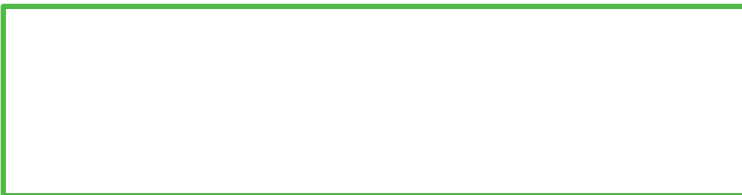




Jeffery Hale
Saint Brigid's

Rapport annuel de gestion **2014-2015**



Rapport annuel de gestion 2014-2015

| Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's

Adoption par le conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale le _____ 2015.

Note au lecteur :

Le genre masculin est utilisé afin d'alléger le texte.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

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

Production :

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

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



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

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



Message des autorités

Ce rapport témoigne des nombreuses réalisations novatrices au Jeffery Hale – Saint Brigid's, de l'engagement de son personnel et de sa vitalité au sein de la communauté d'expression anglaise de la région de la Capitale-Nationale.

Depuis près de 150 ans, la communauté anglophone participe activement à bâtir un établissement hautement performant au service de la collectivité et à consolider ses services dans le réseau de la santé et des services sociaux.

L'annonce de la réforme en santé et services sociaux par le ministre à l'automne 2014, marque le début de grands changements. Les représentations de la communauté anglophone de la région ont permis de préserver la mission spécifique de l'établissement envers la population anglophone. L'établissement est dorénavant regroupé avec le nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et sous sa gouverne tout en étant représenté auprès des instances de ce dernier.

L'établissement consolide toutes ses actions pour assurer des soins et des services de qualité, sécuritaires et empreints de compassion à sa clientèle. Il déploie des efforts constants pour maintenir le niveau d'excellence que lui a reconnu par Agrément Canada, en 2013, en lui décernant la plus haute distinction de qualité possible, la mention d'honneur. Plusieurs projets visant l'amélioration des services et des lieux, notamment au regard des soins palliatifs et de la gériatrie communautaire, sont déjà sur la bonne voie et auront des impacts positifs importants.

Le Jeffery Hale – Saint Brigid's a également entrepris de nouvelles initiatives de collaboration et de réseautage au profit de la population minoritaire d'expression anglaise. Celles-ci feront en sorte de maintenir l'engagement de notre établissement à la fois comme acteur clé dans le réseau de la santé et comme chef de file dans le développement de services de santé et de services sociaux aux personnes d'expression anglaise.

Enfin, nous remercions sincèrement tous les acteurs du succès du Jeffery Hale – Saint Brigid's. Leur dévouement envers la clientèle et ses besoins combiné à leur créativité contribuent à maintenir la qualité de ses services qui font sa renommée.

Michel Delamarre
Président-directeur général
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Québec, juin 2015

Table des matières

Message des autorités	3
Déclaration de fiabilité des données	7
Partie 1 – Présentation de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	9
<i>1.1 Notre histoire, garante de notre avenir</i>	9
<i>1.2 Notre mission, ancrée dans les services de première ligne bilingues</i>	9
<i>1.3 Portrait de nos clientèles desservies</i>	12
<i>1.4 Notre engagement et nos valeurs</i>	13
<i>1.5 Le plan d'organisation</i>	13
Partie 2 – Faits saillants et bilan de l'année	17
<i>2.1 Faits saillants de l'année</i>	17
<i>2.2 Notre vision stratégique</i>	17
<i>2.3 Actions prioritaires</i>	17
<i>2.4 Bilan des objectifs et perspectives au 31 mars 2015</i>	18
<i>2.5 Bilan des indicateurs de l'entente de gestion au 31 mars 2015</i>	32
<i>2.6 Quali-cycle : Amélioration continue de la qualité (agrément)</i>	39
<i>2.7 Qualité et sécurité des soins et services</i>	40
<i>2.8 Rapport du commissaire aux plaintes et du médecin examinateur</i>	45
<i>2.9 Promotion des droits des usagers</i>	47
Partie 3 - Activités de l'établissement	49
<i>3.1 Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées</i>	49
<i>3.2 Direction des services généraux et communautaires</i>	54
<i>3.3 Direction des services professionnels</i>	59
<i>3.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité</i>	63
<i>3.5 Direction des ressources humaines</i>	65
<i>3.6 Direction des ressources financières, techniques et informationnelles</i>	67
<i>3.7 Service des communications</i>	70
Partie 4 – Conseils et comités de l'établissement	71
<i>4.1 Membres du conseil d'administration, de ses comités et autres instances</i>	71
<i>4.2 Conseils et comités institués en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux et les faits saillants</i> ..	72
4.2.1 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	72
4.2.1.1 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique	73
4.2.1.2 Comité de pharmacologie	74
4.2.2 Conseil des infirmières et infirmiers et infirmières et infirmiers auxiliaires (CII-CIIA)	75
4.2.3 Conseil multidisciplinaire	75
4.2.4 Comité des usagers	76
4.2.5 Comité de vigilance et de la qualité	77
4.2.6 Comité de gestion des risques et de la qualité	79
4.2.7 Comité de révision	80
4.2.8 Comité d'éthique clinique	80

Partie 5 - L'établissement en lien avec la communauté	83
<i>5.1 La contribution des bénévoles : le généreux don de soi.....</i>	<i>83</i>
<i>5.2 La contribution des fondations.....</i>	<i>84</i>
<i>5.3 La contribution de Saint Brigid's Guild.....</i>	<i>84</i>
<i>5.4 Les Partenaires communautaires Jeffery Hale.....</i>	<i>84</i>
Partie 6 - Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs.....	87
Partie 7 – États financiers	99
<i>7.1 Rapport de la direction (AS-471).....</i>	<i>99</i>
<i>7.2 États financiers résumés de l'auditeur indépendant au 31 mars 2015.....</i>	<i>101</i>
Annexes – Extraits du rapport financier annuel AS-471	131
<i>État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant.....</i>	<i>131</i>
<i>État des résultats (activités principales, accessoires et immobilières).....</i>	<i>133</i>
<i>État des surplus (déficits) cumulés.....</i>	<i>134</i>
<i>État de la situation financière.....</i>	<i>135</i>
<i>État de la variation des actifs financiers nets (dette nette).....</i>	<i>136</i>
<i>État des flux de trésorerie.....</i>	<i>137</i>
<i>Fonds d'exploitation – États des résultats.....</i>	<i>140</i>
Addenda.....	143
<i>Gestion et contrôle des effectifs.....</i>	<i>143</i>
<i>Contrats de services.....</i>	<i>143</i>

Déclaration de fiabilité des données

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion (ou rapport annuel d'activité) ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Le président-directeur général du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale,

Michel Delamarre
Québec, juin 2015

Partie 1

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

1.1 Notre histoire garante de notre avenir

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

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

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

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

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

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

Énoncé de mission

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

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

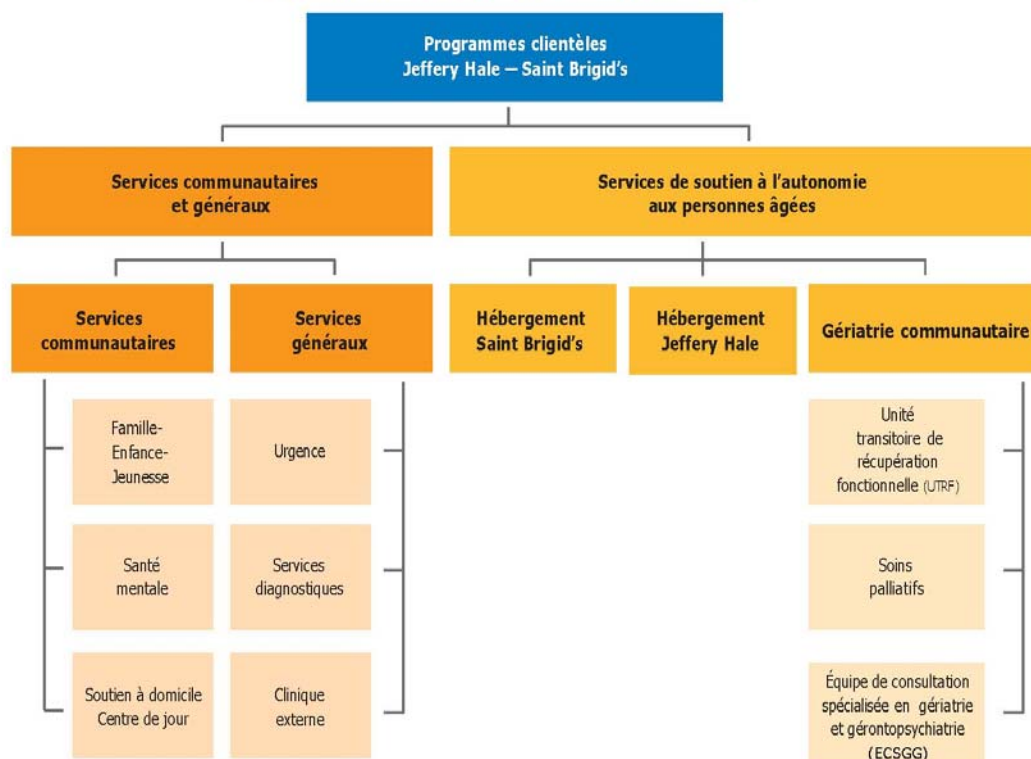
Offre de service actuelle

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

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

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

Organigramme des programmes clientèles



Deux rôles, deux langues de service

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

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

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

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

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

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

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

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

Notre rôle en regard de la population anglophone

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

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

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

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

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

De plus, il est maintenant reconnu, notamment par l'Institut national de santé publique, que la langue peut être considérée comme déterminant de la santé et que la population anglophone démontre

certain facteurs de risque ou de vulnérabilité qui lui sont propres. C'est pour ces raisons que la possibilité d'établir une offre de service différenciée pour sa population d'expression anglaise, en confiant à notre établissement un rôle central dans l'organisation de l'accès aux services en langue anglaise, a été retenue par la région de la Capitale-Nationale.

1.3 Portrait de nos clientèles desservies

La population d'expression anglaise

Dans la région de la Capitale-Nationale, la population d'expression anglaise (Selon les données de l'enquête nationale sur les ménages (ENM), basées sur la première langue officielle parlée (PLOP) du dernier recensement de Statistique Canada, 2011 et CHSSN, 2014) :

- totalise 13 340 personnes et représente un peu moins de 2 % de la population totale;
- est relativement stable depuis les dix dernières années, même si elle a connu des périodes de diminution quelques années avant;
- est localisée principalement sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale (58,4 %), et sur le territoire du CSSS de Québec-Nord (36,9 %), principalement dans les municipalités de Valcartier et Shannon;
- comprend environ 16 % de personnes migrantes, c'est-à-dire ayant été résident d'une autre municipalité cinq ans plus tôt et 4,4 % d'immigrants dont la PLOP est l'anglais;
- est actuellement plus vieille que celle de l'ensemble de la région. (CIM, 2015) et appelée, dès 2016, à une hausse importante du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus;
- est 16,1 % plus susceptible de vivre sous le seuil de faible revenu que les francophones de la région (CHSSN, 2014);
- est plus scolarisée, 35,1 % possède un certificat ou d'un diplôme d'études universitaires;
- présente un taux de chômage de 6,5 % comparativement à 4,9 % pour la majorité;
- estime à plus de 1 700 le nombre de personnes âgées qui sont atteintes d'au moins une maladie chronique de la région (CIM, 2015).

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

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

La population générale desservie

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

1.4 Notre engagement et nos valeurs

Notre engagement

Qualité, sécurité, compassion

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

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

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

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

Nos valeurs

Respect, discrétion, professionnalisme, empathie, courtoisie, équité

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

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

1.5 Le plan d'organisation

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

Directions des programmes clientèles

- Direction des services généraux et communautaires (DSGC)
- Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA)
(responsabilité assumée par la Direction générale adjointe)

Directions de soutien clinique

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

Directions de soutien administratif et technique

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

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Directions des programmes clientèles

Direction des services généraux et communautaires (DSGC)

Madame Brigitte Paquette, directrice des services généraux et communautaires, assume, en collaboration avec la chef des services généraux, madame Louise Lagacé, et le chef des services communautaires de langue anglaise, monsieur Jean-Marc Tanguay, la responsabilité de la Direction des services généraux et communautaires et de ses deux programmes clientèles, tous deux offerts au site Jeffery Hale, soit :

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

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

En collaboration avec la conseillère cadre en milieu de vie, madame Lucie Desmeules, le chef de l'hébergement et de la gériatrie communautaire Jeffery Hale, monsieur Stéphane Marcoux, la chef de l'hébergement Saint Brigid's, madame Marie Robitaille, et des chefs d'unité, mesdames Nathalie Martel et Marie Dion, au Jeffery Hale, et madame Marie-Ève Beaudoin, à Saint Brigid's, monsieur Mario Soucy, directeur général adjoint, assume la responsabilité de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées et de ses trois programmes clientèles :

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

Directions de soutien clinique

Direction des services professionnels (DSP)

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

- les services médicaux;
- la pharmacie;
- la prévention des infections.

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

Direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ)

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

Directions de soutien administratif et technique

Direction des ressources humaines (DRH)

La Direction des ressources humaines, sous la responsabilité de la directrice, madame Ann Martell, en collaboration avec la chef de service, madame Marie-Christine Collet, apporte directement un soutien aux gestionnaires et aux équipes.

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

Direction des ressources financières, techniques et informationnelles (DRFTI)

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

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPOS)

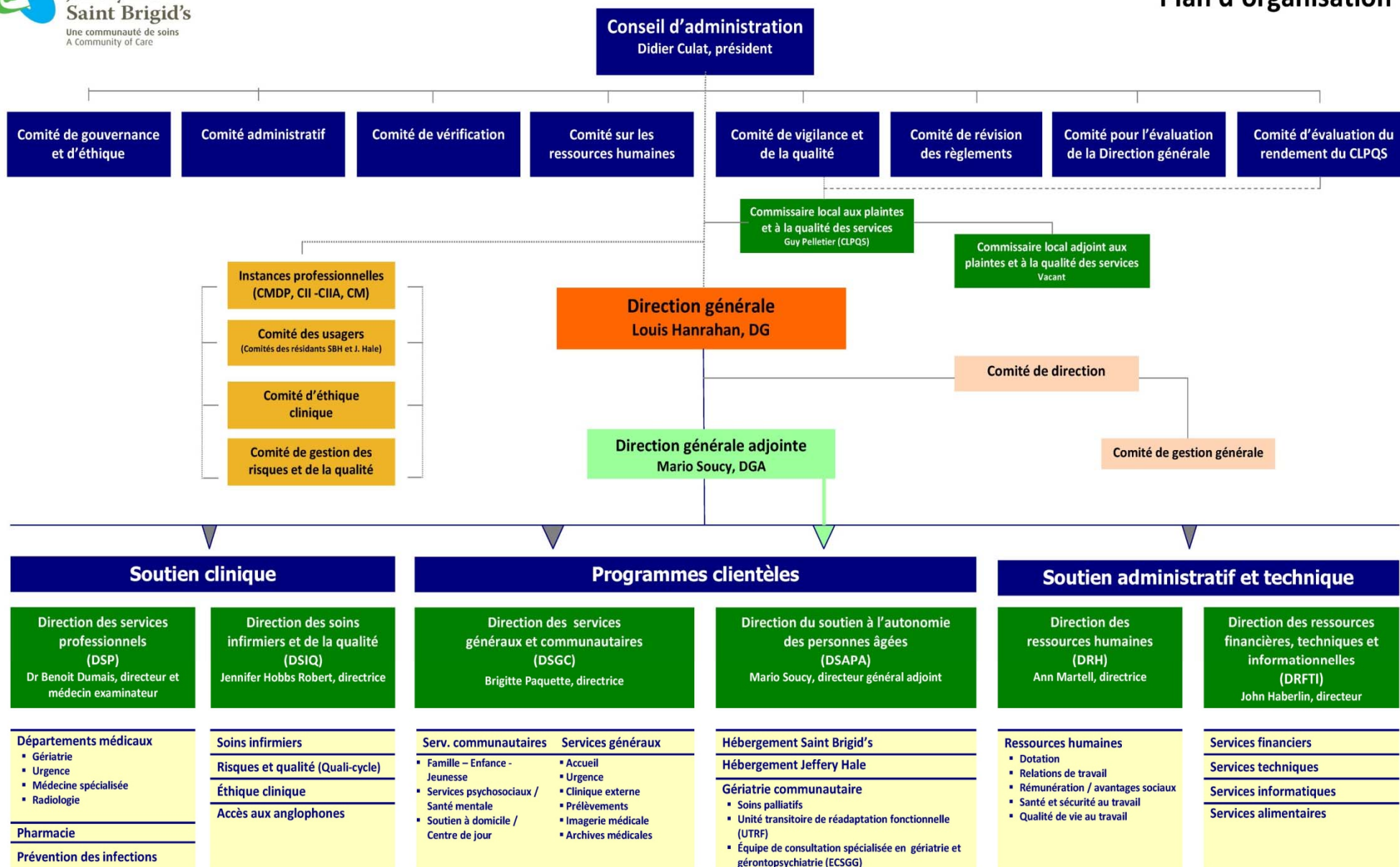
Monsieur Guy Pelletier assume la responsabilité de la gestion des plaintes au regard de la qualité de nos services. Il est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

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

Notre équipe de gestion dynamique



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



Mise à jour : 31 mars 2014

Partie 2

Faits saillants et bilan de l'année

2.1 Faits saillants de l'année

Le projet de loi 10 a sans contredit eu un impact sur les projets en cours dans l'établissement. L'annonce des départs de personnel d'encadrement et l'incertitude quant à l'avenir de l'établissement ont eu comme effet de ralentir certains projets pour l'avenir au profit d'autres objectifs devenus plus pressants. La consolidation de certains acquis notamment au regard de l'amélioration continue et de la gestion des ressources humaines ont tout de même eu des effets positifs non négligeables, citons en exemple la baisse importante du taux d'absentéisme.

Certaines initiatives de l'année ont visé la mise en place des assises requises pour assurer la pérennité des services à la population anglophone. Nous avons notamment adopté une politique sur la langue de service. De même, nous avons révisé notre code d'éthique, lequel inclut des dispositions pour renforcer la responsabilité du personnel de respecter la langue de choix des usagers.

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

Il importe finalement de souligner la bonne performance financière de notre établissement malgré nos contraintes budgétaires très importantes. Outre la baisse remarquable des coûts de l'absentéisme, les efforts constants dans tous les secteurs pour assurer l'efficacité des processus sont à l'honneur de tous !

2.2 Notre vision stratégique

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

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

2.3 Nos priorités d'action

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

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

2.4 Bilan des objectifs et perspectives au 31 mars 2015

L'établissement a posé un ensemble de gestes visant l'atteinte de chacune de ses priorités stratégiques. Des responsabilités ont été assignées et des échéances fixées tout en sachant que ni l'établissement ni les secteurs visés ne contrôlent l'ensemble des conditions de réussite.

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

Action 1.1 Consolider une culture d'amélioration continue

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Élaborer et diffuser un programme-cadre entourant l'activité bénévole au Jeffery Hale - Saint Brigid's en collaboration avec les partenaires communautaires (Communauté de soins Jeffery Hale).	<p>Un inventaire des opportunités de bénévolat a été complété, et l'évaluation des risques par opportunité de bénévolat est faite.</p> <p>Le projet prévoit continuer de développer le bénévolat dans le cadre d'un projet conjoint avec les partenaires communautaires.</p>
Soutenir le rôle d'animation de processus d'amélioration pour les chefs d'équipe.	<p>Nous avons déployé la formation aux cadres en mars 2015 et identifié les besoins de formation spécifique pour les chefs d'équipe.</p> <p>La formation est en préparation et sera déployée aux chefs d'équipe à la mi-avril 2015.</p>
Développer un mécanisme de suivi et assurer l'avancement continu et cohérent du plan détaillé d'amélioration de la qualité et du suivi des recommandations d'Agrément Canada.	<p>La diffusion des nouvelles normes 2014 est faite, et la prise en charge par les différents programmes est partiellement consolidée. Le processus d'audits lié aux critères élevés et aux pratiques organisationnelles requises est en cours.</p> <p>La visite d'agrément est prévue pour mars 2017. La DSIQ recommande à l'organisation de réaliser les recommandations formulées par Agrément Canada dans son rapport 2013. En outre, il est fortement recommandé de suivre les mises à jour publiées par Agrément Canada concernant les pratiques organisationnelles requises et les amendements aux normes. Les équipes sont sensibilisées aux processus d'accréditation et sont autonomes pour procéder à leurs obligations respectives.</p>
Développer de nouveaux indicateurs de qualité en s'inspirant des normes nationales et pancanadiennes de soins et santé dans chacun des secteurs.	<p>La procédure de réorientation (incluant les signes vitaux) est en application.</p> <p>Le développement d'un tableau de bord pour les services généraux et communautaires est à prévoir.</p>
Développer un mécanisme de suivi du plan détaillé d'amélioration de la qualité en préparation à la prochaine visite d'Agrément Canada.	<p>Le mécanisme de suivi pour s'approprier les nouvelles normes et actualiser les recommandations de la DSIQ est en cours.</p> <p>Le plan d'action sera déployé relativement aux recommandations du Conseil Canadien.</p>

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

Action 1.1 Consolider une culture d'amélioration continue

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Développer un processus d'évaluation continue des clientèles hébergées à l'aide de l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC).	<p>Nous avons identifié des évaluateurs et déployé la formation. Nous avons réévalué tous les résidents hébergés dans nos deux installations et avons mis en place un processus de réévaluation continue selon le profil évolutif des résidents.</p> <p>Déployer notre processus d'évaluation continue selon le profil évolutif de nos résidents et le SMAF psychosocial selon les échéanciers établis par le MSSS.</p>
Miser sur le développement d'une pratique exemplaire en tant qu'établissement adapté linguistiquement et culturellement.	<p>Une politique sur la langue de service est développée.</p> <p>L'établissement participe à des travaux provinciaux et pancanadiens en vue du développement de normes et d'outils d'accessibilité visant le développement de pratiques exemplaires.</p>
Améliorer la planification et la gestion de projets en développant un modèle de «bureau» de projets adapté à notre contexte.	<p>L'expertise de gestion proactive de projets se développe avec les opportunités qui se présentent régulièrement.</p> <p>L'établissement n'a pas les ressources requises pour créer un bureau de projet dans le contexte actuel.</p>
Assurer la continuité dans les efforts d'amélioration en composant avec le départ à la retraite de hauts dirigeants de l'organisation.	<p>Un travail préliminaire a été réalisé, mais le projet de loi 10 a imposé un nouveau regard sur l'approche à adopter à cet égard.</p>
Adopter une stratégie de gestion de la documentation clinique.	<p>Un inventaire est amorcé et intégré dans un outil de suivi.</p> <p>Les composantes de l'outil de suivi sont à bonifier pour répondre à l'ensemble des besoins de l'établissement.</p>

Action 1.2 Adopter une stratégie globale de gestion des risques

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Réaliser une cartographie (registre) des risques selon les catégories de risques établies dans la Politique de gestion intégrée des risques.	<p>En raison du départ de la conseillère en gestion des risques en congé de maternité, cet objectif est reporté à l'année suivante. La DRFTI et la DSIQ partagent les efforts dans le cadre du comité de gestion des risques. Un certain avancement est noté dans des secteurs non cliniques tels les services informatiques et alimentaires.</p> <p>En attendant la réorganisation régionale de ce secteur, les responsables locaux s'engagent à poursuivre les travaux du comité de gestion des risques.</p>

Action 1.2 Adopter une stratégie globale de gestion des risques

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Développer une stratégie de gestion des risques adaptée aux services et aux activités de soutien. Instaurer une stratégie de collaboration ainsi qu'un processus de communication efficace avec la gestion des risques reliés aux soins.	<p>Cet objectif est bien qu'amorcé et reconduit à l'année suivante en raison du départ de la conseillère en gestion des risques en congé de maternité.</p> <p>Les efforts d'amélioration continue de la qualité ainsi que la gestion des risques doivent être maintenus au sein de notre organisation.</p>
Assurer la révision du plan de sécurité civile.	<p>La révision de notre documentation de référence du plan de sécurité civile est en cours.</p> <p>Lors de rencontres récentes régionales, il a été convenu que ce dossier sera révisé dans le contexte du nouveau CIUSSS de la Capitale-Nationale.</p>
Continuer à approfondir et consolider un cadre conceptuel en gestion intégrée des risques.	<p>La représentativité des secteurs de risque non cliniques au Comité de gestion des risques et de la qualité (CGRQ) par le DRFTI assiste à l'avancement de cet objectif. Le comité de travail (RF et RH) sur les risques financiers liés au service de paie et sur le respect des dispositions de la Loi sur les contrats des organismes publics (LCOP) est formé.</p> <p>L'adoption de la Loi 10 rend caduc cet objectif.</p>
Redéfinir et consolider les rôles et les responsabilités des représentants de risques au comité de gestion des risques et de la qualité.	<p>L'implantation d'une approche de gestion intégrée des risques progresse lentement. La présence de la DRFTI, représentant les risques non cliniques au CGRQ, a servi à faire avancer cet objectif.</p> <p>L'adoption de la Loi 10 rend caduc cet objectif.</p>

