs qui n'ont pas, de manière directe ou indirecte, de relation ou d'intérêt, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de leurs décisions eu égard aux intérêts de l'établissement. Une personne est réputée ne pas être indépendante :

- Si elle est ou a été au cours des trois années précédant la date de son élection, de sa désignation, de sa nomination ou de sa cooptation à l'emploi de l'établissement ou si elle exerce ou y a exercé sa profession;
- Si un membre de sa famille immédiate est le directeur général, un directeur général adjoint ou un cadre supérieur de l'établissement;
- Si elle fournit des biens ou des services à titre onéreux dans l'établissement;
- Si elle est à l'emploi du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'une agence ou de la Régie de l'assurance maladie du Québec, si elle reçoit une rémunération de cette dernière ou si elle est membre du conseil d'administration d'une agence ou de la Régie;
- Si elle est une usagère hébergée dans l'établissement. Aux fins de la présente définition, est un membre de la famille immédiate de cette personne son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;

« Proche » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère ou 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.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

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

Agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.

À cette fin, l'administrateur :

- Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;
- Témoigne d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et aux services sociaux;
- S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés;
- S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
- S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Agit avec soin, prudence, diligence et compétence.

À cette fin, l'administrateur :

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

Neutralité

- 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

- 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;
- Garde confidentiels les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

- 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 sur les services de santé et les services sociaux;
- 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 oriente le citoyen vers le service approprié de l'établissement;
- Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

Agit avec honnêteté et loyauté.

À cette fin, l'administrateur :

- 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;
- Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels que 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

- Évite les conflits de devoirs et d'intérêts;
- Ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une soumission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;
- Sauf pour les membres indépendants, qui ne peuvent avoir aucun intérêt de quelque nature que ce soit en lien avec l'établissement, les autres administrateurs doivent dénoncer par écrit au conseil les intérêts directs ou indirects qu'ils ont dans un sujet ou une entreprise qui pourraient les mettre en conflit entre leur intérêt personnel et celui de l'établissement;
- De plus, ces administrateurs doivent s'abstenir de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet ou l'entreprise 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.);
- Un membre du conseil d'administration élu, nommé ou coopté à titre d'administrateur indépendant doit dénoncer par écrit au conseil toute situation susceptible d'affecter son statut.

Après la fin de son mandat, agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté.

À cette fin, l'administrateur :

- 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;

- 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 parti et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public;
- 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;
- En tout temps, ne fait pas usage de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur;
- Évite de ternir, en tout temps, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y travaillent.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Conflits d'intérêts

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.

Doit, comme directeur général, dans les soixante 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 l'établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les 60 jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les 60 jours de l'anniversaire de sa nomination.

Doit, comme directeur général, dans les 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.

Exclusivité de fonctions

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, dans un des contextes permis par la Loi, il doit produire, dans les 60 jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les 60 jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

Honnêteté et loyauté

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.

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

Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement ou agissant au nom ou au bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des 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 du directeur général à prendre des décisions justes et objectives.

Ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire, à l'exception du salaire et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

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

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 une décision à prendre.

Neutralité

S'abstient de manœuvrer pour favoriser ses enfants, des amis ou des proches.

S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

MÉCANISMES D'APPLICATION

Comité de gouvernance et d'éthique

Le Comité de gouvernance et d'éthique veille à l'application du présent Code.

Les dispositions relatives à ce comité se retrouvent au Règlement sur le comité de gouvernance et d'éthique du CSSSAD.

Introduction d'une demande d'examen

Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du Comité de gouvernance et d'éthique 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 jours suivants.

Le comité peut également examiner, de sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

Examen sommaire

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article 5.3, 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

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.

L'administrateur qui est informé qu'une enquête est en cours à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne, si elle lui est connue, qui a demandé la tenue de l'enquête.

Information de l'administrateur concerné

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 sur les services de santé et les services sociaux du Québec

ou du Code. À sa demande, et à l'intérieur d'un délai raisonnable ne dépassant pas trente jours, 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 aux manquements reprochés.

Transmission du rapport au Conseil

Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec 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

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, en étant seul ou accompagné d'un avocat, selon son désir. La décision est finale et sans appel.

Sanctions

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;
- la déchéance de charge (destitution);
- l'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

Immunité

Les personnes et les autorités qui, en application de la présente section, sont chargées de faire l'examen ou de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées, ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

ENGAGEMENTS

Dans les 60 jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement relatif au Code d'éthique, ainsi que la déclaration des intérêts inclus au présent Code.

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

PUBLICITÉ DU CODE

L'établissement doit rendre disponible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande.

L'établissement doit publier dans son rapport annuel l'information relative à l'existence du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration et à la façon de l'obtenir ou de le consulter.

Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;

- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

COMMENTAIRES

Aucun cas n'a été traité pour quelque manquement que ce soit et aucune personne n'a été révoquée, suspendue ou déchue de charge.