Action 1.3 Rehausser la pratique infirmière

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Assurer que les infirmières soient en mesure d'effectuer l'examen clinique de l'aîné, de l'adulte ou de l'enfant, selon le secteur d'activité dans lequel elles œuvrent.	<p>La démarche est en cours, et une première cohorte d'infirmières ont assisté à la formation au CHUL.</p> <p>Cet objectif sera réalisé au printemps 2015.</p>
Assurer que les infirmières utilisent le plan thérapeutique infirmier (PTI) informatisé pour toute clientèle ayant un problème qui nécessite un suivi clinique et qu'elles en fassent la mise à jour lorsque requis.	<p>Le PTI informatisé n'est pas disponible à ce jour, et l'implantation n'a pu être mise de l'avant par manque de ressources (humaines et financières). Par contre, le PTI écrit est encore utilisé. Une réflexion sur les moyens d'atteindre cet objectif est en cours.</p> <p>Nous recommandons le maintien de cet objectif par la direction concernée du CIUSSS.</p>
Assurer que les infirmières et infirmières auxiliaires consignent au dossier des notes d'évolution qui respectent les normes de rédaction.	<p>Hébergement : La formation n'est pas réalisée. D'autres formations ont été privilégiées (traitement des plaies, glucomètre, SCPD). La formation Clinibase est à planifier en 2015 avec la reprise des travaux reliés au programme de soins palliatifs et de fin de</p>

Action 1.3 Rehausser la pratique infirmière

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
	<p>vie, dans le Comité des pratiques professionnelles en soins infirmiers.</p> <p>Les efforts seront maintenus.</p>
Revoir les profils de compétence en soins infirmiers en priorisant les postes d'infirmières-chefs d'équipe.	<p>L'Agence a transmis le programme de préceptorat au MSSS le 26 septembre 2014, dont nous sommes en attente de l'analyse.</p> <p>Il est souhaité que le programme soit maintenu par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.</p>

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Réviser le processus pour mieux impliquer les équipes terrain dans les suivis d'événements indésirables dans chacun des secteurs.	<p>L'implantation du nouveau rapport d'incident-accident du ministère de la Santé et des Services sociaux est faite. En raison des modifications de la structure administrative dans le secteur de l'hébergement, la phase 2 demeure en attente.</p> <p>Les efforts seront maintenus.</p>

Action 1.5 Élargir la portée de l'approche attentionnée

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Adopter un plan d'action pour assurer l'adhésion de tous à l'amélioration de la compassion dans les soins en tenant compte de l'initiative approche attentionnée.	<p>Un document décrivant les fondements de l'approche est disponible pour avancer les réflexions et intégré au plan d'amélioration continue.</p> <p>Les efforts seront maintenus.</p>
Optimiser le potentiel de l'affichage d'information et la signalisation destinée aux intervenants, aux usagers et à la population pour améliorer la communication avec la clientèle selon une approche attentionnée.	<p>La politique d'affichage est finalisée et diffusée. Les opportunités de développement du potentiel des télévisions en circuit fermé ont évolué. Une démarche de partenariat avec la Direction de la santé publique est en cours. Certains principes ont été développés relativement aux commandites.</p> <p>Les efforts seront maintenus.</p>
Développer et intégrer une approche de suivi systématique de la satisfaction des usagers dans tous les secteurs de l'établissement.	<p>Un comité consultatif est constitué, mais non activé.</p> <p>Les efforts seront maintenus.</p>
Réviser le code d'éthique de l'établissement.	<p>Le comité a terminé le document de consultation, et le code d'éthique révisé est adopté.</p> <p>Un document de diffusion est en préparation.</p>

Action 1.5 Élargir la portée de l'approche attentionnée

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Formaliser le processus actuel d'accueil en préadmission, admission et post-admission à travers un programme-cadre.	<p>La cartographie du processus a été réalisée en avril 2014. La rédaction du programme-cadre est en cours. Il sera finalisé dans une perspective d'harmonisation à la politique régionale d'accès à l'hébergement public.</p> <p>Déployer notre programme-cadre et la nouvelle politique régionale d'accès à l'hébergement public.</p>

Action 1.6 Avoir un comportement éthique responsable

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Créer un forum de discussion et un groupe tactique pour statuer sur le contenu du projet de loi 52 intitulé « <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> » déposée à l'Assemblée nationale le 12 juin 2013.	<p>Les médecins ont débuté une réflexion.</p> <p>Les documents-cadres comme le programme de soins palliatifs tiennent compte de ce nouvel environnement juridique.</p> <p>Les efforts seront maintenus.</p>
Développer un plan d'action en développement durable conformément aux orientations ministérielles.	<p>Dans le contexte actuel, l'établissement n'a pas jugé opportun de développer un plan d'action formel considérant la réforme (Loi 10). L'établissement met à jour l'information sur ce dossier au portail du MSSS. Nous continuons de participer à un groupe de travail avec la ville de Québec sur le développement durable.</p> <p>Nous suivrons les orientations venant du CIUSSS nouvellement créé.</p>
Consolider notre processus de réflexion éthique et promouvoir la visibilité du comité d'éthique clinique.	<p>Le comité est consolidé. La réflexion éthique fait partie du vocabulaire de notre organisation.</p>

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

Action 2.1 Offrir un milieu de vie chaleureux comme chez soi

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Développer une aire de vie extérieure adaptée et conviviale pour nos clientèles au Jeffery Hale.	<p>Le comité de travail a soumis ses recommandations. Un professionnel a été embauché pour préparer les plans et devis. L'Agence nous a octroyé un budget de 150 000 \$ pour actualiser ce projet bonifié par une subvention de 100 000 \$ de la Fondation Jeffery Hale.</p> <p>Réalisation des plans et des travaux au printemps / été 2015. L'aire extérieure conviviale devrait être disponible à la clientèle au début de la période estivale.</p>
Optimiser l'utilisation des aires communes et salons communautaires au Jeffery Hale.	<p>L'offre de service est révisée, et le déploiement d'un nouveau modèle d'organisation de services de loisirs est en cours. Celui-ci tient notamment compte d'une meilleure utilisation des aires de vie communautaires.</p> <p>Les efforts seront maintenus.</p>

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Développer un plan fonctionnel et technique (PFT) pour l'espace Coin soleil au Jeffery Hale.	<p>Le PFT n'a pas été actualisé en raison de la complexité des travaux requis à l'Institut privé d'ophtalmologie de Québec dans les espaces connexes.</p> <p>La préparation des travaux à la salle Coin soleil reprendra après l'exercice de révision des besoins d'espaces de l'institut privé d'ophtalmologie de Québec.</p>
Réaménager la salle d'activité à Saint Brigid's. (Espace cuisine).	<p>Les plans et devis sont en cours et seront terminés d'ici fin mars 2015.</p> <p>Les travaux sont prévus pour mai 2015.</p>

Action 2.3 Animer le milieu de vie en hébergement

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Améliorer l'accessibilité, la diversité et la quantité d'activités de loisirs en y associant tous les intervenants en réalisant un étalement des activités sur toute la semaine, incluant le soir et la fin de semaine pour tout type de clientèle.	<p>L'offre de service est révisée, et le déploiement d'un nouveau modèle d'organisation des services d'activités dirigées est en cours dans les unités.</p> <p>Poursuivre le déploiement.</p>

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

Action 3.1 Retenir notre personnel

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Réduire l'absentéisme ponctuel de 15 %.	<p>Les résultats atteints selon certains indicateurs sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurance salaire : de 6,19 % → 4,99 % = une baisse de 19,5 %. ▪ CSST : de 1,48 % → 0,96 % = une baisse de 35 %. <p>Un raffinement des indicateurs est nécessaire pour mieux capter le progrès. Efforts à maintenir.</p>
Réaliser un projet pour consolider nos pratiques d'accueil, d'orientation et d'intégration pour les intervenants (personnel, stagiaires, bénévoles, médecins et pharmaciens).	<p>L'évaluation du projet d'organisation du travail 1 (POT 1) a été retardée en raison de la pénurie de PAB et leur manque de disponibilité pour participer à la dernière étape du projet.</p> <p>Des ressources seront requises pour continuer d'offrir cette formation à nos employés.</p>
Réaliser le processus de titularisation pour le titre d'emploi de préposés aux bénéficiaires.	<p>Le processus sera soumis à une instance du nouveau CIUSSS.</p> <p>Le processus a repris en décembre 2014, mais il y a une crainte qu'un rehaussement des postes diminuera les heures disponibles pour compléter les 7/14.</p>
Déployer des processus de gestion et de communication auprès des préposés aux bénéficiaires qui assurent la valorisation du rôle de préposés aux bénéficiaires comme acteurs engagés au sein de l'équipe clinique.	<p>La participation au projet Alternance travail études (ATE) de l'Université Laval pour l'été 2015 a été un succès. Nous avons embauché 10 étudiants de première année au BAC comme préposés aux bénéficiaires.</p> <p>La participation au comité d'étude de l'IUCPQ concernant l'optimisation de l'offre de stages en soins infirmiers est en continu. Un nouveau stage de leadership et de gestion des soins infirmiers sur les unités d'hébergement et à l'UTRF-soins palliatifs est à venir à la fin mars.</p> <p>Attendu l'abolition des postes DSIQ et DRH au 31 mars 2015, cet objectif sera à poursuivre par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.</p>

Action 3.2 Assurer un climat de travail stimulant

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Assurer un milieu de travail qui offre des opportunités de s'engager dans le milieu.	<p>En plus des multiples comités où siègent des membres du personnel, nos projets d'organisation du travail et les projets de réaménagement complet du 3^e étage au Jeffery Hale ont offert des opportunités d'engagement dans le milieu.</p> <p>Les membres des instances seront encouragés à continuer de fonctionner pour réaliser les mandats internes.</p>
Déployer des processus de gestion et de communication auprès des préposés aux bénéficiaires qui assurent la valorisation du rôle de préposés aux bénéficiaires comme acteurs engagés au sein de l'équipe clinique.	<p>Nous avons réalisé plusieurs livrables de ce projet, au cours de l'automne, conformément aux plans développés par les comités de gouvernance. Le déploiement des nouveaux outils et de la formation est en cours et se poursuivra jusqu'au 31 mars 2015.</p> <p>Mettre en place un programme de transfert des connaissances.</p>

Action 3.3 Renforcer les compétences

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Déployer la formation « Gestion des symptômes comportementaux et psychologiques persistants de la démence » auprès de l'ensemble du personnel clinique.	Le programme « Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence – JHSB » a débuté le 15 janvier 2015. Le déploiement de la formation à l'ensemble des équipes cliniques est en cours.
Développer et amorcer le déploiement d'un plan de développement des compétences pour les services généraux et communautaires.	Peu d'avancement a été réalisé. Le document de travail reste à formater et à valider. Le déploiement sera réalisé en cohérence avec le projet de l'Université McGill qui vise à améliorer le continuum bilingue d'accueil, d'orientation et d'intégration en incluant les compétences linguistiques et culturelles.
Structurer et amorcer le déploiement auprès de l'ensemble du personnel clinique des services généraux et communautaires de la formation « OMEGA ».	La certification d'un formateur par l'ASSTASS a été confirmée en décembre 2014. Plus de dix intervenants ont reçu une formation en 2014-2015. Des lignes directrices sont à développer afin d'assurer la pérennité.
Avoir développé et déployé la formation « sécurité » en mode régulier.	La demande pour un projet d'amélioration de la performance visant à parfaire certains aspects de cet objectif a été refusée.
Développer les compétences interculturelles du personnel.	Un partenariat avec la faculté des sciences infirmières a débuté au cours de l'année. Une grande sensibilité à l'offre d'emploi disponible au sein des communautés culturelles a permis d'augmenter notre effectif issu des communautés culturelles. Nos mesures d'accès à l'égalité en emploi sont à jour. Nos mesures préférentielles sont produites selon le calendrier prescrit.

Action 3.4 Reconnaître les succès de notre personnel

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Bonifier notre programme de reconnaissance avec une activité qui offre la possibilité aux pairs de reconnaître les bons coups de leurs collègues.	Des rencontres sont expérimentées dans un secteur de notre établissement et incorporent le partage des bons coups. Les gestionnaires réaliseront la mise en place des rencontres informelles sur ce thème.
Maintenir à jour le processus d'appréciation de la contribution pour l'ensemble de notre personnel dans le respect de la politique.	Des progrès importants se font, mais davantage dans les secteurs qui n'ont pas des volumes importants de personnel. Le secteur du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) met un effort important à consolider des outils simplifiés qui permettront de réaliser l'objectif en 2015. Effort important à maintenir.
Avoir révisé notre plan de gestion des talents.	Nous avons dressé le portrait du personnel ayant pu bénéficier de notre programme informel de gestion des talents. Une adaptation réaliste d'un plan de gestion des talents qui colle à notre réalité est requise.

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Mener à bien les projets conjoints d'organisation de travail avec nos partenaires syndicaux.	La CSN est directement impliquée dans les projets d'amélioration des conditions d'exercice des préposés aux bénéficiaires qui sont en cours. Efforts à maintenir compte tenu des exigences particulières du milieu.
Impliquer les représentants syndicaux tôt dans les phases de planification des projets impliquant des changements touchant le personnel.	Nous avons organisé une rencontre proactive avec les syndicats pour discuter des enjeux liés au projet de loi 10.

Action 3.6 Encourager les saines habitudes de vie

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Offrir aux intervenants le soutien et des opportunités qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie.	<p>Nous avons obtenu la certification Entreprise en santé en décembre 2014. Le comité de santé et mieux-être poursuit ses activités en conformité avec le plan d'action établi.</p> <p>Le comité santé et mieux-être poursuit les objectifs du plan d'action et prépare le prochain audit en novembre 2015.</p>
Assurer que des programmes de santé et mieux-être contribuent à une qualité de vie en milieu de travail.	<p>Le comité de santé et mieux-être poursuit ses activités en conformité avec le plan d'action établi.</p> <p>La DRH propose quelques activités supplémentaires au programme Entreprise en santé qui vise à augmenter la qualité de vie au travail.</p>
Statuer sur la pertinence de créer une nouvelle fonction « promotion de la santé ».	<p>Le financement pour ce nouveau poste est non disponible, mais le mouvement du personnel au sein de la Direction des ressources humaines permet d'assumer certaines responsabilités prévues dans ce projet.</p> <p>En attente d'orientations du CIUSSS, créer ou améliorer les activités en promotion de la santé dans les limites du budget actuel.</p>

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

Action 4.1 Accompagner les personnes en fin de vie

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Réviser les éléments structurants de notre programme-cadre de soins de fin de vie.	<p>Suite au bilan des travaux réalisés en décembre, le redémarrage a établi les priorités d'actions d'ici juin 2015. Les travaux se poursuivent dans les comités pour la réalisation des livrables d'ici juin 2015.</p> <p>Planification d'une activité d'appropriation de la Loi 2.</p> <p>Déploiement des livrables comme prévu à la planification initiale et mise en œuvre des modalités de la loi concernant les soins de fin de vie.</p>
Entreprendre le réaménagement des lieux physiques de l'unité de soins palliatifs et à l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF).	<p>Les travaux ont débuté en février 2015. La clientèle hébergée au 2^e étage du Jeffery Hale est déménagée à Saint Brigid's à la fin novembre. La clientèle du 3^e étage du Jeffery Hale a été délocalisée au 2^e étage en janvier 2015.</p> <p>Les travaux se poursuivront, et les installations nouvellement rénovées seront accessibles à la clientèle à la fin de 2015.</p>

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

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Assurer le développement de pratiques optimales en situation d'urgence, incluant les pratiques <i>Advanced Cardiac Life Support (ACLS)</i> .	<p>Une première cohorte d'infirmières d'urgence a été formée en ACLS.</p> <p>Un comité de travail interdisciplinaire (pharmacien, infirmière, médecin) déploie le plan d'action adopté.</p>
Assurer le développement progressif et l'attractivité médicale en cliniques de suivi de l'urgence.	<p>Les cliniques de suivi de l'urgence ont maintenu leur offre de service au cours de l'année. Le développement par l'attractivité médicale se veut plus difficile.</p> <p>Une analyse de la clientèle en santé et sécurité a été réalisée, et des pistes d'action ont été dégagées.</p> <p>Efforts à maintenir.</p>
Augmenter l'achalandage de l'urgence mineure.	La fin des travaux de réfection et le plan de communication du plan de contingence ont augmenté l'achalandage à un niveau optimal.

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Assurer le développement de l'offre de service en imagerie médicale.	<p>Des orientations régionales sont attendues en matière d'organisation des services de première ligne. L'Agence a confirmé le renouvellement de l'équipement et les travaux de réaménagement en imagerie médicale en mars 2015. L'offre de service et de la structure d'organisation du travail du JHSB ont été révisées.</p> <p>Il serait pertinent que le CIUSSS de la Capitale-Nationale se penche sur le rôle des « petits » établissements dans l'offre de service de première ligne dans le cadre de ses discussions sur le partage de services avec les CH non fusionnés.</p>

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Assurer la consolidation des activités des cliniques externes spécialisées.	<p>Les orientations régionales n'ont pas été précisées. La clinique des plaies complexes a cessé ses activités au cours de l'année, au départ du médecin responsable.</p> <p>Il serait pertinent que le CIUSSS de la Capitale-Nationale se penche sur le rôle des « petits » établissements dans l'offre de service de première ligne dans le cadre de ses discussions sur le partage de services avec les CH non fusionnés.</p>

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Assurer l'évaluation de l'opportunité de la prise en charge de la banque régionale d'interprétariat linguistique et culturel.	<p>L'établissement participe activement à l'équipe de projet pour la mise en place d'un service d'interprétariat public.</p> <p>Nous participerons à une démarche régionale de révision des processus pour élaborer un modèle de service d'interprétariat dans la région de la Capitale-Nationale.</p>

Action 5.4 Contribuer davantage à la prévention des maladies chroniques

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Évaluer, selon le potentiel des cliniques externes, les opportunités de mieux contribuer aux programmes pour gérer les malades chroniques en première ligne.	<p>Une gouvernance régionale a été mise en place pour les maladies chroniques, mais aucune orientation claire n'a été convenue.</p> <p>Il serait pertinent que le CIUSSS de la Capitale-Nationale se penche sur le rôle des « petits » établissements dans l'offre de service de première ligne dans le cadre de ses discussions sur le partage de services avec les CH non fusionnés.</p>

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

Action 6.1 Consolider la gamme de services en anglais

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Assurer le développement d'un continuum de soins afin de faciliter l'accès à des services variés et intensifiés de soutien à domicile et à des solutions alternatives à l'hébergement pour la communauté d'expression anglaise.	<p>Une chargée de projet a débuté en janvier afin de définir le modèle et développer un continuum de soins.</p> <p>Ce projet d'adaptation des services de santé et de services sociaux avec un soutien financier fédéral se déroulera au cours des trois prochaines années.</p>
Assurer la consolidation des services en périnatalité pour la population d'expression anglaise.	L'Agence a confirmé le financement du programme SIPPE. Un projet de clinique de proximité infirmière en périnatalité est en développement en collaboration avec la faculté des sciences infirmières. Efforts à maintenir.
Assurer le développement de la clinique jeunesse pour les jeunes fréquentant les établissements anglophones de la région.	L'offre de service aux jeunes a été élargie à la clientèle du <i>St. Lawrence College</i> . Une journée additionnelle de la clinique jeunesse permet de desservir cette clientèle.
Déterminer, avec plus de précisions, les postes requérant des ressources bilingues pour accomplir leur mission auprès de la clientèle d'expression anglaise.	L'intégration de JHSB au CIUSSS de la Capitale-Nationale et les modifications à la Loi au regard des services à la population d'expression anglaise requièrent un effort structurel à relativement court terme.

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

Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Développer un véhicule de communication afin d'assurer la diffusion de messages de promotion et de prévention incluant la gestion des maladies chroniques.	<p>Un projet de groupe d'autogestion des maladies chroniques est en développement en collaboration avec les partenaires de la communauté. Nous avons développé une politique éditoriale.</p> <p>Le rôle du JHSB à cet égard est à consolider dans le contexte de la redistribution des responsabilités de santé publique découlant de la Loi 10.</p>
Développer les balises de l'application du modèle de développement des communautés au Jeffery Hale – Saint Brigid's pour notre clientèle.	<p>Le canevas d'un document précisant les balises de l'application du modèle est commencé.</p> <p>Initiative porteuse à maintenir par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.</p>

Action 6.3 Bâtir un réseau de partenaires efficace



Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Élargir la portée du cadre de collaboration entre le Jeffery Hale – Saint Brigid's et le CSSS de la Vieille-Capitale.	<p>Des rencontres avec la direction du CSSS de la Vieille-Capitale au cours de l'année ont donné lieu à des discussions sur les opportunités de collaboration.</p> <p>La collaboration à venir se définira dans le contexte du nouveau CIUSSS.</p>
Participer activement au plan d'action découlant du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise 2012-2015.	<p>Le Comité régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise adoptera une mise à jour du <i>Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise 2015-2018</i>.</p> <p>Il pourrait être pertinent de confier un rôle de coordination de la réalisation du plan d'action au JHSB.</p>
Appuyer le développement d'un bureau communautaire de bénévolat en collaboration avec les partenaires de la communauté.	<p>Le projet est bien amorcé. Les normes sont connues et les politiques sont en développement. Les opportunités de bénévolat sont connues, et un registre des bénévoles est amorcé. La formation est à développer.</p> <p>Des ententes de collaboration entre les partenaires sont à prévoir pour ce projet innovateur.</p>

Action 6.4 Encourager la participation active de la population anglophone


Résultats visés	Bilan/Perspectives au 31 mars 2015
Consolider la communauté de soins dont nous faisons partie au bénéfice de la population anglophone de la région.	<p>Le comité de gouvernance conjoint a été actif. L'adhésion d'autres membres reste à concrétiser.</p> <p>Ce projet de collaboration est très important pour la population anglophone et représente une valeur ajoutée importante pour le JHSB et le CIUSSS de la Capitale-Nationale.</p>
Collaborer au développement d'un centre communautaire avec services pour la population d'expression anglaise.	<p>Le groupe de travail a amorcé les travaux sur l'offre de service et les besoins. Les responsabilités et les modalités de gestion sont à préciser, de même que le lancement et la promotion.</p> <p>Ce projet de collaboration découlant de la communauté de soins est également très important pour la population anglophone et représente une valeur ajoutée importante pour le JHSB et le CIUSSS de la Capitale-Nationale.</p>

2.5 Bilan des indicateurs de l'entente de gestion 2014-15





Engagements régionaux et actions en suivi du plan stratégique ministériel

Légende :  Non atteinte significative **1** Non atteinte **2** Possibilité non atteinte **3** Atteinte 








Indicateur associés à la planification stratégique ministérielle 2010-2015





Indicateur		Engagement 2014-15	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance					
1.08.05	Nombre de place en SIV dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus (nbre moyen) qui ont reçu des services	5	4		1 Non atteinte
1.08.09	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de SM de première ligne offerts en CSSS	60	87		
Services de soutien à domicile					
1.03.05.01	Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services	1625	1099		1 Non atteinte

Priorités ministérielles pour la région

Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Médecine et chirurgie					
Imagerie médicale					
1.09.34	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale	90	100		
1.09.35	Proportion des examens lus dans un délais de 7 jours ou moins	90	100		
1.09.36	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale	90	100		
1.09.37	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins	90	100		






Indicateurs associés à la planification stratégique ministérielle 2010-2015

Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau					
3.05.01	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par les infirmières	2,42	2,40		
3.05.02	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires par l'ensemble du personnel du réseau	2,15	1,90		
3.06.01	Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les infirmières	2,9	4,90		
3.06.02	Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les infirmières auxiliaires	2,63	1,99		
3.06.03	Pourcentage de recours à la MOI dans l'équipe de soins infirmiers par les PAB	2,8	4,90		
3.08	Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Action réalisée			
3.09	Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisée en 2012-2013			

Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Rétention et mieux-être au travail					
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,5	4,99		
3.10	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	Complété en 2013-2014			
3.13	Pourcentage des établissements accrédités par un groupe reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Action réalisée	En totalité		
3.14	Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Action réalisée	En totalité		



Prévention et promotion



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

Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Prévention et promotion					
Mise en œuvre du PNSP/PAR-SP					
R-1.1.2A	Indicateurs des résultats identifiés pour 100% des programmes	Action engagée	En partie	En cours	1 Non atteinte
Pratiques préventives					
R-1.5.1A1	Implantation du nombre de groupes ÉquiLIBRE	2	1		1 Non atteinte
R-1.5.1A2	Augmentation du nombre de personnes rejointes par le programme MARCHE	7	0		1 Non atteinte
R-1.5.2C	Mise en œuvre du premier thème complétée et amorcer la mise en œuvre d'un second thème au choix de l'établissement	Action réalisée	En totalité		
R-1.5.3A	Dispenser 10 séances régionalement de 3 jours de formation rejoignant 12 personnes par séance de formation	Action réalisée	En totalité		
R-1.5.3B	Mise en œuvre du plan d'action sur les services en prévention du suicide	Action réalisée	En totalité		
R-1.5.5	Mise en œuvre du plan de diffusion	Participation attendue	En totalité		
R-1.5.6	Mise en œuvre progressive du plan d'action précisant l'offre de service des pratiques cliniques préventives (PCP)	Participation attendue	En totalité		

Service de première ligne





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

Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Services de première ligne					
Offre de service de soutien à domicile					
R-2.2.1A	Réaliser 100% des actions inscrites dans le plan d'action régional d'optimisation en SAD 2010-2015	Action réalisée	En totalité		
Projet clinique PALV					
R-2.4.3A	Actualiser 100% des recommandations à la suite	Action réalisée	En majorité		

Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
	des travaux sur la révision du système régional d'admission et d'accès				
Orientations en dépendances					
R-2.8.2A	Mise en œuvre d'une trajectoire de service concertée pour la clientèle jeune et adulte présentant une double problématique santé mentale/dépendances	Participation attendue	En totalité		
Information clinique et collaboration interdisciplinaire					
R-2.11.1	Déploiement du volet médicament et laboratoire du DSQ complété pour les sites cliniques visés	Action réalisée	En majorité		




Accès aux services spécialisés et appui à la première ligne



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

Indicateur		Engagement 14-15	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Accès aux services spécialisés et appui à la première ligne					
Accès aux services diagnostiques					
R-3.4.1A	Intégrer de nouveaux laboratoires au corridor du CHU de Québec (pavillon CHUL-HSFA-HDQ) et finaliser les travaux avec les laboratoires du corridor du CHU de Québec (pavillon HEJ-HSS) à la livraison de l'application multisites de TD-synergie	Action réalisée en 2012-2013	En totalité		
Modèle régional de gouvernance dans la lutte contre le cancer					
3.6.1C	Politique de détermination de l'intensité de soins élaborée	Action réalisée	En majorité		
3.6.4	Dépôt d'un programme de soins palliatifs en CHSLD pour 100% des établissements concernés	Action réalisée	En totalité		
3.6.5	Engagement quant au nombre d'interventions additionnelles en soins palliatifs à domicile respecté	Action réalisée	En totalité		




Ressources humaines




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




Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Ressources humaines					
Partenariat avec l'Éducation					
R-5.4.1A	Une campagne révisée annuellement	Participation attendue	Réalisé		
R-5.4.2A	Nombre d'étudiants inscrits dans les programmes santé et services sociaux employés dans le réseau – accroître de 10% annuellement d'ici 2015 (<i>hausse de 2% annuellement pour répondre à la cible révisée en fonction de l'impact de la Loi 100</i>)	13	20		
R-5.4.3B	Augmentation du nombre de places de stage-dans un premier temps participation –deuxième temps : Dégager les marges de manœuvre nécessaires au développement de places de stages	Action réalisée	En majorité		




Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Services généraux					
1.2.2	Nbre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux en CSSS	141	235		
1.2.3	Nbre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS	2,15	1,30		1 Non atteinte
Perte d'autonomie liée au vieillissement					
1.3.1	Nbre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS	180	260		
1.3.2	Nbre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	18,37	9,49		1 Non atteinte
Déficiences physiques					
1.4.1	Nbre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS		28	Offre complémentaire à celle du CSSS	
1.4.2	Nbre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)		9,89	Offre complémentaire à celle du CSSS	

Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Déficiência intellectuelle et trouble envahissant du développement					
1.5.11	Nbre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS		28	Offre complémentaire à celle du CSSS	
1.5.12	Nbre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI) ou (TED)		6,96	Offre complémentaire à celle du CSSS	

Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Jeunes en difficulté					
1.6.1	Nbre d'usagers rejoints en CSSS		407		
1.6.2	Nbre moyen de prestations dont a bénéficié l'usager dans le cadre du programme Jeunes en difficulté en CSSS	8,60	5,84		1 Non atteinte
Santé physique					
1.9.5	Nbre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	4	18		
1.9.6	Nbre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	4	9,28		

Indicateur		Engagement 14-15	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Imagerie médicale					
Demande en attente de moins de 3 mois					
1.09.34.01	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	90	100,0		
1.09.34.05	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	90	100,0		
1.09.34.07	Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	90	100,0		

Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Examens lus dans un délai de 7 jours					
1.09.35.01	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	90	100,0		
1.09.35.05	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	90	100,0		
1.09.35.07	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	90	100,0		

Indicateur		Engagement 2014-2015	Résultat	Commentaires	Degré d'atteinte
Rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours					
1.09.37.01	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	90	100,0		
1.09.37.05	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	90	100,0		
1.09.37.07	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	90	100,0		

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

Nous avons obtenu l'agrément avec mention d'honneur en 2013, soit la plus haute distinction de qualité possible. Les visiteurs ont noté la qualité de tous nos soins et services ainsi que l'engagement de la direction et du personnel à fournir des services de qualité et un environnement sécuritaire pour nos usagers.

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

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

Suites apportées aux recommandations d'Agrément Canada

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

Priorités d'amélioration	Recommandations d'Agrément Canada
Processus « Gestion des ressources »	Poursuivre les projets d'efficience et analyser l'ensemble des économies possibles considérant les restrictions budgétaires.
Processus « Gestion intégrée de la qualité »	Mettre en place des stratégies pour accompagner le personnel à tous les niveaux de l'organisation à assumer leur rôle dans l'application des politiques et procédures relatives à la gestion des risques et l'amélioration continue de la qualité.
Processus « Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes »	Offrir au personnel des séances d'information sur les aspects éthiques.
Processus « Préparation en vue de situations d'urgence »	S'assurer de tout mettre en place pour répondre au mandat attribué par l'agence régionale d'être un site receveur.
Processus « Cheminement des clients »	Diminuer la liste d'attente en gériatrie communautaire.
Processus « Équipements et appareils médicaux »	S'associer au groupe génie biomédical d'un hôpital pour répondre aux besoins de l'établissement. Mettre sur pied un comité de validation du plan de consultation des équipements médicaux. Établir un plan de communication s'adressant aux utilisateurs portant sur le rôle et les actions réalisées par les services techniques. Revoir au complet le processus de stérilisation.
Norme « Gestion des médicaments »	Revoir périodiquement la liste des médicaments dans les armoires de nuit de même que celle du commun afin de diminuer au minimum le contenu de ces réserves.

Priorités d'amélioration	Recommandations d'Agrément Canada
Norme « Prévention des infections »	<p>Établir un calendrier de formation régulier sur l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et les précautions additionnelles.</p> <p>Élargir la formation à l'ensemble du personnel et des bénévoles.</p> <p>Prévoir des audits pour assurer la conformité aux politiques et procédures.</p>
Norme « Services de santé communautaire »	<p>Intégrer les analyses et le suivi des incidents / accidents aux rencontres d'équipes.</p> <p>L'organisme est encouragé à offrir de la formation en intervention interdisciplinaire pour améliorer l'approche interdisciplinaire.</p> <p>Il est suggéré d'offrir des formations aux professionnels sur l'identification d'un cas d'éthique pour faciliter la consolidation de la politique.</p>
Normes « Services de soins de longue durée »	<p>Revoir le volet loisirs pour les résidents, uniformiser le service pour les deux installations et analyser la possibilité d'une nouvelle programmation et une organisation d'activités, même les fins de semaine.</p> <p>Implanter un programme d'accueil, d'intégration et de soutien aux bénévoles.</p>
Normes « Soins ambulatoires »	<p>Assurer la relève en ressources humaines de la clinique spécialisée en soins des plaies.</p> <p>Poursuivre l'appropriation du programme de prévention des chutes.</p>

Nous avons présenté les nouvelles normes et pratiques organisationnelles requises pour 2015 à l'ensemble des gestionnaires que nous avons aussi déposé pour consultation sur notre site intranet. Les gestionnaires ont entrepris les discussions avec leurs équipes respectives afin d'avancer les travaux requis quant aux recommandations citées lors de notre dernière visite d'Agrément Canada en 2013.

2.7 Qualité et sécurité des soins et services

Engagement de l'établissement

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

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

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

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

Enfin, au cours des dernières années, l'établissement a posé un certain nombre de gestes structurants pour guider les équipes de soins et services dans leurs efforts pour assurer l'amélioration continue de la qualité. Ceci s'est concrétisé par la mise en oeuvre :

- du Quali-cycle : plan d'amélioration continue de la qualité, sécurité, compassion
- du Plan de sécurité des usagers
- de la Politique de gestion intégrée des risques
- du Cadre de référence en éthique
- et l'actualisation du rôle de vigie sur la gestion des risques pour le comité de vérification

L'approche préconisée pour assurer l'amélioration continue

L'amélioration continue des soins et services, notamment en regard de la sécurité des soins et services, est une responsabilité partagée à tous les niveaux de l'établissement. Des initiatives à cet égard sont encouragées dans tous les secteurs.

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

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

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

Nous avons créé nos propres symboles pour représenter les trois notions qui nous sont chères :



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

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

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

Incidents / Accidents

En 2014-2015, nous avons maintenu une attention accrue sur la sécurité des soins et services afin de consolider une culture de sécurité au sein de l'établissement et qui demeure une de nos priorités.

Nombre d'événements déclarés (*statistiques*)

Les données suivantes dressent un portrait des incidents et des accidents déclarés au cours des deux dernières années. La compilation de ces événements permet de comparer, de suivre les variations et les tendances et de faire les constats. Des correctifs sont mis en place selon les tendances afin de bien gérer les risques et d'offrir des services sécuritaires et de qualité à nos usagers.

Types d'événements	Nombre pour 2013-2014	Nombre pour 2014-2015
Chutes	798	933
Erreurs de médication	573	590
Problèmes matériels	41	30
Agression-abus-harcèlement	17	22
Autres types d'événements	217	221
Tests diagnostiques	6	4
Traitements	1	14
Effets personnels	11	25
Diète	11	36
Total	1 675	1 875

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

Les principaux risques d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance se situent toujours sur le plan des chutes et des erreurs de médicaments. Les efforts se poursuivent afin de diminuer les risques dans ces deux domaines et renforcer la pratique de divulgation.

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

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

Activité d'identification des risques – Analyse prospective

Tous les secteurs de l'établissement se sont maintenant bien appropriés la procédure de suivi des avis d'alertes et rappels élaborée l'an dernier. Les organismes tels que Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, les fabricants d'équipements, etc., émettent régulièrement des avis de sécurité. La DSIQ et le DRFTI assurent le suivi de ces avis en collaboration avec les programmes concernés. Un tableau de suivi est mis à jour et conservé pour rapport au comité de gestion des risques et de la qualité, au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration.

Processus de suivi des avis d'alertes et rappels

Tous les secteurs de l'établissement se sont maintenant bien appropriés la procédure de suivi des avis d'alertes et rappels élaborée l'an dernier. Les organismes tels que Santé Canada, l'Agence

canadienne d'inspection des aliments, les fabricants d'équipements, etc., émettent régulièrement des avis de sécurité. La DSIQ assure le suivi de ces avis en collaboration avec les programmes concernés. Un tableau de suivi est mis à jour et conservé pour rapport au comité de gestion des risques et de la qualité, au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration.

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

Nous avons un mécanisme de suivi des recommandations du coroner. Toutefois, nous n'avons reçu aucun rapport de coroner applicable à notre milieu en 2014-2015.

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

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

Trois catégories de mesures de contrôle sont évaluées

- **Mesure de contrôle** : Utilisation de la contention physique incluant les ridelles de lit comme mesure de sécurité dans un contexte de risque imminent.
- **Mesure de remplacement** : Utilisation de mesures qui interpellent davantage les personnes aidantes telles : adaptation de la routine, participation des bénévoles, intégration des membres de la famille dans les soins et les loisirs, etc.
- **Mesure environnementale** : Utilisation d'aides techniques ou modifications à l'environnement pouvant rendre le résident plus confortable et améliorer sa sécurité.

Mesures de contrôle | Données comparatives

Mesures de contrôle	2013-2014		2014-2015	
	Jeffery Hale	Saint Brigid's	Jeffery Hale	Saint Brigid's
Nombre total d'usagers présents	99	138	99	140
Nombre d'usagers ayant des mesures	31	54	22	45
% d'usagers avec des mesures	31 %	39 %	22 %	32 %

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

Mesures de remplacement	2013-2014		2014-2015	
	Jeffery Hale	Saint Brigid's	Jeffery Hale	Saint Brigid's
Nombre total d'usagers présents	99	138	99	140
Nombre d'usagers ayant des mesures	86	53	81	55
% d'usagers avec des mesures	87 %	38 %	82 %	39 %

Mesures environnementales	2013-2014		2014-2015	
	Jeffery Hale	Saint Brigid's	Jeffery Hale	Saint Brigid's
Nombre total d'usagers présents	99	138	99	140
Nombre d'usagers ayant des mesures	9	18	6	20
% d'usagers avec des mesures	9 %	13 %	6 %	14 %

Infections nosocomiales

Bilan annuel et comparatif des infections nosocomiales

Le tableau comparatif ci-dessous donne un portrait général des infections nosocomiales déclarées au cours des trois dernières années et qui ont fait l'objet d'une surveillance systématique.

Les résultats de cette surveillance sont consignés aux rapports trimestriels, lesquels sont produits et analysés par le comité de gestion des risques et de la qualité et le comité de vigilance et de la qualité, puis déposés au conseil d'administration de l'établissement.

Catégorie d'infection	Nombre de cas acquis dans l'établissement			Nombre de cas acquis dans un autre établissement (exemple : suite à une hospitalisation)		
	12-13	13-14	14-15	12-13	13-14	14-15
Symptôme d'allure grippale (SAG)	62	56	124	-	-	-
Influenza saisonnière	9	0	48	-	-	-
Gastro-entérite	20	32	25	-	-	-
Clostridium difficile	9	0	0	6	5	3
SARM (<i>Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline</i>)	0	0	0	28	15	5
ERV (<i>Entérocoques Résistants à la Vancomycine</i>)	0	0	0	6	4	2
Total :	100	88	197	40	24	10

En 2014-2015, on relève 124 cas atteints de symptômes d'allure grippale (SAG), 48 cas d'influenza A et B et 25 cas de gastro-entérite. Il est à noter que ces données englobent les deux centres d'hébergement, soit le Jeffery Hale et le Saint Brigid's. L'augmentation de cas (SAG et d'influenza) est reliée à trois éclosions distinctes. Une première en début d'année 2014-2015 qui a généré 30 cas de SAG et 13 cas d'influenza. Il y a eu 11 décès reliés à cette éclosion. Au cours de l'année, 6 cas ont présenté des symptômes respiratoires entre les périodes 4 et 8 sans toutefois avoir de confirmation d'influenza. La deuxième éclosion a eu lieu au cours des périodes 9, 10 et 11 où l'on rapporte 85 cas de SAG dont quelques-uns ont reçu le diagnostic de «para influenza» à la suite des prélèvements effectués. Il y a eu dans ces mêmes périodes 26 cas d'influenza confirmés de A et de B confondus. La troisième éclosion a eu lieu au cours de la période 12 et 13 où il y a eu 3 cas de SAG et 9 cas d'influenza confirmés de A et de B. Au cours des périodes 9 à 13, il y a eu 9 décès reliés aux éclosions.

Les trois cas de Clostridium difficile proviennent d'un autre centre hospitalier et aucun de ces cas nouveaux n'a développé de processus infectieux. Un cas de C. difficile est suivi par l'équipe de consultation spécialisée en gériatrie et gérontologie. Les deux autres cas sont admis à l'hébergement.

Les cas colonisés à SARM et les cas colonisés à ERV proviennent d'autres centres hospitaliers de la région. Il est à noter qu'un seul cas colonisé (ou porteur) par le SARM est suivi par l'équipe de consultation spécialisée en gériatrie et de gérontologie, un cas était suivi à la clinique de plaies (avant la fermeture de la clinique) et 3 cas ont été admis sur les unités de vie au cours de l'année. Un cas colonisé par l'ERV est suivi par l'équipe de consultation spécialisée en gériatrie et gérontologie et un cas provenant d'un centre de la région est admis sur une unité de vie. Des prélèvements pour recherche ERV sont faits dès l'admission d'un usager non porteur lorsqu'il a séjourné dans un centre en éclosion au cours des six derniers mois. De plus, nous procédons à un prélèvement pour recherche SARM et ERV pour tous les cas provenant d'une autre région, d'une autre province ou d'un autre pays, selon les procédures en vigueur dans la région.

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

Au cours de l'exercice 2014-2015, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et le médecin examinateur du Jeffery Hale - Saint Brigid's ont voulu contribuer à l'amélioration continue de la qualité des services de l'établissement. Ils l'ont fait par le traitement des plaintes qu'ils ont reçues et par des propositions d'interventions plus larges relatives au respect des droits des usagers de l'établissement. Voici un extrait des faits saillants de leurs activités au cours de la dernière année. Leur rapport annuel complet et détaillé est disponible sur notre site Internet, à l'adresse :

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

Procédure d'examen des plaintes et promotion des droits

1. Plaintes reçues, traitées et conclues en 2014-2015

Année	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçues en cours d'exercice	Total à traiter	Conclues	Secteurs d'activités		
					Longue durée Jeff	Longue durée SB	Courte durée
Commissaire aux plaintes							
2014-15	2	22	24	24	7	2	15
2013-14	0	31	31	29	8	0	21
Médecin examinateur							
2014-15	2	7	9	9	0	0	9
2013-14	1	4	5	4	0	0	4
Total 2014-15	4	29	33	33	7	2	24
Total 2013-14	1	35	36	33	8	0	25

2. Motifs des plaintes

Catégorie de motifs	2012-13	2013-14	2014-15
Relations interpersonnelles	2	8	5
Soins et services	19	12	11
Accessibilité /continuité	16	3	7
Organisation/milieu/matériel	2	8	5
Aspects financiers	1	1	0
Droits particuliers : confidentialité	1	3	4
Droits particuliers : langue anglaise	0	0	1
Total	41 (*)	35 (*)	33 (*)

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

- Une diminution notable du nombre de plaintes est à noter en comparaison avec les années 2012-2013 (41) et 2013-2014 (35). Cependant, le nombre de plaintes impliquant un médecin a augmenté de 50 %.
- La majorité des plaintes proviennent des services généraux; l'urgence en tête avec plus de 60 % des plaintes reçues.
- Plusieurs plaintes (4) sur la confidentialité à l'urgence ont été reçues malgré les efforts effectués pour régler ce problème.
- Le **délai** moyen de résolution des plaintes s'élève à 31 jours pour le commissaire et à 76 jours pour le médecin examinateur.
- Le conseil d'administration souhaitait apporter des améliorations au processus visant à recueillir les données sur l'expression de satisfaction des usagers au regard du traitement

des plaintes, dans le but d'obtenir un portrait plus précis. Le renouvellement de ce processus devait être réalisé en avril 2015, mais les changements survenus dans le réseau de la santé n'ont pas permis à ce jour de mener à bien les orientations à cet égard. Exceptionnellement cette année, aucune donnée n'est disponible sur la satisfaction des plaignants à la suite de l'examen de leur plainte.

4. Témoignages positifs

Il faut signaler une augmentation importante des témoignages écrits positifs recueillis au cours de ce dernier exercice. Le tableau ci-dessous en fait la démonstration :

Soins et services reçus à l'interne (Hébergement, UTRF, Soins palliatifs)	7
Soins et services reçus à l'urgence	10
Soins et services reçus en externe autre qu'à l'urgence (Prélèvements, radiologie, archives, ECSGG)	10
Total :	27

5. Nombre de dossiers d'intervention menés en collaboration avec l'équipe de gestion de l'établissement en 2014-2015

Des recommandations du commissaire local en suivi au traitement de plaintes individuelles ont été acheminées aux diverses instances de l'établissement et ont fait ou font l'objet de dossiers d'amélioration concertés de la qualité de services concernés.

En cours de traitement au début de l'exercice	Déposés durant l'exercice	Total à traiter	Conclus durant l'exercice	En cours de traitement en fin d'exercice
3	4	7	2	5

i) Cinq dossiers concernant les soins et services

- Assurer la **confidentialité** des informations lors de l'inscription des patients au guichet prétriage de l'urgence : de nouvelles solutions prometteuses ont été apportées sur ce dossier. **À réévaluer en 2015-2016.**
- Améliorer la **gestion des demandes et des insatisfactions des usagers** : une politique à ce sujet a été adoptée au cours de l'exercice précédent et a fait l'objet de treize heures d'échanges avec les équipes d'intervenants concernées tout au long de l'année venant de se terminer. **Dossier conclu.**
- Réaliser une **aire prothétique à l'Hôpital Jeffery Hale** en réponse aux inconvénients qu'entraîne l'errance de plusieurs résidents sur les unités de soins. Bien qu'il s'agisse d'un projet déjà inscrit aux développements futurs de l'établissement l'année précédente, cet ajustement essentiel à l'offre d'hébergement de l'Hôpital Jeffery Hale doit attendre la réalisation de projets prioritaires préalables et la disponibilité des ressources financières. **Maintenir la recommandation et en faire le rappel en 2015-2016.**
- Mettre en place des incitatifs à l'intention des intervenants de l'accueil et de l'urgence susceptibles de leur rappeler la nécessité de *faire l'effort en tout temps* pour répondre aux patients de langue anglaise. L'instauration d'audits en cette matière est proposée. **Nouvel objectif à poursuivre en 2015-2016.**
- Adopter un programme structuré et centralisé encadrant le choix, la formation, les activités et l'évaluation des bénévoles de l'établissement. Cet important dossier a déjà été confié à un intervenant. **Nouvel objectif à poursuivre en 2015-2016.**

ii) Deux dossiers concernant l'organisation/milieu/matériel

- Adopter des mesures qui éliminent toute ambiguïté concernant les modalités de paiement exigible d'un médecin à l'urgence pour la complétion d'un formulaire administratif. Des mesures appropriées ont été adoptées et communiquées sur les divers sites d'information de l'établissement. **Dossier conclu.**
- Améliorer l'utilisation sécuritaire des balançoires mises à la disposition des résidents et proches hébergés à Saint Brigid's. La direction a élaboré un plan d'action liée à cette recommandation. **Nouveau dossier à conclure en 2015-2016.**

2.9 Promotion des droits des usagers

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

- En consultant le site Internet de l'établissement <http://www.jhsb.ca/>
- En demandant une copie au bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou à la Direction générale.
- En demandant une copie au comité des usagers.

Dans le cadre du programme d'accueil aux personnes admises à l'hébergement, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services rencontre les proches des nouveaux résidents pour expliquer son rôle en fonction des droits aux usagers prévus à la loi et des mécanismes prévus pour promouvoir et assurer le respect de la personne et la qualité des services proposés dans l'établissement. Il informe également les participants sur ce qu'il faut faire pour lui adresser une plainte et sur le processus prévu à l'examen d'une plainte.

Réception de plaintes ou de commentaires positifs

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



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

Gestion des demandes et des insatisfactions

Nous sommes en quête constante d'amélioration, de telle sorte que nous désirons entendre les demandes et les insatisfactions de nos usagers pour les accueillir correctement et offrir les suivis qui s'imposent. C'est dans cette optique que l'établissement a implanté sa *Politique de gestion des demandes et des insatisfactions des usagers* adoptée en janvier 2012. Celle-ci clarifie les rôles et les responsabilités des divers intervenants sur le terrain dans un processus de traitement de demandes ou d'expressions d'insatisfaction de la part d'usagers afin d'apporter les solutions le plus rapidement possible.

En collaboration avec les chefs de programme, le commissaire a poursuivi, en 2014-2015, les tournées qu'il avait entreprises l'année précédente auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement pour le sensibiliser sur l'application et l'utilisation de la politique.

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

Partie 3

Activités de l'établissement

3.1 Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées

L'équipe de la direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) a poursuivi son plan d'amélioration continue de la qualité au cours de l'exercice 2014-2015. Notre direction a piloté un grand projet d'organisation du travail en partenariat avec le syndicat des travailleuses et travailleurs (CSN) destiné aux préposés aux bénéficiaires. La valorisation et la motivation des préposés aux bénéficiaires ont fait partie des priorités en hébergement pour l'unité de soins palliatifs et à l'unité transitoire de récupération fonctionnelle. L'été 2014 aura aussi été marqué par une visite ministérielle réussie évaluant la qualité du milieu de vie à l'installation Saint Brigid's. Ces résultats constituent l'aboutissement d'un travail concerté de nos employés et gestionnaires à faire de notre établissement un milieu de vie et de soins où il fait bon vivre. Ces constats ne peuvent qu'être positifs pour l'ensemble de nos équipes et agir comme levier dans le renforcement de nos actions vers la qualité.

Plusieurs réalisations ont été menées telles :

- le projet des troubles musculo-squelettiques (TMS) a poursuivi son déploiement par la mise en place de capsules de formation PDSB destinées aux préposés aux bénéficiaires;
- Le projet d'organisation du travail destiné aux préposés aux bénéficiaires s'est déployé par leur implication aux rencontres interdisciplinaires et l'uniformisation des moyens destinés à la transmission de l'information clinique;
- Le déploiement d'un mécanisme de suivi visant l'actualisation des recommandations d'Agrément Canada;
- Les travaux se sont poursuivis dans les comités cliniques visant le déploiement de notre programme-cadre de soins palliatifs et fin de vie;
- L'actualisation d'un plan d'amélioration à la suite de la visite ministérielle pour l'installation Saint Brigid's;
- L'évaluation de l'offre de service en animation loisirs a fait place à un projet pilote à l'installation Saint Brigid's pour une réponse mieux adaptée aux résidents atteints de déficits cognitifs;
- Le déploiement du programme de formation *Agir face* aux symptômes comportementaux liés à la démence pour une prise en charge optimale;
- La formalisation de notre processus d'accueil en préadmission et admission découlant d'un Kaizen.

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

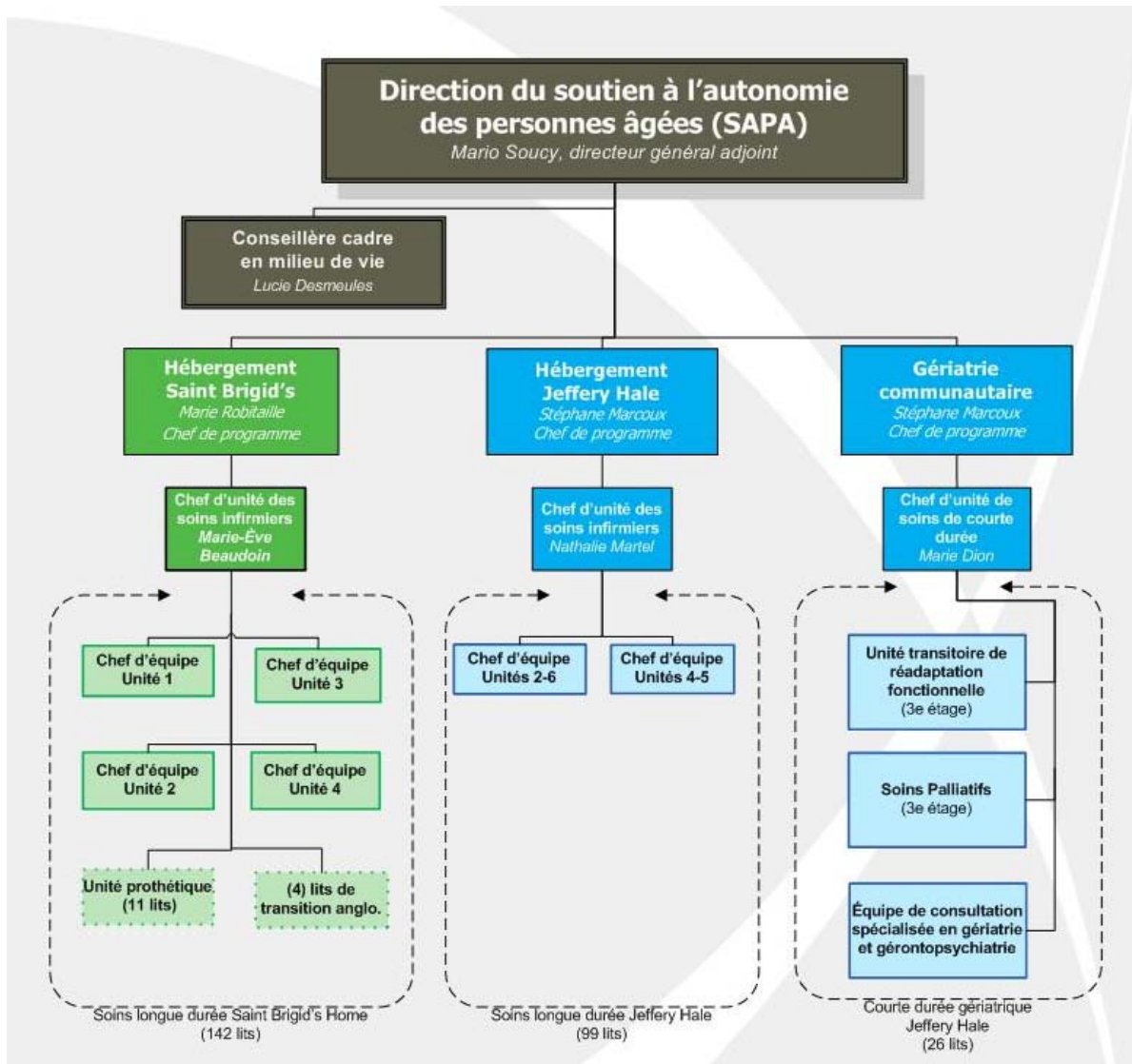
Notre grand projet de consolidation de l'offre de service pour nos lits de soins palliatifs et de récupération fonctionnelle s'est poursuivi par la réalisation des travaux de réaménagement. La livraison de l'unité est prévue pour l'automne 2015.

En terminant, notre équipe de gestion est fière du chemin parcouru en 2014-2015 et remercie ses employés, les médecins, les bénévoles et ses partenaires pour tous les efforts consentis. Toutes ces réalisations sont l'aboutissement d'un travail collectif où chacun y a consacré savoir, passion et énergie.

Mario Soucy

Directeur général adjoint et du soutien à l'autonomie des personnes âgées

Organigramme de la Direction SAPA au 31 mars 2015



Le programme du soutien à l'autonomie aux personnes âgées, sous la direction de monsieur Mario Soucy, conseiller cadre à la direction générale, comprend l'hébergement et la gériatrie communautaire.

Hébergement et soins de longue durée

Les services de l'hébergement et des soins de longue durée sont offerts au site Jeffery Hale et au site Saint Brigid's et s'adressent aux personnes âgées ou adultes qui ne peuvent plus demeurer à domicile en raison d'une lourde perte d'autonomie. Dans le but d'assurer aux résidents une qualité de vie optimale et le maintien de leur autonomie le plus longtemps possible, ils bénéficient de tous les services médicaux, sociaux et de réadaptation que requiert leur condition dans un contexte de milieu de vie substitut.

Ces services sont sous la responsabilité du chef de l'hébergement et de la gériatrie communautaire au Jeffery Hale, monsieur Stéphane Marcoux, du chef de l'hébergement à Saint Brigid's, madame Marie Robitaille, qui a œuvré jusqu'en mai 2015, de deux chefs d'unité en soins infirmiers, mesdames Nathalie Martel (Jeffery Hale) et Marie-Eve Beaudoin, (Saint Brigid's) et de la conseillère cadre en milieu de vie, madame Lucie Desmeules, qui a œuvré jusqu'en mai 2015.

Ce secteur d'activité a notamment pour objectifs :

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

Résidence Jeffery Hale

Le Jeffery Hale offre un programme d'hébergement et de soins de longue durée donnant accès à 99 lits. Nous disposons de 86 chambres privées et 8 chambres semi-privées.

Résidence Saint Brigid's

Le programme d'hébergement et de soins de longue durée de Saint Brigid's offre 142 lits en chambres privées, dont quatre lits sont utilisés pour de la transition. Ces quatre lits s'adressent exclusivement à la clientèle anglophone. Le milieu comprend une unité spécialisée de 11 lits pour une clientèle présentant des symptômes comportementaux liés à la démence nécessitant un encadrement plus étroit.

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

2013-2014 : <i>99 lits au Jeff / 142 lits à Saint Brigid's</i>	2013-2014	2014-2015
Taux d'occupation au Jeff	93,83 %	98,15 %
Taux d'occupation à Saint Brigid's	99,08 %	98,29 %
Nouvelles admissions au Jeff	80	71
Nouvelles admissions à Saint Brigid's	44	94
Moyenne d'âge au Jeff	83 ans	85 ans
Moyenne d'âge à Saint Brigid's	84 ans	85 ans
Durée de séjour au Jeff	614 jours	507 jours
Durée de séjour à Saint Brigid's	1 339 jours	873 jours

Gériatrie communautaire

Les services de gériatrie communautaire dispensés au site Jeffery Hale, sous la responsabilité de monsieur Stéphane Marcoux, chef de programme à l'hébergement et à la gériatrie communautaire, appuyé par madame Marie Dion, chef d'unité de soins de courte durée, comprennent :

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

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

Nous disposons de 16 lits de courte durée pour des épisodes de soins allant de 40 à 50 jours à des fins d'évaluation, de traitement et de réadaptation. Le service s'adresse à des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ayant un profil gériatrique aux prises avec des problèmes complexes qui nécessitent une hospitalisation à l'extérieur d'un centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS). L'UTRF est en soutien aux équipes locales (*soutien à domicile, groupes de médecine familiale, médecins de famille, résidences privées*) et les CHSGS, dans leurs interventions de maintien à domicile ou d'orientation vers un changement de milieu de vie.

L'UTRF vise les objectifs suivants :

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

Soins palliatifs (3^e étage au Jeffery Hale)

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

Les soins palliatifs ont pour objectifs de :

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

Équipe de consultation spécialisée en gériatrie et gérontopsychiatrie (ECSGG)

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

L'équipe de consultation a pour objectifs de :

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

Volume d'activités – Gériatrie communautaire

	2013-2014	2014-2015
Jours-présence		
UTRF	5 671	5539
Soins palliatifs	3 163	3292
Lits de transition	0	0
Admission		
UTRF	78	69
Soins palliatifs	102	86
Lits de transition	0	0
Durée moyenne de séjour		
UTRF	74,88	76
Soins palliatifs	30,92	34
Lits de transition	0	0
Taux d'occupation		
UTRF	97,11	94,85
Soins palliatifs	86,66	90,19
Lits de transition	0	0
ECSGG		
Nombre de demandes reçues :		
▪ Ambulatoire	48	86
▪ Hôpital de jour	197	183
Nombres d'inscriptions :		
▪ Ambulatoire	62	43
▪ Hôpital de jour	167	121

3.2 Direction des services généraux et communautaires

Cette année bien remplie a été marquée par la poursuite des efforts visant l'accessibilité et la qualité des services donnés à la clientèle de première ligne au sein de notre établissement. L'amélioration des services s'actualise tout en rehaussant la formation pour les équipes telle que l'offre en matière de stratégies d'intervention non violente (*Omega*). L'établissement a contribué au *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale*. Ce programme présente le portrait récent de la population d'expression anglaise de la région ainsi que l'offre de service, l'évolution des programmes clientèles et des orientations. Le comité régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise de la région a mis en priorité l'amélioration de l'offre de service à la population âgée d'expression anglaise. À cet effet, l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's développera un continuum de soins afin de faciliter l'accès à des services variés et intensifiés de soutien à domicile ainsi que des solutions alternatives à l'hébergement.

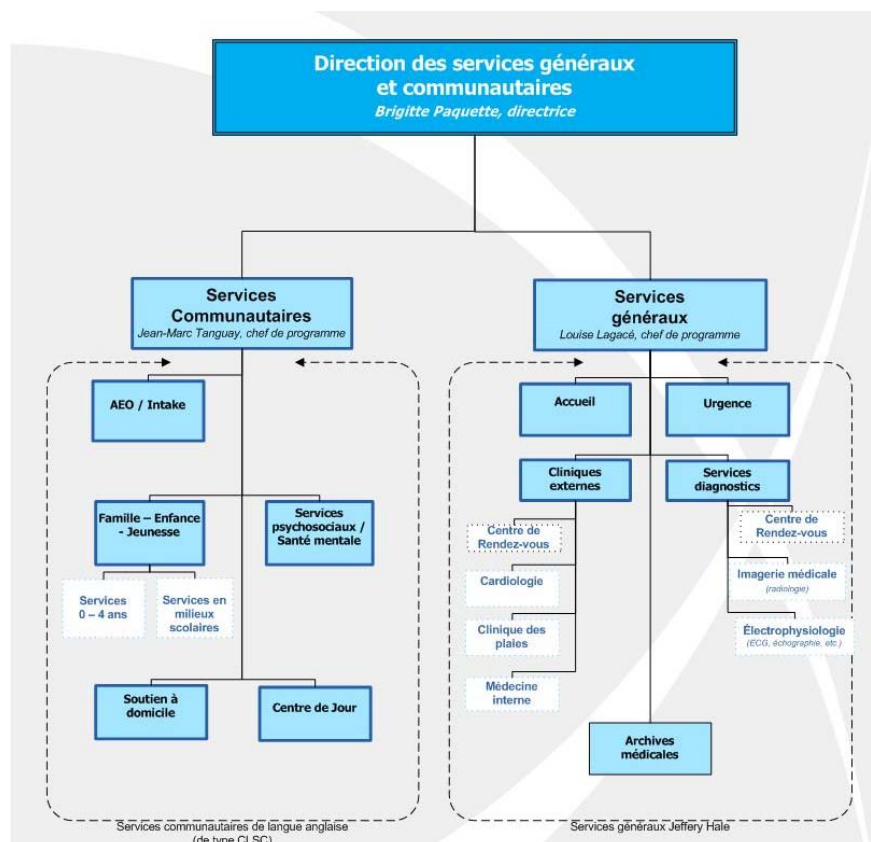
Le modèle d'organisation de service du *Guichet d'accès bilingue du Jeffery Hale – Saint Brigid's* a fait l'objet d'une évaluation publiée cette année par la direction de la santé publique. D'une part, les constats permettent de conclure à la valeur ajoutée du modèle pour l'accès et l'organisation des services à la population. D'autre part, les services intégrés en périnatalité et en petite enfance à la clientèle d'expression anglaise de la région ont été confirmés à l'offre de service.

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

M^{me} Brigitte Paquette

Directrice des services généraux et communautaires

Organigramme – DSGC au 31 mars 2015



Services communautaires de langue anglaise

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

Un ensemble de services variés, accessibles et de qualité de type CLSC, est offert à la communauté d'expression anglaise de la région. Ainsi, l'offre de service répond de plus en plus aux besoins de la communauté par le développement, entre autres, d'une offre de service en services généraux et par la mise en place et la formalisation de celle-ci. Nous poursuivons constamment la diffusion de notre offre de service auprès de nos partenaires et de notre communauté.

Guichet Jeffery Hale

Le premier contact privilégié des personnes d'expression anglaise avec les services s'effectue par le guichet Jeffery Hale qui inclut une réception téléphonique centralisée et une équipe professionnelle bilingue composée de deux travailleuses sociales et de deux infirmières réseau. Cette équipe accueille, évalue et oriente la personne ou sa famille vers le meilleur service de santé ou social possible. Au cours de l'année 2014-2015, 862 activités d'information, d'analyse ou de suivi ont été effectuées.

Famille-Enfance-Jeunesse

Un ensemble d'interventions personnalisées de santé et sociales telles que la clinique prénatale, les visites prénatales et postnatales, les programmes OLO et SIPPE ont permis de joindre cent-huit (108) familles en 2014-2015. De nombreuses activités de groupe telles que les rencontres prénatales, *Take-a-Break Drop In*, *Baby Chat Café*, *Toddler Time*, *Baby Book Bags* et *Toddler Talk Online* ont favorisé la socialisation des parents de jeunes enfants. Après plusieurs démarches de la part de notre organisation pour la reconnaissance des services SIPPE donnés à notre clientèle, nous avons obtenu un financement officiel pour ce programme qui se soldera par l'ajout d'une infirmière clinicienne supplémentaire à deux (2) jours par semaine. Cette mesure est le fruit d'un processus exhaustif de révision de l'offre de service aux services à la petite enfance et en périnatalité effectué dans la dernière année. L'année 2014-2015 a également marqué la mise en ligne officielle du contenu des rencontres d'informations prénatales et de la trajectoire associée. Quinze (15) familles ont bénéficié de ce service pour la première année d'opération.

Nous avons maintenu les services scolaires aux jeunes en difficulté dans les écoles de la commission scolaire *Central Québec* au cours de l'année. Nous avons offert les programmes réguliers de vaccination, d'éducation, de prévention et de suivis auprès de trois cent cinq (305) jeunes et leur famille. Notre Clinique jeunesse fonctionne toujours à plein régime, et les statistiques démontrent un maintien de la forte demande et de l'achalandage. Nous avons également procédé, dans la dernière année, à la révision de notre offre de service *École en Santé*, en collaboration avec la Direction de la Santé publique et la Commission scolaire Central Québec pour les écoles anglophones de la région de la Capitale-Nationale.

La dernière année a également vu la naissance de notre table de concertation TEVA (Transition École Vie Adulte) pour les clientèles à risque et en besoins de services à la sortie des institutions scolaires de la Commission scolaire Central Québec. Ce comité est encore un bel exemple de collaboration entre les services des deux réseaux impliqués auprès de nos jeunes qui franchissent un passage plus que significatif dans leur vie. Les clientèles ciblées sont principalement les jeunes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et les jeunes à comportement à risque de décrochage, présentant des problèmes de dépendance ou autre situation à caractère psychosociale fragilisée représentant un défi pour la transition vers la vie adulte.

Santé mentale

Les services de santé mentale de première ligne ont offert l'aide nécessaire à cent onze (111) personnes vivant des difficultés d'adaptation ou de santé mentale. Ces personnes ont reçu les services d'une travailleuse sociale pour une moyenne de sept (7) rencontres. On constate cette année une faible augmentation du nombre de clients suivis. En complémentarité, la clientèle peut toujours compter sur les services d'une éducatrice spécialisée qui offre le programme de réadaptation de Soutien à Intensité Variable (SIV) dans la communauté. L'équipe a également offert l'atelier *Winds of Change* à l'automne 2014, en collaboration avec *Voice of English-Speaking Québec*, afin de normaliser les difficultés associées à l'adaptation interculturelle.

Déficiences intellectuelle et physique et trouble envahissant du développement

Pour mieux répondre aux besoins de ces familles, l'entente de collaboration de type achat de service conclue se poursuit avec nos principaux partenaires : le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale ainsi que le Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord. Ainsi, vingt-deux (22) familles reçoivent des services sociaux concertés d'une intervenante sociale. Les familles reçoivent également un soutien grâce aux programmes *Special Needs et After School Program* en collaboration avec les *Partenaires communautaires Jeffery Hale* et la commission scolaire *Central Québec*.

Soutien à domicile des personnes âgées

L'équipe du soutien à domicile a maintenu ses activités afin de favoriser le maintien des personnes dans leur milieu naturel en offrant des services tels que du répit, du soutien aux aidants naturels, des suivis psychosociaux, des services de santé physique, des adaptations du domicile ainsi que le programme *Marche*. Pour l'année 2014-2015, ces différents services ont été offerts à cent soixante-douze (172) personnes âgées en perte d'autonomie d'expression anglaise de la région dans leur milieu naturel. La dernière année a été marquée de la mise en place du nouveau module du Plan de Services Individualisés d'Allocation de Services (PSIAS) informatisés sur le plan provincial. Notre équipe de travail ainsi que notre personnel associé à la formation ont su relever ce défi avec brio.

Notre équipe de soutien à domicile vivra certains changements dans la prochaine année avec la mise en place de la nouvelle politique régionale d'accès à l'hébergement public. Cette révision du mécanisme d'accès aura des impacts significatifs sur les interventions associées aux clientèles en soutien à domicile présentant des besoins importants. La prochaine année représentera une d'adaptation pour notre équipe qui devra composer avec cette nouvelle réalité tout en maintenant notre habituelle qualité de services auprès de l'ensemble de notre clientèle.

Centre de jour

Le but de ce programme est d'offrir aux personnes âgées d'expression anglaise en perte d'autonomie une activité de groupe misant sur la prévention et la promotion de la santé et la socialisation. Cette année, nous avons accueilli cent quarante-six (146) personnes âgées d'expression anglaise, dont vingt et une (21) nouvelles inscriptions lors des différents groupes. En plus de ces activités reconnues, des programmes complémentaires sont offerts tels que le programme *Équilibre*, *Telephone Check-in*, *Caregivers Group*, *In-Home Stimulation*, *Living Room*, *Creative Expression Art Program* et le programme *Frozen Meals*.

Nous avons dû temporairement relocaliser notre Centre de jour cette année en raison des travaux de réfection devant être effectués sur le Pavillon Jeffery Hale. Malgré tous les inconvénients qu'engendre cette situation, les activités suivent leur cours dans les locaux de Saint Brigid's. Nous avons également visé, lors de cette transition, à ce que les impacts sur les clients et sur le personnel du Centre de jour soient au minimum.

La clientèle du Centre de jour a vécu cette année un ajustement tarifaire régional. Bien qu'il s'agisse d'une augmentation significative, l'équipe a su gérer cette situation avec brio, et ce, pour assurer le meilleur climat de vie au Centre de jour.

Volume d'activités – Services communautaires de langue anglaise

Secteurs d'activités	Nombre d'activités de suivis en 2013-2014	Nombre d'activités de suivis en 2014-2015
Santé mentale	1 023	963
Famille-enfance	1 170	1 112
Scolaire	1 368	1 459
Soutien à domicile	3 099	3 227
Centre de jour	3 990 visites	4 283 visites

Services généraux

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

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

La stérilisation

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

L'urgence

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

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

Le volume d'activité est très considérable avec ses **22,720 visites enregistrées**. L'urgence utilise des indicateurs de qualité des soins. Il s'agit d'outils d'évaluation qui permettent de mesurer ou de comparer l'évolution de la performance des actes et/ou des processus dans le temps afin de maintenir des soins de haute qualité et sécuritaires. Un comité de collaboration infirmière-médecin a été mis en place à l'automne afin d'optimiser le cheminement de l'utilisateur et lui offrir des services de qualité dans les meilleurs délais.

Une clinique de suivi innovatrice à l'urgence

Depuis trois ans maintenant, l'urgence du Jeffery Hale opère une clinique de suivi médical sur rendez-vous pour la clientèle qui requiert un suivi médical rapide après une consultation à l'urgence ou qui est sans médecin de famille. Cette clinique, qui a reçu 191 usagers en 2014-2015, favorise une prise en charge adaptée de la clientèle en besoin de suivi et contribue au désengorgement de l'urgence.

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

Les services diagnostiques comprennent un centre des prélèvements, un service d'imagerie médicale qui offre la graphie simple, l'échographie non obstétricale de même qu'un service d'électrophysiologie (ECG, tapis roulant, Holter, MAPPA, échocardiographie). Les services diagnostiques ont pour objectifs :

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

Centre de prélèvements

L'établissement opère un centre de prélèvements sans rendez-vous qui est ouvert du lundi au vendredi, de 7 h à 15 h. Ce service connaît actuellement une augmentation du nombre de visites par rapport aux années précédentes.

Imagerie médicale

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

L'année 2014-2015 se caractérise par une modification importante de la structure organisationnelle de ce service afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle en optimisant la présence des technologues aux périodes de plus grande affluence, dans le respect de l'équilibre budgétaire.

Les cliniques externes (*soins médicaux spécialisés*)

Dans un environnement de première ligne, les cliniques externes spécialisées offrent un accès rapide aux services de consultation médicale en spécialité sur rendez-vous. Ces services sont : la cardiologie et la médecine interne. Les objectifs consistent à :

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

Les services de l'accueil attentionné et des archives

L'équipe accueillant notre clientèle de première ligne démontre un souci d'offrir des services selon une approche attentionnée. Quant à notre équipe d'archives, elle soutient l'ensemble de l'établissement dans le respect de la confidentialité et de l'accès à l'information.

Volume d'activités – Services généraux

	2013-2014	2014-2015
Urgence	21 601 visites	22 720 visites
▪ Clinique de suivi	104 usagers 201 visites* <i>*(du 16 octobre 2013 au 31 mars 2014)</i>	191 usagers 375 visites (une année complète)
Services diagnostiques		
▪ Radiologie	10 437 examens 171 273 unités techniques	10 084 examens 168 116 unités techniques
▪ Prélèvements	81 980 procédures pondérées 8 192 procédures	94 820 procédures pondérées 9 473 procédures
▪ Électrophysiologie.....	49 137 unités techniques	53 070 unités techniques
Cliniques externes		
▪ Consultations externes	1 381 visites	922 visites *

* La diminution observée en consultations externes pour 2014-2015 est attribuable à la fermeture de la clinique de plaies en septembre 2014.

3.3 Direction des services professionnels

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

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

La DSP a également sous sa responsabilité :

- la chef du département de pharmacie, madame Catherine Nadeau;
- l'infirmière conseillère en prévention des infections, madame Marie-Paule Parent;
- le comité de contention et chutes qui est soutenu par une intervenante pivot, madame Geneviève Dorval, ergothérapeute.

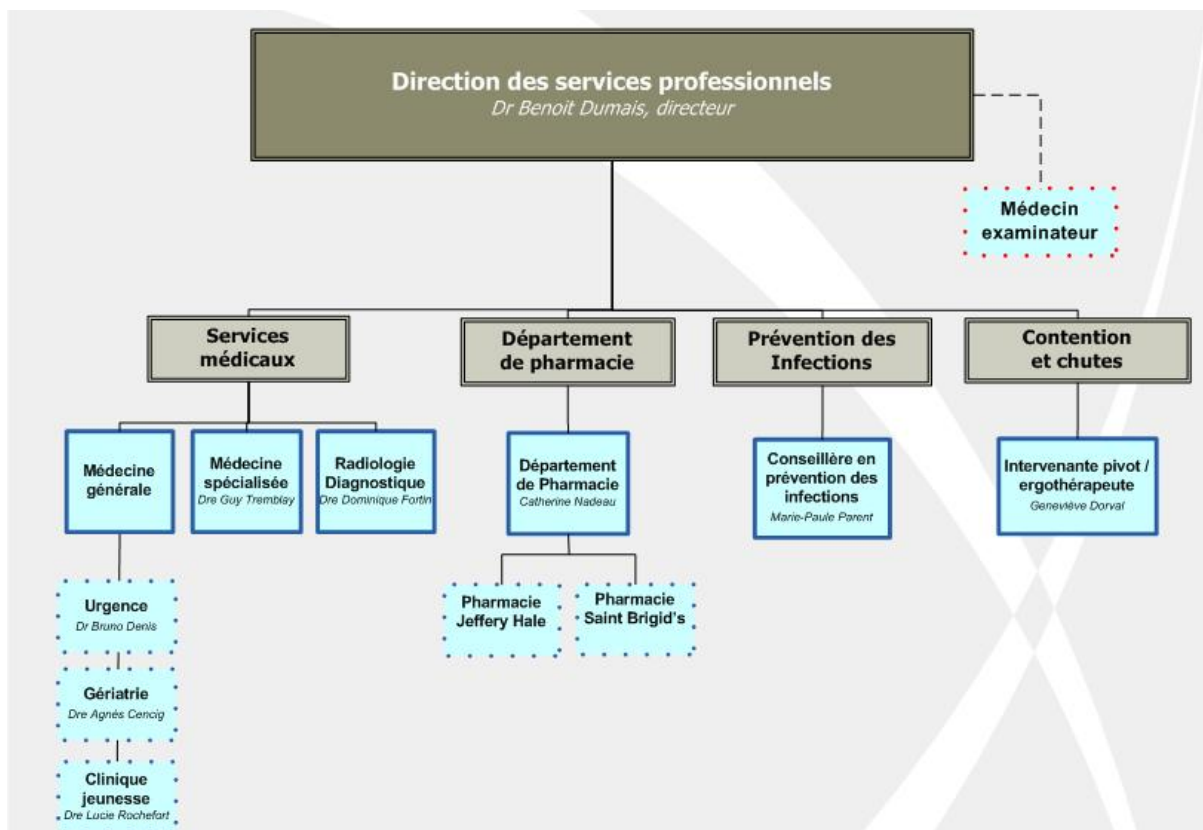
Cette direction voit au bon fonctionnement des structures médicales dans les programmes clientèles. Par son programme de prévention des infections, elle contribue à assurer un milieu sécuritaire à nos usagers. Elle veille aussi à la préparation et à la distribution adéquate des médicaments, et enfin,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

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

Benoît Dumais, M.D.

Directeur des services professionnels et médecin examinateur

Organigramme – DSP au 31 mars 2015



Services médicaux

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

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

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

1. Le fonctionnement du département de gériatrie et de soins palliatifs, du département de l'urgence, du comité de prévention des infections et du comité de contention et chutes a été assuré adéquatement. Ces différentes structures se sont acquittées de leurs tâches de façon normale en cours d'année.
2. La Direction des services professionnels a contribué étroitement à l'objectif de l'atteinte de l'équilibre budgétaire en 2014-2015, et cela en fonction de ses responsabilités.
3. En cours d'année, nous avons poursuivi la consolidation du fonctionnement étroit entre la Direction des services professionnels et la Direction des soins infirmiers et de la qualité en rapprochant l'ensemble des conseillères soutenant le fonctionnement de ces directions et en consolidant le soutien administratif de ces deux directions cliniques conseils qui sont des directions de soutien et de conseil professionnel à l'ensemble des programmes cliniques de l'établissement.
4. La planification des effectifs médicaux est demeurée en 2014-2015 une préoccupation constante autant au département de l'urgence qu'au département de gériatrie et de soins palliatifs. La situation s'est corrigée en cours d'année en gériatrie et soins palliatifs par l'ajout de trois médecins. Au département de l'urgence, la situation a été problématique et a nécessité le soutien de plusieurs médecins militaires qui nous ont offert une disponibilité très appréciée; malgré notre insistance, l'Agence et le Département régional de médecine générale (DRMG) ont refusé de nous accorder des activités médicales particulières (AMP) afin de faciliter l'attraction de médecins intéressés à notre département de l'urgence : à cet effet, nous maintiendrons notre insistance auprès des instances médicales du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Pharmacie

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

Parmi les réalisations d'envergure qu'a réalisées le service de pharmacie, notons :

- L'ajout de stages pour les étudiants au doctorat en pharmacie (gériatrie) et pour les étudiants à la maîtrise en pharmacie d'hôpital (soins palliatifs).
- Les formations données en soins palliatifs à plusieurs niveaux : Facultés de médecine et de pharmacie, Congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ), Groupe de développement professionnel de la Maison Michel-Sarrazin (MMS).
- La délégation optimale des tâches aux assistantes techniques en pharmacie (ATP) avec la « vérification contenant-contenu (VCC) à l'aide du lecteur code à barres ».
- La révision de nombreuses politiques, procédures, protocoles (médicaments à haut risque, processus du bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'équipe de consultation spécialisée en gériatrie et gérontopsychiatrie (ECSGG), délégation de la VCC, etc.) ainsi que de la médication au formulaire (inhibiteur des pompes à protons (IPP), médication ORL, antiviraux, etc.) voir comité de pharmacologie.
- La participation à deux nouveaux comités locaux :
 - Programme de soins palliatifs (coordination, pratiques professionnelles) et aux différents comités pour les travaux de rénovation du 3^e étage au Jeffery Hale (déménagement des clientèles, aménagement des locaux, etc.).
 - CMDP sur la loi 2.
- Réalisation de deux études prospectives :
 - Revue d'utilisation des médicaments (RUM) sur la calcitonine (comité de pharmacologie).
 - Analyse prospective- administration sécuritaire des médicaments à haut risque (comité de gestion des risques et de la qualité).
- Sécuriser le circuit du médicament via le comité pharmaco-medico-nursing (allergies, protocoles insuline, entredoses d'opioïdes, timbres de fentanyl, vide d'air des papillons, début de validité des ordonnances en hébergement permanent, projet « zone sécuritaire pour les médicaments », etc.
- Présentation au Conseil d'administration et au comité de gestion sur les causes et solutions de la pénurie de médicaments.

Prévention des infections

Le programme de prévention des infections repose sur un service clinique dont les responsables étaient au 31 mars 2015 : madame Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité, D^r Benoît Dumais, directeur des services professionnels et madame Marie-Paule Parent, conseillère en prévention des infections. Depuis avril 2015, madame Brigitte Paquette, responsable des services généraux et communautaires, assure l'intérim en remplacement de madame Hobbs Robert.

Le comité de prévention des infections a pour mandat de maintenir à jour les objectifs du programme et de déterminer les priorités d'action selon les exigences d'Agrément Canada. Il exerce un rôle-conseil et de recommandations pour la création d'outils de travail et l'élaboration de politiques et procédures concernant la prévention des infections. Avec le programme de prévention des infections, le comité s'assure que les activités de prévention des infections sont pertinentes, efficaces et équitables pour la clientèle. Le programme a fait l'objet d'une évaluation cette année qui a mené à des modifications de son contenu.

Le service de prévention des infections a atteint tous ses objectifs de l'année. Certains objectifs sont en continu et reconduits annuellement tels que la surveillance des infections, les audits et la formation. Les objectifs spécifiques de 2014-2015 visaient notamment :

- La surveillance des infections nosocomiales.
- La mise à jour des dossiers du site de prévention et contrôle des infections sur Intranet.
- La participation à la formation à l'embauche, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et de la qualité.
- La planification de la journée internationale de l'hygiène des mains pour le personnel, les bénévoles, les résidents et leurs familles.
- La participation à la formation en cours d'emploi du personnel de soins.
- La collaboration à la campagne de vaccination contre l'Influenza pour les résidents, les familles, les bénévoles et les employés, avec les services généraux, les services communautaires et les ressources humaines.
- La vérification et la vaccination avec le « Pneumovax 23 » des nouveaux résidents.
- L'élaboration et la mise en place de la politique sur l'administration du vaccin contre les pneumocoques.
- L'élaboration et la mise en place de la procédure de protection contre la maladie à virus Ebola (MVE).
- L'élaboration et la mise en place du protocole de surveillance des cas de tuberculose selon les directives de la direction de santé publique.
- L'élaboration du protocole de préparation et d'initiation de l'administration du Tamiflu en hébergement, en collaboration avec le comité de pharmacologie
- L'élaboration du programme de formation en prévention et contrôle des infections.

Le comité de prévention demeure actif dans tous les dossiers concernant la prévention, les soins et la sécurité des usagers. Les réalisations de cette année auront permis de mieux outiller les équipes de soins pour intervenir rapidement lors d'apparition d'éclosions, ou lors de la visite de patients présentant une problématique spécifique à l'urgence.

Recommandations

- Poursuivre la formation au personnel concernant la mise en place des nouveaux protocoles.
- Mettre en place le programme de formation du personnel.

Contention et chutes

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

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

Note : Les données comparatives des deux dernières années sont disponibles sous la rubrique 2.7 Qualité et sécurité des soins et services.

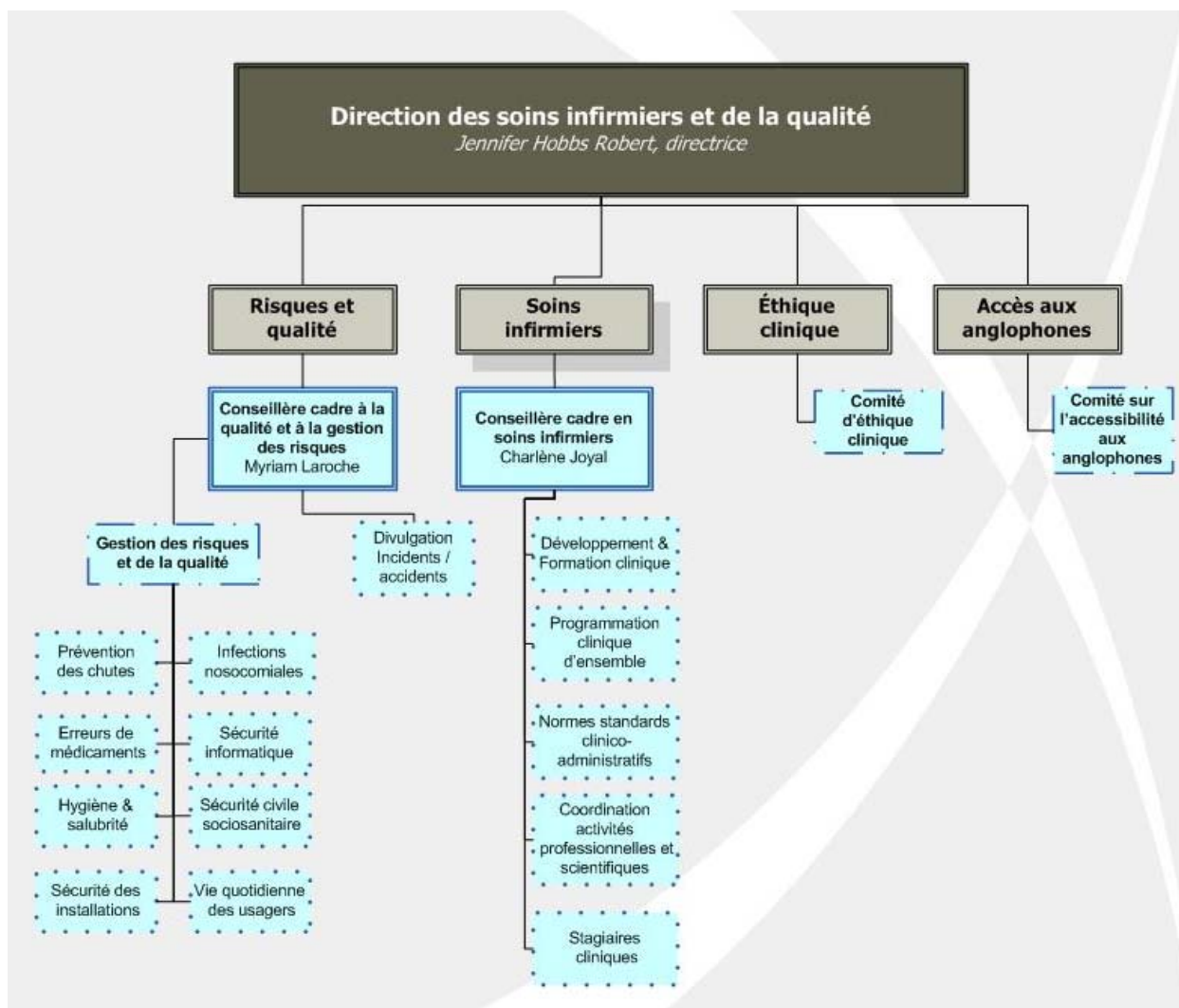
3.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité

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

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

Jennifer Hobbs Robert
 Directrice des soins infirmiers et de la qualité

Organigramme – DSIQ au 31 mars 2015



Soins infirmiers | Gestion des risques et de la qualité

La priorité de la Direction des soins infirmiers et de la qualité est de travailler collectivement - la direction, le personnel, les usagers, les familles et les bénévoles - afin d'assurer des soins sécuritaires prodigués avec compassion et qui soient à la fois de haute qualité et valables sur le plan de l'éthique. Je profite de cette occasion pour souligner le progrès réalisé, au cours des dernières années, dans la mise en place d'une culture de qualité, sécurité et compassion dans tout ce que nous faisons. Tout d'abord, nos hauts dirigeants y compris notre conseil d'administration sont entièrement engagés à veiller à ce que nos clients soient soignés dans un environnement sécuritaire et sain. Cet engagement est clairement exposé dans notre énoncé de mission et notre plan stratégique. Les objectifs de nos programmes portent sur l'amélioration de la qualité, la réduction des risques et l'assurance que nos services sont, le plus possible, centrés sur le client et empreints de compassion. Nos objectifs sont développés en consultation avec les équipes de soins pour qu'elles soient, à leur tour, engagées dans le processus. Au fil du temps, nous sommes devenus plus habitués à évaluer et mesurer nos résultats en fonction de nos objectifs et de ceux d'autres instances (professionnelles, juridiques, gouvernementales, etc.). Des termes tels que : indicateurs de qualité, identification des risques, rapports trimestriels et analyse prospective font maintenant partie de notre vocabulaire quotidien. Quel progrès nous avons fait ! La plus haute mention décernée à notre établissement par Agrément Canada, soit « Agréé avec mention d'honneur » en témoigne. Ce fut un réel plaisir et honneur pour moi d'avoir fait partie du processus d'amélioration de la qualité toutes ces années passées. Je vous souhaite à tous de continuer sur la voie de la réussite dans votre élan vers l'excellence de nos soins et services. Merci à notre organisation et à tout le personnel de m'avoir permis de travailler dans un milieu stimulant et humain ces trente-trois dernières années. — *Jennifer Hobbs Robert.*

Rehaussement de la pratique infirmière — Nous avons réalisé les formations annuelles récurrentes sur les pompes volumétriques et les glucomètres selon le Plan de développement des ressources humaines (PDRH) dans tous les secteurs d'activités. L'Université de Sherbrooke a accrédité la formation sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence pour sept heures de formation continue. Celle-ci, offerte aux membres de l'équipe interdisciplinaire, incluant les médecins, a débuté en janvier 2015 et s'est terminée à la fin mai 2015.

Une nouvelle ordonnance collective à l'urgence sur la radiographie osseuse a été développée et offerte en février-mars 2015. Les infirmières de l'urgence lanceront son application sous peu, ce qui permettra une prise en charge plus rapide de la clientèle chez qui une fracture est soupçonnée.

Enfin, nous avons élaboré le programme de préceptorat du JHSB et déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale en vue d'un démarrage en 2015-2016.

Amélioration continue de la qualité

Développement des capacités des bénévoles — Nous avons poursuivi l'élaboration du programme-cadre selon les 14 normes de Bénévolat Canada. Notre bilan 2014-2015 inclut les actions suivantes :

- Actualiser l'évaluation des risques par opportunité de bénévolat.
- Développer le programme de formation relativement aux activités à risque.
- Les différents logiciels de gestion des bénévoles sont actuellement à l'étude.

Nouvelles normes (2014-2015) d'Agrément Canada — pour assurer la diffusion des nouvelles normes 2014 et la prise en charge par les programmes, nous avons poursuivi les rencontres qualité avec la présentation des nouvelles normes dans tout l'établissement.

Éthique

La réflexion éthique fait partie du vocabulaire de notre organisation et notre processus de réflexion éthique est bien consolidé. Les faits saillants 2014-2015 du comité d'éthique clinique sont résumés au point 4.2.8 du présent rapport.

3.5 Direction des ressources humaines

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

Cette année, le suivi rigoureux de l'absence de notre personnel a donné lieu à des retombées fort positives pour l'établissement et une réduction significative des coûts qui y sont associés. La pénurie de la main-d'œuvre surtout pour les préposés aux bénéficiaires représente encore un enjeu dans la région. Combiné aux mécanismes déjà en place pour améliorer l'accueil, l'intégration et la reconnaissance du personnel, les deux projets d'organisation du travail, dont l'objectif est de valoriser la profession de préposé aux bénéficiaires et d'améliorer la communication ont contribué à ce succès.

L'établissement a obtenu son accréditation « *Entreprise en santé* ». Le comité de santé et mieux-être a été félicité pour son implication et la réalisation d'activités qui répondent aux besoins exprimés par les employés dans les deux sphères de la norme « *Entreprise en santé* » : l'alimentation et les pratiques de gestion des communications.

Le comité sur les ressources humaines, créé par le conseil d'administration en mars 2013, a contribué au développement du rapport trimestriel des indicateurs en ressources humaines. Le taux d'assurance salaire et de CSST, les taux de roulement et de rétention, les données sur les types d'absence, la fréquence et la gravité des accidents font partie des données présentées aux différentes instances de l'établissement.

Nous avons réalisé un important travail sur la Politique de la gestion des conditions de travail des cadres, incluant une révision complète des nombreux documents qui sont maintenant condensés dans une nouvelle politique.

Notre démarche en vue de se conformer à la Loi sur l'accès à l'égalité en emploi en tant qu'organisme public est presque terminée. Une analyse de notre système d'emploi a permis de prendre des mesures qui sont appliquées à tous les titres d'emploi dont on observe une sous-représentation des personnes issues des groupes visés (femmes, autochtones, minorités ethniques, minorités visibles et personnes handicapées).

Enfin, l'équipe de la Direction des ressources humaines travaille toujours à la recherche de meilleures méthodes et solutions qui contribuent positivement à l'essor de notre établissement.

Ann Martell, directrice des ressources humaines

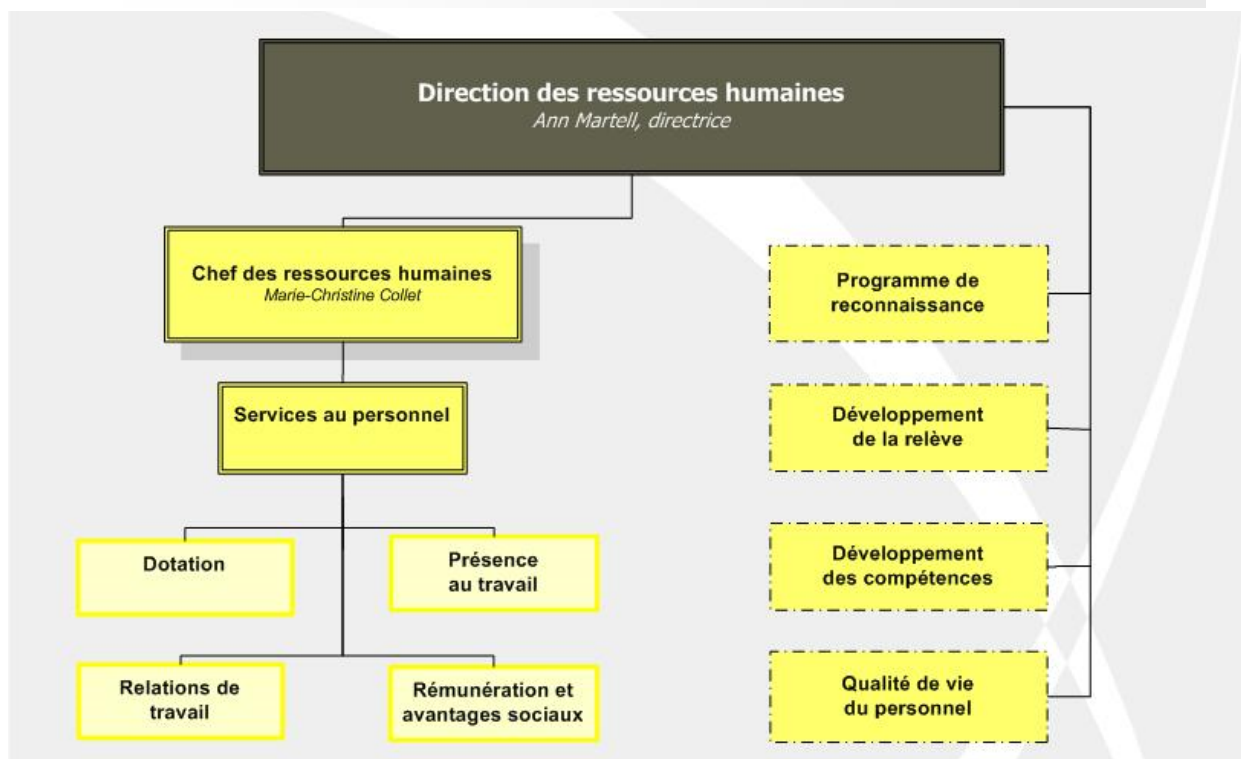
Ressources humaines

Sous la responsabilité de la directrice, madame Ann Martell, et de la chef de service, madame Marie-Christine Collet, la Direction des ressources humaines apporte un soutien direct aux gestionnaires et aux équipes dans les matières suivantes :

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

La DRH regroupe quatre secteurs d'activités principales : la dotation et la liste de rappel, le service de santé, les relations de travail, la rémunération et les avantages sociaux.

Organigramme – DRH au 31 mars 2015



Effectifs du Jeffery Hale – Saint Brigid's au 31 mars 2015 (extrait du rapport financier annuel AS-471)

	Exercice en cours 2014-15	Exercice antérieur 2013-14
Personnel détenteur de postes		
Les cadres (en date du 31 mars 2015)		
▪ Temps complet, nombre de personnes <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi)</i>	18	16
▪ Temps partiel, nombre de personnes Équivalents temps complet <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi)</i>	1 0,8	2 1,6
▪ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Le personnel régulier (en date du 31 mars 2015)		
▪ Temps complet, nombre de personnes <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi)</i>	225	229
▪ Temps partiel, nombre de personnes Équivalents temps complet <i>(excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi)</i>	211 180,15	222 184,38
▪ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Personnel non-détenteur de postes		
Les occasionnels (en date du 31 mars 2015)		
▪ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	114 838	124 620
▪ Équivalents temps complet <i>(Les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile))</i>	62,86	68,21

3.6 Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

La Direction des ressources financières, techniques et informationnelles comprend sous sa gouverne : les services financiers, les services techniques (*hygiène et salubrité, services immobiliers*), les services alimentaires et le service de l'informatique. En tant que programme de soutien, notre direction a toujours eu comme philosophie d'être à l'écoute des programmes clientèles. Elle assure un haut niveau de qualité des services de soutien permettant ainsi d'améliorer l'offre de service destinée à notre population cible.

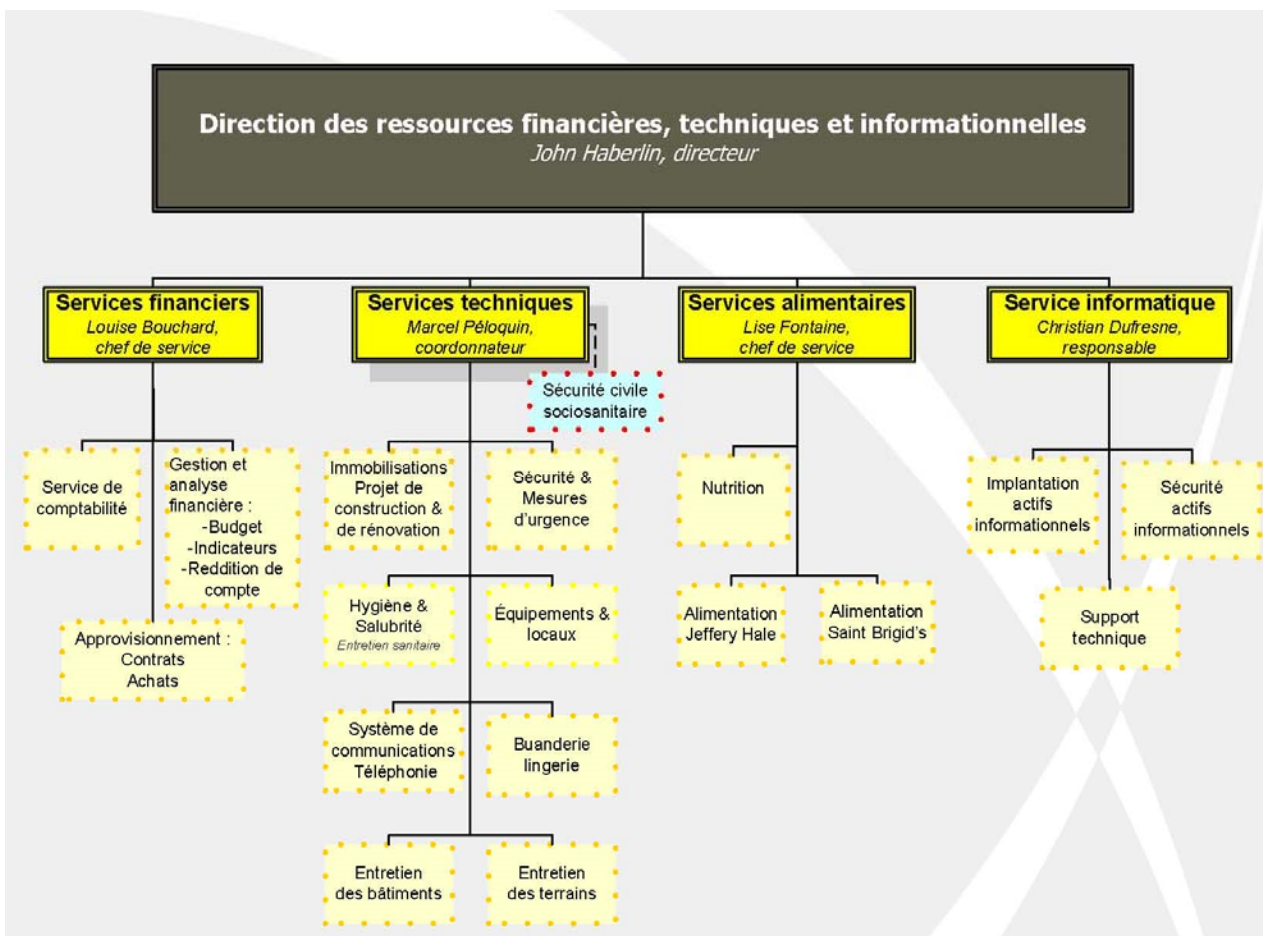
Dans un contexte financier plutôt difficile encore cette année, nous avons eu à soutenir davantage l'ensemble des secteurs d'activité afin qu'ils respectent leurs cibles budgétaires. Plusieurs mesures d'économie et d'optimisation ont été réalisées en cours d'année, nous permettant de maintenir l'équilibre budgétaire.

Notre direction a aussi été fière de contribuer à la qualité et la sécurité des soins, en prenant un rôle plus important au sein du comité de gestion des risques. Nous avons poursuivi la révision de nos pratiques et avons privilégié des approches innovatrices afin d'assurer l'efficacité de nos activités. En tant qu'établissement de petite taille, nous avons toujours eu plusieurs défis à relever, mais nous avons su tirer profit de nos particularités en dépit de nos moyens qui demeurent très modestes.

John Haberlin

Directeur des ressources financières, techniques et informationnelles

Organigramme – DRFTI au 31 mars 2015



Services financiers

Sous la responsabilité du directeur, monsieur John Haberlin, et de la chef de programme, madame Louise Bouchard, ce secteur d'activités propose les programmes, les politiques et les processus en matière d'allocation et de gestion budgétaire. Il met en place les mécanismes permettant d'effectuer les contrôles requis selon les règles de gestion financière en vigueur. Il prépare divers rapports financiers favorisant la compréhension et le suivi rigoureux de la situation financière de l'établissement par les différentes instances, dont l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le conseil d'administration, le comité de vérification, le comité de direction et les gestionnaires. Enfin, il coordonne les activités d'approvisionnement et de négociation des contrats conformément aux politiques et réglementations en vigueur.

Malgré un contexte financier particulièrement difficile en 2014-2015, le Jeffery Hale – Saint Brigid's a terminé l'année financière en équilibre budgétaire dans ses opérations courantes. Ces résultats n'incluent pas, cependant, les coûts liés aux indemnités de départ liés aux abolitions de postes découlant de l'adoption de la Loi n°10 « *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales sur la réorganisation des services de santé* ». Ces coûts, comptabilisés au 31 mars 2015, sont entièrement à la charge des établissements. Pour atteindre ce résultat, nous déposés deux plans de redressement budgétaire qui incluent une série de mesures d'économie administratives telles que la réorganisation du service de gardien de nuit, des économies liées aux fournitures et autres charges et d'autres réductions de coûts sur le plan de la masse salariale. Notons que ces mesures n'ont aucunement touché notre offre de service.

Enfin, au cours de l'année, nous avons actualisé la deuxième phase du projet *Optimisation de la fonction distribution de l'approvisionnement*. Ce projet a permis de réviser nos procédures de distribution, lesquelles sont facilitées par l'acquisition de double casier, améliorant ainsi l'accès aux fournitures médicales sur les unités de soins par le personnel soignant.

Services techniques et immobiliers

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

En 2014-2015, nous avons poursuivi le programme de remplacement des équipements médicaux et non médicaux avec, en priorité, le remplacement des équipements des services alimentaires.

Au cours de l'année, nous avons eu pour plus de 7 283 595 \$ pour la réalisation de projets immobiliers. Ceux-ci incluent entre autres le projet de remplacement des fenêtres au Jeffery Hale et les travaux préparatoires à la création d'une nouvelle unité de soins palliatifs, au 3^e étage du Jeffery Hale. Ces travaux ont débuté en janvier 2015 et devraient se terminer au début de l'automne. Les plans de rénovation de l'extérieur du Pavillon Jeffery Hale ont été finalisés. Les travaux ont débuté à la fin mars et devraient se terminer en octobre prochain.

Les services techniques ont aussi poursuivi la consolidation liée aux normes d'Agrément Canada, notamment en ce qui a trait aux pratiques liées à la sécurité de la clientèle, soit le plan des mesures d'urgence et l'actualisation de notre programme d'entretien préventif.

Services alimentaires

Sous la responsabilité du directeur, monsieur John Haberlin, et de la chef de programme, madame Lise Fontaine, ce secteur assure la gestion des services alimentaires des sites Jeffery Hale et Saint Brigid's. Il propose les programmes, les politiques et les processus en matière d'alimentation et de distribution alimentaire auprès des résidents et des utilisateurs de ces services, selon les normes en vigueur, lesquelles s'inscrivent dans un processus d'amélioration continue de la qualité des services. À cet effet, une politique alimentaire de l'établissement visant la promotion d'une saine alimentation, tout en respectant les choix individuels des résidents et des clientèles, est en vigueur depuis maintenant quelques années.

Au cours de l'année 2014-2015, une consultante a réalisé une étude afin d'optimiser les services alimentaires de l'établissement. Le rapport final, déposé à l'automne 2014, a permis d'établir des mesures et des cibles d'amélioration, dont celle sur l'uniformisation des menus au Jeffery Hale et à Saint Brigid's. Conformément au plan d'action que nous avons établi, les travaux se poursuivent pour actualiser ces recommandations.

Service informatique

Sous la responsabilité du directeur, monsieur John Haberlin, et de nos experts en informatique, messieurs Christian Dufresne et Marc-André Dufour, le service informatique assure le déploiement et la sécurité des actifs informationnels et leur confidentialité dans le respect des politiques en vigueur. Il implante les différentes applications et systèmes d'information de l'établissement en collaboration avec les clients-utilisateurs, à qui il offre le soutien technique. Enfin, il participe aux discussions à la Table régionale des ressources informationnelles permettant la priorisation et l'actualisation des dossiers, de concert avec les autres établissements de la région.

Parmi les réalisations du secteur informatique en 2014-2015, notons particulièrement :

- notre participation au projet pilote visant l'installation d'une nouvelle version du logiciel de courrier électronique, dont l'implantation est prévue prochainement dans la région;
- la révision de la *Politique de la sécurité des actifs informationnels* par les membres du comité de la sécurité des actifs informationnels, auquel nous avons activement participé tout au long de l'année;
- le déploiement du Dossier clinique informatisé ambulatoire finalisé à la fin de l'année ;
- La migration vers la version des plus récents systèmes d'exploitation (Windows 7 et 8) en cours d'année ;
- notre participation à plusieurs comités régionaux de planification de travaux d'importance tels que les dossiers cliniques informatisés, le courrier électronique, « Active Directory » régional, le projet d'un seul centre de traitement informatique pour la région, etc.

Sécurité civile

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

Le Plan local de sécurité civile de l'établissement s'inscrit dans la continuité de cette chaîne d'intervention et devient pour l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's le cadre de référence et le fondement des politiques et procédures spécifiques qui viendront le compléter.

Ce plan poursuit notamment quatre objectifs :

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

3.7 Service des communications

L'établissement peut maintenant compter sur les services d'une technicienne en communications. Celle-ci veille entre autres à l'actualisation du site Internet, de l'Intranet, du canal santé en circuit fermé et de la signalisation bilingue dans nos installations et procède à la mise à jour de diverses documentations bilingues destinées à la clientèle. Elle travaille également en étroite collaboration avec la conseillère en communications des Partenaires communautaires Jeffery Hale qui joue un rôle-conseil auprès de l'établissement dans le développement et l'implantation de procédés de communications favorisant la promotion des réalisations du JHSB et de son offre de service auprès de la population d'expression anglaise de la région de la Capitale-Nationale.

Bilan des activités

Bien que les ressources à notre disposition sont limitées en matière de communication, ce secteur d'activité a connu d'importants développements et réalisé des projets d'envergure en 2014-2015.

- **Promotion de la Qualité / Sécurité** : Design de représentations graphiques simples pour appuyer les communications sur la sécurité des usagers, plusieurs dépliants, communiqués et bulletins d'information sur la sécurité de services spécifiques; membre du comité d'approche attentionnée.
- **L'établissement en lien avec la communauté anglophone** : Articles dans l'hebdomadaire *Québec Chronicle-Telegraph*; conception et mise à jour des dépliants; rapport annuel à la communauté.
- **Image corporative** : Visibilité et promotion du JHSB dans la communauté, en particulier la coordination de notre participation au Pentathlon des neiges – Journée santé et services sociaux et au Défilé de la Saint-Patrick de Québec; mise à jour du site Intranet et du site Internet.
- **Soutien aux directions, programmes et instances de l'établissement** : Production du bulletin de la Direction générale « Au courant » (deux parutions); création d'un site extranet pour la documentation en ligne pour les membres du conseil d'administration; mise à jour de la signalisation extérieure, incluant l'installation d'une enseigne pylône sur le chemin Sainte-Foy, et de la signalisation intérieure, incluant l'expansion du projet des écrans électroniques Advisia Canal Santé dans les salles d'attente de l'urgence et de la clinique externe; soutien à la campagne de promotion annuelle de la vaccination contre la grippe et la journée mondiale d'hygiène des mains; soutien à la création des cours prénataux et des ordonnances collectives en ligne pour la clientèle anglophone.
- **Soutien aux fondations** : Soutien à la Fondation des Amis du Jeffery Hale et à la Fondation Saint Brigid's Home, et à notre campagne conjointe annuelle avec Entraide.

Du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, notre site Internet a accueilli 53 273 visiteurs (comparativement à 45 441, 40 526, et 34 770 des trois années précédentes), parmi lesquels 73 % consultaient pour la première fois (comparativement à 74 %, 72%, et 77 % les trois années précédentes).

Partie 4

Conseils et comités de l'établissement

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

Conseil d'administration

Entrée en fonction : 1^{er} fév. 2012

M. Didier Culat, président
Élu par la population
M. Richard Walling, vice-président, Fondations
M. Louis Hanrahan, DG, secrétaire
M^{me} Margaret Baker, cooptation
M. Simon Clément, cooptation, org. communautaires
M^{me} Joanne Coleman-Robertson
Élu par la population
M. Fred Cribb, nommé par l'Agence
M^{me} Amie Deschamps, CM
M^{me} Chantal Dubois, personnel non clinique
M^{me} Christiane Dion, Agence
M. François Fleury, Comité usagers (démission le 18 juin 2015, poste vacant)
M^{me} Gertrude Grogan, Comité usagers
M. J.-Sébastien Jolin-Gignac, cooptation (remplace Russ Kueber)
M. Roger Lemire, cooptation
M. J. Edward Murphy, cooptation
M^{me} Brenda Rogers, cooptation
M^{me} Catherine Nadeau, CMDP
M^{me} Lucie-Catherine Oumet, CII (remplace Marie-Paule Parent)

Comité administratif

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

Comité de vérification

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

Comité sur les ressources humaines

M. Richard Walling, vice-président, C.A.
M^{me} Amie Deschamps, travailleuse sociale, C.A.
M^{me} Kathleen Dery, infirmière auxiliaire, à Saint Brigid's
M. Gilles Labrecque, préposé aux bénéficiaires, au Jeffery Hale
M^{me} Marie Robitaille, chef de programme, Soutien à l'autonomie des personnes âgées

M^{me} Ann Martell, directrice des res. humaines / membre d'office

Comité de vigilance et de la qualité

M^{me} Christiane Dion, présidente
M. François Fleury, vice-président (démission juin 2014 | poste vacant)
M^{me} Brenda Rogers, secrétaire
M. Louis Hanrahan, DG / membre d'office
M^{me} Jennifer Hobbs Robert, directrice des soins infirmiers et de la qualité / membre d'office
M. Guy Pelletier, commissaire local aux plaintes / membre d'office

Comité de révision des règlements

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

Comité pour l'évaluation du directeur général

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

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

M^{me} Joanne C.-Robertson, présidente
M^{me} Christiane Dion
M. Louis Hanrahan, DG/membre d'office

Les instances professionnelles

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

D^{re} Catherine Gagnon, présidente
D^{re} Micheline Tremblay, trésorière
Un représentant de l'urgence
Dr Hubert Marcoux
D^{re} Agnès Cencig
D^{re} Marie-Ève Martineau
M^{me} Catherine Nadeau, pharmacienne
Dr Benoît Dumais, DSP/membre d'office
M. Louis Hanrahan, DG/membre d'office

Conseil des infirmières et infirmiers

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

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires

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

Conseil multidisciplinaire

M^{me} Amie Deschamps, présidente et membre délégué au C.A.

M. Denis De Montigny, vice-président
M^{me} Stéphanie Breton, agente de communication
M. Mario Soucy, DGA/membre d'office

Autres instances

Comité de gestion des risques et de la qualité

Dr Benoît Dumais, président, DSP, risque rattaché à la sécurité civile
M^{me} Christiane Dion, Conseil d'administration
M^{me} Monique Brisson, Comité usagers
D^{re} France-Valérie Roy, CMDP
M^{me} Stéphanie Breton, t.s., CM
M^{me} Geneviève Dorval, ergothérapeute, risque rattaché aux chutes et contentions
M^{me} Marie-Paule Parent, conseillère en prévention des infections, risque rattaché aux infections nosocomiales
M^{me} Michelle Carrier, pharmacienne, risque rattaché aux erreurs de médicaments
M^{me} Chantal Grenier, pilote de système, risque rattaché à la sécurité informatique
M. John Haberlin, dir. res. financières, techniques et informationnelle, risques rattachés à l'hygiène et salubrité et à la sécurité des installations
M^{me} Lucie Lachance, tech. éduc. spécialisée, risque rattaché aux activités de vie quotidienne
M. Guy Pelletier, commissaire aux plaintes / membre d'office
M^{me} Laurie Richards, pivot gestion des risques et de la qualité / CII / membre d'office
M^{me} Jennifer Hobbs Robert, DSIQ / membre d'office

Comité de révision

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

Comité d'éthique clinique

M^{me} Christiane Dion, C.A.
M^{me} Mariette Dubé, Comité usagers
D^{re} Micheline Tremblay, CMDP
M^{me} Geneviève Dorval, ergo, CM
M^{me} Amanda Mills, inf., CIA
M^{me} Julie Roberge, travailleuse sociale, gériatrie communautaire
M. Jacques Arguin, pastoraie
M^{me} Anne Jougit, physiothérapeute, Gériatrie communautaire
M^{me} Paule Vallières, tech. en éduc. spécialisée, Hébergement SB
M^{me} Marthe Vézine, infirmière, SB
M. Jean-Marc Tanguay, chef des services communautaires, Serv. généraux et communautaires
M^{me} Nathalie Fortin, travailleuse sociale, chef d'équipe, SCLA
M. Gilles Labrecque, préposé aux bénéficiaires, Hébergement Jeff

M^{me} Jennifer Robert, dir. des soins infirmiers et qualité / membre d'office

Comité de pharmacologie

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

Comité des usagers JHSB

M. François Fleury, président, membre délégué au C.A., Services généraux (démission juin 2014 | poste vacant)
M. Nicolas Poirier, vice-président, Comité des résidents SB (démission | poste vacant)
M^{me} Monique Brisson, trésorière, toute provenance
M^{me} Gertrude Grogan, conseillère, membre délégué au C.A. / Services communautaires de langue anglaise
M^{me} Clémence Robitaille, secrétaire, Comité des résidents JH
M^{me} Linda Boucher, conseillère, Comité des résidents SB
M^{me} Mariette Dubé, conseillère, Serv. gériatriques JH (démission septembre 2014 | poste vacant)

Comité des résidents Jeffery Hale

M^{me} Huguette Lavoie, présidente
M^{me} Renée C. Gauthier, vice-présidente
M^{me} Lise Proulx, vice-présidente
M. Alain Côté, résident, trésorier
M^{me} Clémence Robitaille, secrétaire
M^{me} Sylvie Morneau
M^{me} Lucie Desmeules, conseillère cadre en milieu de vie / Personne-ressource

Comité des résidents Saint Brigid's

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

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

4.2.1 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Durant la période 2014-2015, l'exécutif du CMDP s'est réuni à trois reprises et a tenu une assemblée générale de ses membres le 4 juin 2014. Deux réunions ont été annulées en raison des changements actuels liés à la mise en place de la structure organisationnelle du Centre intégré universitaire de santé des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Formulation d'avis au CA ou à la Direction générale

Nominations	Statut	Avis au CA
D ^{re} Sarah Gagné, dentiste	Membre associé du département de dentisterie	13 mai 2014
D ^r Jean Gauthier, médecin de famille	Membre associé du département de l'urgence	13 mai 2014
D ^{re} Catherine Bourget, radiologiste	Membre associé du département de radiologie	13 mai 2014
D ^{re} Geneviève Piuze, Médecin de famille	Membre actif du département de gériatrie et de soins palliatifs	17 juin 2014
D ^{re} Judith Germain, médecin de famille	Membre actif du département de gériatrie et de soins palliatifs	7 octobre 2014
D ^r Jacques Beaudoin, cardiologue	Membre conseil du département de médecine spécialisée	3 février 2015
D ^r François Rousseau, gérontopsychiatre	Membre associé du département de médecine spécialisée	3 février 2015
D ^r El Mostafa Benzaid, médecin de famille	Membre associé du département de l'urgence	24 mars 2015
D ^r François Gagnon, médecin de famille	Membre associé du département de l'urgence	24 mars 2015
D ^r Alain Miclette, médecin de famille	Membre associé du département de l'urgence	24 mars 2015
Démissions		
D ^{re} Sylvie Aubin, médecin de famille	Membre actif du département de médecine d'urgence	2 décembre 2014
D ^{re} Paule Boisvert, médecin expert en soins de plaies	Membre associé du département de médecine spécialisée	2 décembre 2014
D ^{re} Anne-Marie Giroux, médecin de famille	Membre actif du département de médecine d'urgence	2 décembre 2014
D ^r Jacques Legrand, médecin de famille	Membre actif du département de gériatrie et de soins palliatifs	2 décembre 2014
D ^r Louis Montambault, interniste	Membre actif du département de gériatrie et de soins palliatifs	2 décembre 2014
D ^r François A. Auger, microbiologiste et infectiologue	Membre actif du département de biologie médicale	24 mars 2015
D ^r Jacques Bourgeois, interniste	Membre associé du département de médecine spécialisée	24 mars 2015
D ^r Ghyslain Brousseau, radiologiste	Membre associé du département de radiologie	24 mars 2015

Faits saillants et principaux dossiers

Sujets	Tâches accomplies
Adoption de politiques provenant du comité de prévention des infections	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique sur la vaccination contre le pneumocoque
Adoption des ordonnances proposées par le comité de pharmacologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordonnance collective pour le traitement de la constipation ▪ Ordonnance collective pour initier Diclectin pour les nausées et vomissements de la grossesse ▪ Ordonnance collective pour le traitement de l'infection fongique (Candida) de la peau ou muqueuse chez le bébé et chez la mère qui allaite ▪ Substitution automatique du « Valtrex^{md} par Famvir^{md} »
Adoption de mise en garde proposée par le comité de pharmacologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mise en garde est transmise à tous les membres du CMDP concernant l'indication de la rispéridone. Le comité de pharmacologie recommande donc de réévaluer, à la lumière de ces données, les dossiers des résidents recevant ce médicament
Adoption de règlement du département de pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoption du Règlement interne sur l'organisation et le fonctionnement du département de pharmacie
Adoption de règlement du département de l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordonnance collective pour la prescription de radiographie osseuse par l'infirmière
Jugement d'autorisation de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi des dossiers aux six mois ▪ Deux patients #69754 et #241395 sont suivis

4.2.1.1 Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

L'évaluation de la qualité de l'acte se fait par le biais des activités d'évaluation de l'acte dans deux départements : urgence et de gériatrie et de soins palliatifs. Cette responsabilité est décrite dans le rapport de chaque département.

Pour le département de l'urgence, une activité d'évaluation sur le diagnostic et le suivi des cellulites a été présentée à l'exécutif. La conclusion est qu'il n'y a pas de lacune majeure dans la prise en charge des cellulites à l'urgence. Une variabilité de pratique reliée au nombre de médecins impliqués dans la prise en charge du traitement de la cellulite est notée. Une feuille de suivi médical a été développée pour harmoniser les items à considérer dans le suivi et favoriser la continuité des soins. Celle-ci a été expérimentée, modifiée et est maintenant utilisée à l'urgence.

Voici quelques exemples de mécanismes mis en place qui améliorent la pratique :

- l'utilisation généralisée des bilans comparatifs des médicaments à chaque fois qu'un usager hospitalisé ou hébergé arrive ou quitte l'établissement;
- la surveillance périodique de l'utilisation des neuroleptiques en soins de longue durée;
- des audits seront faits sur l'utilisation des *Feuilles d'administration des médicaments* (FADM) et sur la double vérification des narcotiques;
- l'amélioration des communications lors des transferts des quarts de travail.

Par le biais des activités du comité de pharmacologie, une revue d'utilisation des médicaments sur la prescription de la calcitonine a débuté le 10 mars 2014. Le résultat de l'étude réalisée sur une période d'un an a été présenté en avril 2015. Le fait d'établir des indications de prescription de la calcitonine selon les données

probantes et de remplir le formulaire de suivi a permis une utilisation plus rationnelle de ce médicament. Par ailleurs, une diminution des coûts a été constatée. L'évaluation de la qualité se fait aussi par le biais de la participation au comité de gestion des risques et de la qualité.

4.2.1.2 Comité de pharmacologie

Le comité de pharmacologie assume les fonctions suivantes :

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

Réalisations

- Pharmacovigilance :
 - Mise en garde : Risperdal – changement d'indication.
 - Mise en garde Aricept : possibilité de dégradation musculaire; syndrome malin de trouble neurologique et augmentation du QT.
 - Révision de la feuille préimprimée de Tamiflu.
 - Ajout /Retrait au formulaire : Valtrex (retrait), Famvir (ajout).
Rationaliser: les crèmes topiques et les gouttes ophtalmiques.
- Révision de la Politique et procédure sur les médicaments à haut risque.
- Ordonnance collective (OC) : constipation + protocole.
- OC : initier la médication pour traiter la constipation aiguë.
- OC : Xylocaïne pour extraction manuelle d'un fécalome.
- OC : Initier le Diclectin pour les nausées et vomissements de la grossesse.
- OC : Traiter infection fongique (candida) de la peau ou muqueuse chez le bébé et chez la mère qui allaite.

D'autres politiques entérinées par le comité de pharmacologie sont décrites dans la section **pharmacie** du présent rapport.

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

RUM pour l'année 2014-2015 : calcitonine. (Terminé- Divulcation des résultats)

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

Le CII et le CIIA constituent la voix de l'ensemble des infirmières et infirmiers et des infirmières et infirmiers auxiliaires de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Ce comité a pour objectif de reconnaître et de promouvoir la contribution des infirmières et infirmiers ainsi que des infirmières et infirmiers auxiliaires à la qualité des services dispensés à la clientèle. Les membres du CII et du CIIA sont donc porteurs de l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers ; des recommandations sur la qualité des soins et des services, de leur complémentarité ; et de l'organisation scientifique et technique, tout en tenant compte des ressources humaines et financières disponibles.

Bilan des activités

Le CECII-CIIA n'a soulevé aucune difficulté d'ordre éthique. Il a informé ses membres de l'entrée en vigueur d'une nouvelle ordonnance collective (radiographie osseuse) et d'un protocole (la constipation). Il a répondu à 4 demandes de consultations et a pris part au suivi des audits de la Direction des soins infirmiers et de la qualité.

Sur le plan de la formation continue, l'exécutif a organisé 3 formations en classe qui sont maintenant accessibles en ligne par tout le personnel infirmier via la plate-forme Moodle. Conjointement avec le corps médical, un calendrier de discussions de cas cliniques a été présenté. Cette nouvelle avenue de formation continue est très bien accueillie par le personnel soignant. Par ailleurs, les membres de l'exécutif continuent leur participation au sein du comité d'éthique clinique et du comité Entreprise en santé. Dans le cadre d'activités de reconnaissance et de mobilisation des membres du CII et du CIIA, plusieurs candidatures ont été soumises pour différents prix de l'Ordre des infirmières régional et provincial.

Recommandations

- Le CII-CIIA a fait une recommandation à l'ORIIQ en regard des règles d'éligibilité pour les prix annuels.
- Consultation auprès de la DRH sur l'application de la politique sur l'utilisation des médias sociaux.
- Le CECII-CIIA a formulé une proposition à la direction du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour le maintien d'un comité nursing local.
- Le CII-CIIA n'a formulé aucune recommandation au conseil d'administration cette année.

Malgré l'incertitude engendrée par les changements organisationnels depuis l'adoption de la Loi 10, nous avons maintenu notre implication au regard de la qualité des soins et de la formation continue. Seule instance infirmière porte-parole de la communauté anglophone, nous continuerons d'unir nos efforts pour une représentativité nursing locale, et une prestation de soins en harmonie avec les directives qui émaneront de notre nouvel employeur.

4.2.3 Conseil multidisciplinaire (CM)

Le Conseil multidisciplinaire a pour mandat général de :

- Constituer des comités de pairs, les supporter et les encadrer dans leurs projets.
- Formuler des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services offerts par ses membres, l'organisation scientifique et technique de tout centre exploité par l'établissement et les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres.
- Assumer toute autre fonction que lui confie la direction et le conseil d'administration.

Bilan des activités, avis formulés et leurs suites

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

De plus, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire a suivi de près avec la direction de l'établissement l'évolution du projet de loi 10. Le CM collabore depuis l'automne à la mise sur pied du nouveau comité exécutif du conseil multidisciplinaire du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Un avis a ainsi été acheminé au nouveau président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour recommander la mise en place d'une Direction des services multidisciplinaires dans la nouvelle structure.

Consultation et avis émis à la direction

- Consultation et suivi de la mise sur pied du Programme cadre des activités bénévoles.
- Suivi de la mise en application du Cadre de référence et guide de bonnes pratiques pour un milieu de vie de qualité.
- Suivi de la mise en place du Programme d'intervention auprès des personnes présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).
- Suivi des comités de pairs durant les travaux de restructuration du 3^e étage au Jeffery Hale.

4.2.4 Comité des usagers

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

Bilan des activités

Le comité des usagers de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's a tenu son assemblée annuelle le 5 novembre 2014 où il a déposé son rapport annuel d'activité et ses états financiers pour l'année se terminant le 31 mars 2014. Au cours de l'année, les membres du comité se sont réunis cinq fois et ont participé à différentes réunions des comités de l'établissement.

Cette année encore, les membres ont poursuivi leurs travaux sur la refonte et la consolidation du comité. Pour ce faire, ils ont réalisé une démarche avec monsieur Richard Walling, directeur général des Partenaires communautaires Jeffery Hale, assisté de madame Stéphanie Dion, chargée de projet, visant à bien identifier le rôle et les responsabilités du comité et accompagner les membres dans l'exercice de leur fonction auprès des usagers qu'ils représentent. Dans le cadre de cette démarche, le comité a aussi adopté son Règlement sur ses règles de fonctionnement le 4 août 2014.

Le comité est membre du *Conseil de la Protection des Malades* (CPM) ainsi que de la Fédération de la protection des malades.

Enfin, le comité des usagers a perdu l'un de ses valeureux membres, monsieur François Fleury, président du comité des usagers, dont le décès est survenu le 20 juin 2014. Nous garderons toujours le plus beau souvenir de François et de son engagement à faire du JHSB un milieu de vie de qualité, sécuritaire et empreint de compassion.

Perspectives d'action pour 2015-2016

- Lancer le processus d'élection pour combler les postes vacants.
- Suivre les travaux d'aménagement de l'Unité de soins palliatifs et de l'Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF).
- Suivre les étapes du déménagement lors du retour des résidents au 2^e étage du Jeffery Hale de Saint Brigid's de concert avec le comité des résidents du Jeffery Hale.
- Prévoir la refonte des comités suivant les directives du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Reprendre le suivi du plan d'amélioration découlant du Rapport sur le sondage de la satisfaction de la clientèle réalisé entre 2010 et 2012.

4.2.5 Comité de vigilance et de la qualité

En 2014-2015, le comité de vigilance et de la qualité a tenu cinq séances avec un taux de participation de 89 %. Il veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte efficacement de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Il reçoit, analyse et établit les liens entre les rapports de l'établissement de l'ensemble des comités ou des personnes responsables des volets d'amélioration de la qualité et de la sécurité de même que de la satisfaction des usagers. Après analyse, il peut tirer les conclusions nécessaires pour soumettre au conseil d'administration des recommandations intégrées dans un plan d'ensemble portant sur les suites à donner dans une perspective d'amélioration de la qualité des services. À cet égard, le comité de vigilance dépose, outre son rapport annuel, son propre rapport d'activités au conseil d'administration. Les rapports d'autres instances sont également déposés systématiquement au conseil d'administration.

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

- Aucune plainte référée au médecin examinateur en 2014-2015 n'a donné lieu à des recommandations de ce dernier.
- Aucune plainte n'a reçu de suivi de la part du Protecteur du citoyen.

En 2015, le comité de vigilance et de la qualité a repris une recommandation formulée par le commissaire local aux plaintes visant à améliorer la sécurité des balançoires non adaptées pour en formuler une recommandation élargie incluant les installations non adaptées destinées à la disposition de la clientèle. Le comité a aussi maintenu le suivi d'une recommandation antérieure formulée au conseil d'administration relativement à la confidentialité des communications au prétriage à l'urgence. Les directions visées par ces recommandations ont établi des plans d'action comprenant les résultats attendus, les moyens, l'échéancier et l'état d'avancement pour suivre leur évolution jusqu'au dénouement attendu. Une mise à jour des plans d'action est déposée systématiquement au comité de vigilance et au conseil d'administration.

Enfin, le comité de vigilance perçoit un réel engagement de l'établissement découlant des orientations stratégiques et du personnel en général pour assurer des services de qualité et sécuritaires. Des améliorations sont toujours requises à bien des niveaux, mais celles-ci sont adressées avec sérieux et transparence dans un cycle d'amélioration continue qui se solidifie à chaque année. Il est essentiel que tous les secteurs et niveaux de l'organisation soient parties prenantes des efforts d'amélioration, et le comité encourage la direction à maintenir le cap à cet égard. Le travail du comité de vigilance aurait été à poursuivre, mais l'adoption de la Loi 10 met officiellement fin à son mandat. Toutefois, le comité s'assurera de faire suivre

ses recommandations en cours au comité de gestion des risques et de la qualité pour un suivi immédiat d'ici à la reprise de ces responsabilités par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Bilan des objectifs

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

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

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

Recommandations

En début d'année, le comité de vigilance a convenu de formuler des recommandations davantage stratégiques qu'opérationnelles. Il s'est recentré sur son rôle de surveillance de l'ensemble des efforts liés à l'amélioration de la qualité, sécurité et compassion. Les recommandations touchent principalement les services du soutien à l'autonomie des personnes âgées et les services généraux et concernent l'accessibilité des services de même que l'organisation du travail en lien avec la qualité des soins aux usagers.

Objet / Date émise	Recommandation	Bilan
La gestion des demandes et des plaintes sur les unités de soins 2013-05-30	Sensibiliser le personnel sur la Politique de gestion des demandes et insatisfactions des usagers. Fermeture du dossier le 17 mars 2015	Le commissaire local aux plaintes et à la qualité a présenté la Politique sur la gestion des demandes et des insatisfactions des usagers adoptée par l'établissement au personnel de tous les secteurs. Le commissaire local aux plaintes est maintenant présent à Saint Brigid's, à raison d'une demi-journée par semaine.
Confidentialité au prétriage à l'urgence 2013-11-13	Assurer le triage rapide de la clientèle tout en préservant la confidentialité de l'information privilégiée.	Les lieux ont été légèrement modifiés pour en évaluer les effets. Cette évaluation tiendra compte des commentaires du personnel et de la clientèle. Des travaux permanents seront réalisés suite à l'évaluation des modifications temporaires.
Sécurité des balançoires et autres	Améliorer l'utilisation sécuritaire des balançoires	Un suivi sur les mesures de prévention à mettre en œuvre dans

Objet / Date émise	Recommandation	Bilan
équipements destinés à la clientèle 2014-11-27	externes et autres équipements semblables destinés aux résidents. Recommandation du commissaire	un souci d'utilisation sécuritaire de ces installations sera réalisé au printemps.

Recommandations au CIUSSS de la Capitale-Nationale

Le comité de vigilance et de la qualité du Jeffery Hale – Saint Brigid's recommande au CIUSSS de la Capitale-Nationale de prévoir le maintien d'une instance conseil vouée à la gestion des risques et de la qualité pour l'établissement. Cette instance permettra d'assurer le succès continu de l'amélioration de la qualité au Jeffery Hale – Saint Brigid's par une présence et une vigie constante des mécanismes locaux tout en tenant compte des caractéristiques linguistiques et culturelles.

Dans le même esprit, le comité recommande fortement que du personnel avec des responsabilités au regard de l'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et du traitement des plaintes bilingues, soit localisé au Jeffery Hale – Saint Brigid's, tout en étant attaché aux secteurs pertinents du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

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

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

Dans cette perspective et de façon générale, le rôle du CGRQ consiste à réaliser les mandats que lui dictent le conseil d'administration ou la Direction générale relativement à la gestion des risques et l'amélioration continue de la qualité.

Bilan des activités

Le comité de gestion des risques et de la qualité a tenu cinq rencontres en 2014-2015 et a poursuivi les objectifs suivants :

- Poursuivre et assurer la diffusion des bulletins « *Action prévention* ».
- Poursuivre et assurer la transmission des rapports trimestriels dans tous les secteurs de l'établissement.
- Modifier le rôle de la conseillère cadre en gestion des risques.
- Analyser et formuler des recommandations sur des processus à haut risque de l'établissement.
- Effectuer le suivi des rapports de coroner.
- Suivre l'avancement de l'amélioration continue de la qualité.

Recommandations à la direction

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

- Consolider les connaissances et pratiques relatives au déplacement sécuritaire des usagers (25 décembre 2012).
- Assurer la transmission adéquate des informations aux préposés aux bénéficiaires avant le début de chaque quart (6 novembre 2013).
- Assurer la gestion plus optimale et sécurisée des technologies d'aide à la surveillance (moniteur de mobilité) (2 avril 2014).

Le 14 janvier 2015, le CGRQ a formulé trois nouvelles recommandations à la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées visant à assurer :

- la fiabilité des informations dans Clinibase, soit répondant – urgence 1, du secteur hébergement;
- l'utilisation sécuritaire d'une quantité suffisante de ceintures de marche dans les secteurs hébergement;
- la saisie des données relatives aux indicateurs de qualité (chutes, plaies, douleur).

En conclusion, le comité de gestion des risques et de la qualité du Jeffery Hale – Saint Brigid's prévoit poursuivre son mandat jusqu'au moment où elle recevra des directives découlant de la nouvelle gouvernance de gestion des risques et de la qualité du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Le comité assurera ainsi le suivi des recommandations antérieures et des recommandations du comité de vigilance et de la qualité. L'instance locale assurera l'amélioration continue de la qualité au Jeffery Hale - Saint Brigid's par une présence et une vigie constante des mécanismes locaux tout en tenant compte des caractéristiques linguistiques et culturelles.

4.2.7 Comité de révision

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

Cette année, le comité n'a reçu aucune demande de révision.

4.2.8 Comité d'éthique clinique

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

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

Bilan des activités en lien avec ses objectifs

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

- a) Promouvoir le rôle du CEC dans l'établissement.

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

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

« L'examen des cas et discussion » constitue un point permanent à l'ordre du jour des rencontres du CEC qui contribue à le familiariser davantage avec le « Cadre de prise de décision de l'éthique » de JHSB. Le comité a également fait la promotion de son rôle auprès des différentes instances de l'établissement et a demandé à l'ensemble des équipes de travail d'en faire la promotion.

Le comité demeure en tout temps une ressource à l'interne pour répondre à des besoins pouvant émerger de notre quotidien avec nos clientèles.

- c) Formuler des recommandations/avis relatives à des sujets où le conflit de valeurs peut être présent.

Lors de notre activité thématique, nous présenterons le « Guide sur la réflexion sur les objectifs de soins en contexte de maladie grave et de fin de vie ».

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

En raison du report de notre activité thématique de l'année 2013-2014, le comité a tenu cette année deux activités liées à l'éthique clinique : La roue de l'éthique en septembre sur l'alimentation et l'hydratation en fin de vie et la présentation-conférence sur les objectifs de soins en contexte de maladie grave et de fin de vie.

- e) Répondre aux demandes de consultation sur la pratique de l'éthique clinique au sein de notre établissement.

Le CEC a reçu une demande de référence qu'il a traitée en comité plénier au mois de janvier 2015.

Recommandations au CIUSSS de la Capitale-Nationale

Dans le contexte où notre établissement maintient sa propre entité légale avec sa propre réalité, nous espérons de tout cœur maintenir notre instance locale afin de :

- Continuer de promouvoir l'implication et la mobilisation des membres du CEC.
- Continuer à sensibiliser et encourager la soumission des demandes de consultation reliées aux enjeux de l'éthique clinique.
- Effectuer le suivi des demandes de consultation aux membres.
- Assurer l'actualisation d'au moins une activité d'information/formation ou sensibilisation qui sert à soutenir la pratique de l'éthique clinique au sein de notre établissement.

Partie 5

L'établissement en lien avec la communauté

5.1 La contribution des bénévoles : le généreux don de soi

Nous désirons souligner le soutien remarquable de nos bénévoles qui veillent sur la qualité de vie de nos résidents et de notre clientèle. Le fait d'avoir à répondre aux besoins de base de notre clientèle exerce sur nous d'énormes pressions. Le généreux don de soi de nos bénévoles apporte à nos services une dimension pleinement humaine. Nous les en remercions de tout cœur et nous poursuivrons, en 2015-2016, l'élaboration du programme cadre à l'activité bénévole pour toujours mieux les soutenir.

Réalisation :	Animation du milieu de vie et bénévolat					
Résultats obtenus	Indicateurs de performance					
Contribution des bénévoles au Jeffery Hale et à Saint Brigid's Soulignons quelques événements significatifs qui ont généré une présence exceptionnelle des bénévoles, des résidents, des familles et des membres de la communauté : <ul style="list-style-type: none"> Repas communautaire à l'occasion de Noël, célébration de la Saint-Valentin, du Carnaval et du temps des sucres, pique-nique et bien d'autres fêtes thématiques. 	Activités Saint Brigid's	Nbre d'heures		Activités Jeff	Nbre d'heures	
		13-14	14-15	13-14	14-15	
	Soins spirituels	450 h	95 h	Boutique	1 875 h	1 804 h
	Cafétéria	200 h	390 h	Héberg.	4 545 h	4 509 h
	Act. thérapeutiques	500 h	225 h	CA & comités	524 h	621 h
	Activité de la Guild	1 400 h	1 455 h	Club récréatif	150 h	150 h
	Assistance aux repas	325 h	338 h	Golf	160 h	160 h
	Escortes médicales	100 h	100 h	Fondat. Amis	200 h	200 h
				Journal	850 h	600 h
				l'Entre-Nous		
	Total :	2 825 h	2 975 h		6 500 h	7 871 h

Contribution des bénévoles aux Services communautaires de langue anglaise

Les bénévoles représentent une des plus grandes ressources de la communauté anglophone. Leur contribution est essentielle aux Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale. En effet, plusieurs de nos programmes et activités reposent essentiellement sur la contribution de nos bénévoles. Sans le généreux don de leur temps, notre clientèle serait privée de multiples programmes.

	2013-2014	2014-2015
Nombre de bénévoles	130	
Nombre d'heures	633,5	
Liste des programmes :		
<ul style="list-style-type: none"> Baby Food Purée Baby Book Bags Bus Buddy Chitchat Club Community Christmas Hamper Campaign Community Events Day Centre 	<ul style="list-style-type: none"> Friendly calls/visits In-Home Stimulation Income Tax Moms' Nite Out Park Playdates Special Needs Take-a-Break Drop In 	<ul style="list-style-type: none"> Telephone Check-In Travellin' Toddler Time Transportation (<i>Medical appointments, grocery shopping and errands</i>)

5.2 La contribution des fondations

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

La Fondation des Amis du Jeffery Hale a versé plus de 23 000 \$ pour des activités visant à améliorer les services à la clientèle. Elle a entre autres participé au financement de diverses activités organisées pour la clientèle et de reconnaissance du personnel.

Le tournoi de golf annuel de la Fondation des Amis du Jeffery Hale a eu lieu au Club de golf de Cap-Rouge, le 11 septembre 2014, sous la présidence du Dr Gabriel Gosselin. Grâce à plus de 89 golfeurs et amis, 20 000 \$ ont été amassés. Sincères remerciements au comité organisateur et à tous les participants pour le succès de cette activité caritative encore cette année !

La Fondation Saint Brigid's a, pour sa part, financé différentes activités reliées à la qualité de vie de la clientèle pour un montant totalisant 83 750 \$. De plus, la fondation a participé au financement de l'embauche d'étudiants de la communauté pour animer des activités auprès de la clientèle.

La Fondation Citadel a financé 21 000 \$ pour notre programme estival d'emplois étudiants. Ce programme permet à des étudiants de travailler durant l'été pour assister les éducateurs spécialisés lors d'activités dirigées pour les résidents. Cette initiative offre ainsi à plusieurs étudiants de la communauté anglophone la possibilité de vivre une expérience de travail enrichissante auprès des personnes âgées.

Les Partenaires communautaires Jeffery Hale ont poursuivi leur contribution pour plus de 150 000 \$ à notre établissement en finançant les services de notre conseillère en communication et d'une organisatrice communautaire qui contribue grandement au bien-être de notre clientèle.

5.3 La contribution de Saint Brigid's Guild

La Saint Brigid's Guild est un organisme composé de bénévoles qui soutiennent l'œuvre de Saint Brigid's de mille et une façons depuis 1968. L'organisation a d'ailleurs souligné les 45 années de cet organisme. Cette année, au-delà des innombrables heures de bénévolat de ses membres, la Guild a généreusement contribué pour 148 000 \$ en équipements et services permettant à la résidence d'offrir un milieu et une qualité de vie qui agrémentent le quotidien de tous.

Enfin, nous tenons à rappeler la participation financière de la Guild qui s'est engagée, en 2012, à financer l'entretien paysager et le développement du *Jardin Souvenir de Saint Brigid's*, pour une période de dix ans. Cet engagement représente un don de 100 000 \$. Nous leur en sommes fort reconnaissants.

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

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

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

- *Sous la gouvernance communautaire, la communauté de langue anglaise de la Capitale-Nationale peut accéder à une variété de services de santé et de services sociaux adaptés à ses besoins et valeurs selon une approche combinée et coordonnée, impliquant les*

secteurs communautaires, publics et privés. Cette relation interdépendante et multisectorielle est la pierre angulaire essentielle qui soutient la vitalité de la communauté minoritaire d'expression anglaise de la région.

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

Une communauté de soins

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

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

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



Partie 6

Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs

Le comité de gouvernance et d'éthique est chargé de veiller à l'application du Code d'éthique et de déontologie. Ce dernier a fait l'objet d'une révision au début de 2014-2015 que le conseil d'administration a adoptée le 13 mai 2014. Le code est reproduit intégralement dans la présente section.

Rapport annuel du comité de gouvernance et d'éthique

Conformément à ses règles de fonctionnement, le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement a notamment pour fonctions d'élaborer :

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

Bilan des objectifs

Le comité dresse un bilan positif de l'état d'avancement de l'ensemble des objectifs poursuivis durant l'année. Aucune situation potentielle de conflit d'intérêt n'a été portée à son attention au cours de l'exercice 2014-2015. Par ailleurs, le mandat du responsable de l'observation des règles contractuelles (RORC) a été révisé pour y inclure les responsabilités découlant de la *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État* (LGCE) en plus de celles de la *Loi sur les contrats des organismes publics* (LCOP).

Le conseil d'administration a adopté le nouveau code d'éthique de l'établissement le 24 mars 2015.

Objectifs 2014-2015	Bilan
Compléter les objectifs non atteints de 2013-2014 :	
○ Planifier deux grandes formations sur des thèmes prioritaires.	Le comité a annulé la formation sur la gestion de crise planifiée prévue le 11 novembre en raison du projet de loi 10 annonçant l'abolition possible du C.A. et une nouvelle structure de gouvernance.
○ Rédiger un projet de Politique sur les dons et commandites.	Prévus pour l'automne 2014, les travaux ont été suspendus en raison du projet de loi 10.
○ Consulter les instances professionnelles sur le projet de Politique sur l'évaluation du fonctionnement et de la performance du CA, des comités et des conseils professionnels.	Prévus pour l'automne 2014, les travaux ont été suspendus en raison du projet de loi 10.

Objectifs 2014-2015	Bilan
<ul style="list-style-type: none"> ○ Adapter la Politique sur l'évaluation du fonctionnement et de la performance du C.A. pour usage par les comités du C.A. et les conseils professionnels. 	Prévus pour l'automne 2014, les travaux ont été suspendus en raison du projet de loi 10.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Élaborer un Plan intégré de prévention contre la collusion, la corruption et les conflits d'intérêt qui portera également sur l'encadrement du rôle de gouvernance des administrateurs et sur l'évaluation des risques. 	Prévus pour l'automne 2014, les travaux ont été suspendus en raison du projet de loi 10.
<p>Réévaluer l'ordre du jour standardisé à l'automne 2014.</p>	Le 7 octobre 2014, le comité a sondé la satisfaction des membres du C.A. concernant l'utilisation de l'ordre du jour standardisé en vigueur depuis septembre 2013. Celui-ci avait pour but d'améliorer le fonctionnement des séances en donnant priorité aux points majeurs.
<p>Assurer l'implantation soutenue du C.A. sans papier.</p>	Dépôt des documents dans une section sécurisée développée pour les administrateurs. Prêt de 7 iPad par les Partenaires, les autres utilisent leur équipement personnel et quatre utilisent le papier. Sondage de satisfaction réalisé auprès des membres le 7 octobre.
<p>Élaborer une politique d'évaluation de la contribution des membres du C.A.</p>	Prévus pour l'automne 2014, les travaux ont été suspendus en raison du projet de loi 10.
<p>Planifier la succession des membres du C.A.</p>	Un plan d'action a été retenu et la cueillette d'information entreprise. Toutefois, à l'automne 2014, le comité a convenu de mettre ce projet en suspens suite au dépôt du projet de loi 10. L'entrée en vigueur de la loi, adoptée le 6 février 2015, marquera la fin du mandat du C.A. et rendra caduque cette démarche.

Suite à un sondage réalisé auprès des membres du conseil en 2014, le comité a identifié leurs besoins en formation et planifié des activités de formation avant chaque séance régulière du conseil. Cette année, les activités de formation ont porté sur les thèmes suivants :

- | | |
|---|--|
| 1. Pénurie de médicaments
17 juin 2014 | 5. Gestion contractuelle
3 février 2015 |
| 2. Normes de bénévolat
7 octobre 2014 | 6. Programme d'audit et de suivi
31 mars 2015 (annulée) |
| 3. Gestion de crise (3 heures)
11 novembre 2014 (annulée) | 7. Structure organisationnelle
28 avril 2014 (annulée) |
| 4. Désinfection / hygiène, etc.
2 décembre 2014 | |

Trois formations ont été annulées en raison du projet de loi 10.

Recommandations

Les membres du comité de gouvernance et d'éthique de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's recommandent au CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- de bien soutenir le comité consultatif du Jeffery Hale – Saint Brigid's et de lui fournir les ressources qu'il requiert afin d'assurer qu'il joue son rôle conseil et de liaison entre le milieu Jeffery Hale – Saint Brigid's, la communauté et le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Conclusion

Bien avant l'obligation d'instaurer le comité de gouvernance et d'éthique, notre conseil d'administration avait créé un Comité d'éthique et de déontologie des administrateurs, lequel avait déjà commencé ses travaux et faisait annuellement rapport au conseil en matière d'éthique et de déontologie des administrateurs.

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

Le travail aurait été à poursuivre, toutefois, l'adoption de la Loi 10 met fin au conseil d'administration du Jeffery Hale – Saint Brigid's et rend caduque la poursuite des efforts du comité de gouvernance et d'éthique.

Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs

Le présent Code d'éthique est en vigueur depuis le 13 mai 2014.

Préambule

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du Conseil d'administration de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des Conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

Les membres du Conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des Établissements qu'ils administrent et de la population desservie.

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficaces, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le Conseil d'administration de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

Les valeurs et la vision de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel. On retient la volonté d'assurer que la qualité, la sécurité et la compassion soient au rendez-vous de toutes nos activités. Également, l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux, notamment au regard de l'accessibilité et la continuité des soins et services.

Article 1 - Dispositions générales

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de favoriser la transparence au sein du Conseil d'administration de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

- 1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- 2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- 3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- 4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- 5° Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur de l'Établissement l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

Article II – Définitions et interprétation

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

- a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
- b) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;
- c) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le Conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
- d) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
- e) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
- f) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;
- g) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;

- h) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;
- i) **Établissement** : désigne Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's;
- j) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement 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;
- k) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;
- l) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- m) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;
- n) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement¹;
- o) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant 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. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
- p) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

Article III – Principes d'éthique

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste².

- 3.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.
- 3.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
- 3.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.
- 3.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

-
- 1. Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).
 - 2. ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Éthique et directeur général*, février 1987, p. 5.

- 3.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, d'efficacité, de qualité, de sécurité, de compassion dans les soins et services à la clientèle et la vie au travail auxquels s'engage l'établissement.
- 3.6 L'administrateur exerce ses responsabilités en tenant compte des orientations locales, régionales et nationales ainsi que des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.
- 3.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.
- 3.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

Article IV – Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs³.

Disponibilité et participation active

- 4.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

Respect

- 4.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- 4.3 L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- 4.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

- 4.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

Neutralité

- 4.6 L'administrateur 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 à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- 4.7 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

- 4.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

3. AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

Discrétion et confidentialité

- 4.9 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- 4.10 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.
- 4.11 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.
- 4.12 Tout administrateur est responsable d'une utilisation appropriée des actifs informationnels mis à sa disposition. En ce sens, il ne doit pas copier, autrement reproduire, télécharger, transmettre ou diffuser des renseignements personnels ou confidentiels sans l'autorisation préalable de l'établissement, y compris en fin de mandat.

Relations publiques

- 4.13 L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias, lorsqu'adoptée.

Charge publique

- 4.14 L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- 4.15 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

- 4.16 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.
- 4.17 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

- 4.18 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- 4.19 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

- 4.20 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.
- 4.21 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Article V – Administrateurs indépendants

- 5.1 L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

Article VI – Conflit d'intérêts

- 6.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.
- 6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
 - Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
 - Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
 - Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
 - Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.
- 6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 6.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur 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., c. V-1.1).
- 6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.
- 6.9 La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nul, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Article VII – Fin du mandat

- 7.1 Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

- 7.2 L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.
- 7.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 7.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- 7.5 L'administrateur 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 ou un contrat auprès de l'Établissement.

Article VIII – Application du code

8.1 Adhésion au Code

- 8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.
- 8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
- 8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

- 8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :
- Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
 - Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
 - Informers les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
 - Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
 - Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
 - Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;
 - Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

- 8.3.1 Le Comité de gouvernance forme, lorsque requis, un comité de discipline composé de trois membres nommés par et parmi ses membres. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant. **Il peut au besoin solliciter la participation d'un autre membre du Conseil d'administration.**
- 8.3.2 Le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.
- 8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.
- 8.3.4 Le Comité de discipline a pour fonctions de :
- Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
 - Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

Article IX – Processus disciplinaire

- 9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.
- 9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de discipline.
- 9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 9.5 Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.
- 9.6 Tout membre du comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 9.7 Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
- 9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées 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.
- 9.9 Le Comité de discipline transmet son rapport au Comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) Un état des faits reprochés;
 - b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le Conseil d'administration dudit rapport à sa prochaine séance régulière.
- 9.10 En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.
- 9.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux*, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
- 9.12 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur de même que la décision de le relever de ses fonctions doivent être écrites et motivées.

- 9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
- 9.14 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives*, (L.R.Q., c. A-21.1).

Article X – Diffusion du Code

- 10.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.
- 10.2 Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Article XI – Dispositions finales

11.1 Entrée en vigueur

- 11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration de l'Établissement.

11.2 Révision

- 11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les trois (3) ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

Partie 7

États financiers résumés et analyse des résultats des opérations

7.1 Rapport de la direction extrait du rapport AS-471

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's	1240-9991	100-00 /

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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


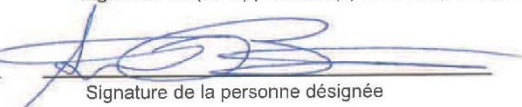
La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

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

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

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

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

<u>2015-06-11</u> Date	<u>Michel Delamarre</u> Président-directeur général Nom <i>J. Fouchard</i>	<u></u> Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
<u>2015-06-11</u> Date	<u>Stéphane Bussières</u> Nom <u>Directeur ressources financières</u> Fonction	<u></u> Signature de la personne désignée

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

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

7.2 États financiers résumés de l'auditeur indépendant au 31 mars 2015

MALLETTE
Société de
comptables professionnels agréés

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

États financiers résumés

Au 31 mars 2015

Accompagnés du rapport d'auditeur indépendant

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Au président-directeur général du
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale,

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état résumé de la situation financière au 31 mars 2015 et les états résumés des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (de la 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 de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's (Établissement) pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de 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

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Établissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP-3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT (suite)

façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers.

Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2015, ainsi que des résultats de ses activités, des surplus (déficits) cumulés, de la variation de ses actifs financiers nets (de sa dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 11 juin 2015, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement à l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

 ⁴

Mallette S.E.N.C.R.L.

Société de comptables professionnels agréés

Québec, Canada

Le 11 juin 2015

⁴ CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique n° A110548

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

ÉTAT RÉSUMÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE - FONDS D'EXPLOITATION

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2015

2014

ACTIFS FINANCIERS

Encaisse	1 239 218 \$	1 776 029 \$
Débiteurs - Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS	651 355	793 362
Autres débiteurs (note 5)	325 864	436 329
Subventions à recevoir - réforme comptable	3 235 243	3 274 209
Autres éléments	65 968	109 501
	5 517 648	6 389 430

PASSIFS

Créditeurs et charges à payer (note 6)	6 038 241	6 012 972
Dettes interfonds	234 503	686 287
Revenus reportés	341 887	410 247
Autres éléments	50 865	21 665
	6 665 496	7 131 171

DETTE NETTE

	(1 147 848)	(741 741)
--	--------------------	------------------

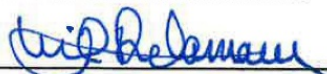
ACTIFS NON FINANCIERS

Stocks de fournitures (note 7)	236 482	266 913
Frais payés d'avance	173 558	99 896
	410 040	366 809

DÉFICITS CUMULÉS

	(737 808) \$	(374 932) \$
--	---------------------	---------------------

Pour le conseil d'administration :


 , administrateur

_____, administrateur

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

ÉTAT RÉSUMÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE - FONDS D'IMMOBILISATIONS

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2015

2014

ACTIFS FINANCIERS

Encaisse	5 678 555 \$	144 422 \$
Débiteurs - Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS	173 072	215 986
Autres débiteurs	61 095	47 287
Créances interfonds	234 503	686 287
Frais reportés liés aux dettes	67 021	22 171
Autres éléments	59 776	70 358
	6 274 022	1 186 511

PASSIFS

Emprunts temporaires	1 740 078	1 224 761
Créditeurs et charges à payer	480 265	424 821
Avances de fonds en provenance de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS - enveloppes décentralisées	6 072 305	2 257 889
Intérêts courus à payer	173 072	215 986
Revenus reportés	1 422 661	1 473 330
Subvention perçue d'avance - réforme comptable	2 238 985	2 811 526
Dettes à long terme (note 9)	18 633 794	16 052 636
	30 761 160	24 460 949

DETTE NETTE

(24 487 138) (23 274 438)


ACTIFS NON FINANCIERS

Immobilisations (note 8)	24 949 283	23 743 797
--------------------------	------------	------------

SURPLUS CUMULÉS

462 145 \$ 469 359 \$

Pour le conseil d'administration :


 administrateur

_____ administrateur

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

ÉTAT RÉSUMÉ DES RÉSULTATS - FONDS D'EXPLOITATION

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2015

2014

REVENUS

Subventions - Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS	26 282 664 \$	26 307 336 \$
Contributions des usagers	5 181 807	5 008 907
Ventes de services et recouvrements	908 891	1 137 713
Revenus de placements	25 920	26 744
Revenus de type commercial (annexe A)	202 901	200 434
Autres revenus (annexe B)	126 634	173 924
	32 728 817	32 855 058

CHARGES (annexe C)

Salaires, avantages sociaux et charges sociales	27 525 856	27 289 607
Médicaments	389 724	516 315
Fournitures médicales et chirurgicales	328 801	286 096
Denrées alimentaires	934 126	913 672
Entretien et réparations	406 377	374 710
Créances douteuses	19 861	15 096
Autres charges	3 486 948	3 449 642
	33 091 693	32 845 138

SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE

(362 876) \$ **9 920 \$**

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

ÉTAT RÉSUMÉ DES RÉSULTATS - FONDS D'IMMOBILISATIONS

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2015

2014

REVENUS

Subventions - Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MSSS	2 135 699 \$	2 127 901 \$
Amortissement des revenus reportés afférents aux donations	48 658	38 200
Revenus de placements	6 225	2 932
Autres revenus	-	22 319
	2 190 582	2 191 352

CHARGES

Frais financiers	634 665	687 649
Dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	74 308	70 224
Amortissement des immobilisations	1 384 598	1 354 194
Perte sur disposition d'immobilisations	93 634	26 612
Autres charges	10 588	-
	2 197 793	2 138 679

SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE

(7 211) \$

52 673 \$

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

ÉTAT RÉSUMÉ DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS DU FONDS D'EXPLOITATION ET DU FONDS D'IMMOBILISATIONS

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2015

2014

FONDS D'EXPLOITATION

DÉFICITS CUMULÉS , début de l'exercice	(374 932) \$	(384 852) \$
Surplus (déficit) de l'exercice	<u>(362 876)</u>	<u>9 920</u>
DÉFICITS CUMULÉS , fin de l'exercice	(737 808) \$	(374 932) \$

FONDS D'IMMOBILISATIONS

SURPLUS CUMULÉS , début de l'exercice	469 356 \$	416 686 \$
Surplus (déficit) de l'exercice	<u>(7 211)</u>	<u>52 673</u>
SURPLUS CUMULÉS , fin de l'exercice	462 145 \$	469 359 \$

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

ÉTAT RÉSUMÉ DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE DU FONDS D'EXPLOITATION ET DU FONDS D'IMMOBILISATIONS

Au 31 mars

2015

2014

FONDS D'EXPLOITATION

DETTE NETTE , début de l'exercice	(741 741) \$	(728 964) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(362 876)	9 920
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Stocks de fournitures	30 431	(25 964)
Frais payés d'avance	(73 662)	3 267
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(43 231)	(22 697)
VARIATION DE L'EXERCICE	(406 107)	(12 777)
DETTE NETTE , fin de l'exercice	(1 147 848) \$	(741 741) \$

FONDS D'IMMOBILISATIONS

DETTE NETTE , début de l'exercice	(23 274 438) \$	(21 020 135) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(7 211)	52 673
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(2 683 721)	(3 687 782)
Amortissement de l'exercice	1 384 598	1 354 194
Perte sur dispositions	93 634	26 612
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	(1 205 489)	(2 306 976)
VARIATION DE L'EXERCICE	(1 212 700)	(2 254 303)
DETTE NETTE , fin de l'exercice	(24 487 138) \$	(23 274 438) \$

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

1. CONSTITUTION ET MISSION

L'Établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) le 20 avril 1970. Il a pour mandat d'exploiter les missions de centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) avec en complément, la mission de centre hospitalier (CH) et des services communautaires de type CLSC. L'Établissement a le mandat particulier de desservir la population anglophone de la région et, à ce titre, tous les services sont aussi disponibles en français et en anglais. L'Établissement assume un rôle de premier plan visant à assurer l'accessibilité et l'adéquation des soins et services offerts à la clientèle anglophone de la région dans sa langue.

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

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

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1^{er} avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's est, depuis le 1^{er} avril 2015, administré par Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (CIUSSS). Un comité consultatif sera constitué pour conseiller le conseil d'administration du CIUSSS, qui administre l'Établissement. Le CIUSSS assume la gestion financière de l'Établissement et les obligations qui s'y rattachent.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'Établissement utilise prioritairement le Manuel de gestion financière établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'Établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir - réforme comptable et le passif au titre des avantages sociaux futurs.

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

Comptabilité d'exercice

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

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, 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 détenus en fiducie.

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 passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01).

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Revenus

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne 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 fédéral ou du Québec, 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.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

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

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

Charges inhérentes aux ventes de services

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

Instruments financiers

En vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux établissements.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet, la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1^{er} avril 2016.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

L'encaisse, les débiteurs - Agence et MSSS et les autres débiteurs sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agence et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer et les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire, le cas échéant, et les placements temporaires.

Débiteurs

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

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

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

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

Créditeurs et autres charges à payer

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

Dettes à long terme

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

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

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

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors-cadre.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisés au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagement des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations majeures aux bâtiments	25 à 40 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Matériel et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	12 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans

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

Frais payés d'avance

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

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stocks de fourniture

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

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

Comptabilité par fonds

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

- Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et activités accessoires);
- 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.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Prêts interfonds

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

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

Classification des activités

La classification des activités 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 accessoires complémentaires : elles 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,
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent 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 des 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.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Avoir propre

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

3. GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'Établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et 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 sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'Établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les débiteurs - Agence et MSSS, les autres débiteurs et la subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	2015	2014
Encaisse (découvert bancaire)	6 917 773 \$	1 920 451 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	824 427	1 009 348
Autres débiteurs	386 959	483 616
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	996 258	462 683
	9 125 417 \$	3 876 098 \$

Le risque de crédit associé aux débiteurs - Agence et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'Agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Les débiteurs - Agence et MSSS sont principalement reçus dans les six mois suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est modéré, car il comprend des sommes à recevoir des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

3. GESTION DES RISQUES FINANCIERS (suite)

Risque de crédit

Afin de réduire ce risque, l'Établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars, se détaille comme suit :

	2015	2014
Autres débiteurs non en souffrance	358 779 \$	480 494 \$
Autres débiteurs en souffrance		
Moins de 30 jours	290	-
De 30 à 59 jours	21 066	9 331
De 60 à 89 jours	3 570	4 715
De 90 jours et plus	45 318	15 282
	70 244	29 328
Provision pour créances douteuses	(42 064)	(26 206)
	28 180	3 122
Total des autres débiteurs	386 959 \$	483 616 \$

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	2015	2014
Solde au début de la provision pour créances douteuses	26 206 \$	20 000 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	29 679	26 206
Montants recouverts	(10 208)	(20 000)
Radiations de créances provisionnées	(3 613)	-
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	42 064 \$	26 206 \$

L'Établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

3. GESTION DES RISQUES FINANCIERS (suite)

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'Établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'Établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'Établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créiteurs-Agence et MSSS, les autres créiteurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime, considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'Agence. Les autres créiteurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créiteurs sont les suivants :

	2015	2014
De moins de 6 mois	3 166 844 \$	2 737 533 \$
De 6 mois à 1 an	-	-
De 1 à 3 ans	-	-
De 3 à 5 ans	-	-
De plus de 5 ans	-	-
Total des autres créiteurs	3 166 844 \$	2 737 533 \$

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 de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

3. GESTION DES RISQUES FINANCIERS (suite)

Risque de marché

L'Établissement n'est exposé qu'au risque suivant :

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'Établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	<u>2015</u>	<u>2014</u>
Emprunts temporaires	1 740 078 \$	1 224 761 \$
Avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées	6 072 305 \$	2 257 889 \$
Dettes à long terme	18 633 794 \$	16 052 636 \$

Les emprunts temporaires, totalisant 1 740 078 \$, portent intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,05 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 6 072 305 \$, un montant de 6 072 305 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

L'Établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

4. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Selon les résultats totaux fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, l'Établissement n'a pas respecté cette obligation légale principalement en raison de la charge relative aux indemnités de départ comptabilisées dans l'exercice.

5. AUTRES DÉBITEURS

	2015	2014
Contribution des usagers	152 656 \$	79 087 \$
Avances aux employés	22 456	43 165
Réclamations de taxes à la consommation	60 340	61 160
Autres	132 476	279 124
	367 928	462 536
Provision pour créances douteuses	(42 064)	(26 207)
	325 864 \$	436 329 \$

6. CRÉDITEURS ET CHARGES À PAYER

	2015	2014
Fournisseurs et frais courus	438 509 \$	660 528 \$
Salaires courus à payer	1 625 362	893 077
Retenues à la source et charges sociales à payer	615 457	755 199
Comité des usagers ou des résidents	5 912	3 341
Provision pour vacances, congés de maladie, assurance salaire et droits parentaux	3 351 662	3 700 260
Autres	1 339	567
	6 038 241 \$	6 012 972 \$

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

7. STOCKS DE FOURNITURES

	2015	2014
Médicaments	82 351 \$	98 058 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	60 030	67 058
Denrées alimentaires	17 741	19 231
Autres	76 360	82 566
	236 482 \$	266 913 \$

8. IMMOBILISATIONS

	2015		2014	
	Coût	Amortis- sement cumulé	Montant net	Montant net
Terrains	314 769 \$	-	314 769 \$	314 769 \$
Aménagement des terrains	179 466	168 357	11 109	13 044
Bâtiments	27 056 186	12 940 920	14 115 266	14 824 870
Améliorations locatives et améliorations majeures aux bâtiments	9 428 559	3 178 706	6 249 853	2 817 225
Mobilier et équipement				
Administratif	737 830	600 928	136 902	146 283
Médical	6 281 669	4 207 318	2 074 351	2 200 961
Autres	2 176 188	1 556 041	620 147	547 160
Développement informatique	175 298	71 979	103 319	129 413
Matériel roulant	55 610	55 610	-	-
Constructions et développements en cours	1 323 567	-	1 323 567	2 750 072
	47 729 142 \$	22 779 859 \$	24 949 283 \$	23 743 797 \$

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Au 31 mars 2015

9. DETTES À LONG TERME

	<u>2015</u>	<u>2014</u>
Financement-Québec		
Billets à terme, échéant en 2028	18 633 794 \$	14 823 627 \$
Emprunts hypothécaires, échéant en 2024	-	<u>1 229 009</u>
	18 633 794 \$	16 052 636 \$

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

10. ANALYSES FINANCIÈRES

Les analyses financières 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014 n'ont pas été reçues à ce jour. Celles-ci seront traitées ultérieurement par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

ANNEXES - FONDS D'EXPLOITATION

Pour l'exercice terminé le 31 mars

2015

2014

A - REVENUS DE TYPE COMMERCIAL

Location d'immeubles - Pavillon JH	171 792 \$	168 604 \$
Parc de stationnement - SB	26 278	26 360
Salon de coiffure - HJHSB	4 831	5 470
	<u>202 901 \$</u>	<u>200 434 \$</u>

B - AUTRES REVENUS

Escomptes de caisse	48 272 \$	40 380 \$
Revenus de stages d'enseignement	8 635	10 594
Location d'espaces	43 152	41 602
Autres	26 575	17 262
Projets et programmes de promotion de la santé	-	64 086
	<u>126 634 \$</u>	<u>173 924 \$</u>

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

ANNEXES - FONDS D'EXPLOITATION

Pour l'exercice terminé le 31 mars

	2015			2014		
	Salaires, avantages sociaux et charges sociales	Autres charges	Total	Salaires, avantages sociaux et charges sociales	Autres charges	Total
C - CHARGES DES CENTRES D'ACTIVITÉS PRINCIPALES						
Développement, adaptation et intégration sociale	28 828 \$	- \$	28 828 \$	39 155 \$	886 \$	40 041 \$
Maladies infectieuses	20 523	1 204	21 727	17 856	470	18 326
Autres activités de santé publique	16 829	-	16 829	13 019	352	13 371
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	13 404	-	13 404	17 444	300	17 744
Services psychosociaux pour les jeunes et leur famille	199 974	5 891	205 865	198 170	7 181	205 351
Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	181 924	3 996	185 920	175 688	5 576	181 264
Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave	36 066	1 045	37 111	20 575	1 280	21 855
Formation donnée par le personnel infirmier	246	-	246	735	-	735
Administration des soins	784 835	83 276	868 111	703 011	89 775	792 786
Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants	2 306 366	85 206	2 391 572	2 262 600	75 020	2 337 620
Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	4 955 552	239 965	5 195 517	4 740 537	191 689	4 932 226
Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	6 102 859	80 579	6 183 438	6 010 856	103 437	6 114 293
Soins infirmiers à domicile	142 852	12 164	155 016	146 240	10 059	156 299
Urgence	1 361 188	126 098	1 487 286	1 372 471	118 090	1 490 561
Hôpital de jour gériatrique	350 301	9 887	360 188	398 731	7 535	406 266
Consultations externes	165 003	1 157	166 160	185 853	1 956	187 809
Inhalothérapie	-	21 605	21 605	-	20 591	20 591
Services de pastorale	-	36 912	36 912	-	33 490	33 490
Santé parentale et infantile	130 802	4 227	135 029	118 871	3 101	121 972
Services psychosociaux	713 454	18 955	732 409	637 734	12 539	650 273
Santé scolaire	197 208	5 412	202 620	173 774	6 139	179 913
Laboratoires de biologie médicale	66 495	8 181	74 676	100 459	33 463	133 922
Électrophysiologie	46 004	3 341	49 345	42 770	2 711	45 481
Endoscopie	-	-	-	3 445	8 799	12 244
Pharmacie	632 668	489 984	1 122 652	614 247	649 291	1 263 538
Imagerie médicale	525 681	128 892	654 573	530 692	160 042	690 734
Physiothérapie	452 138	9 008	461 146	394 238	13 042	407 280
Ergothérapie	461 457	25 558	487 015	395 540	24 810	420 350
Animation/Loisirs	180 313	71 513	251 826	179 196	54 912	234 108
À reporter	20 072 970 \$	1 474 056 \$	21 547 026 \$	19 493 907 \$	1 636 536 \$	21 130 443 \$

Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

ANNEXES - FONDS D'EXPLOITATION (suite)

Pour l'exercice terminé le 31 mars

	2015			2014		
	Salaires, avantages sociaux et charges sociales	Autres charges	Total	Salaires, avantages sociaux et charges sociales	Autres charges	Total
C - CHARGES DES CENTRES D'ACTIVITÉS PRINCIPALES						
Reporté	20 072 970 \$	1 474 056 \$	21 547 026 \$	19 493 907 \$	1 636 536 \$	21 130 443 \$
Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	344 010	19 966	363 976	329 042	15 067	344 109
Gestion et soutien aux programmes - CLSC	276 262	73 778	350 040	223 857	15 449	239 306
Ergothérapie et physiothérapie à domicile	111 845	1 823	113 668	87 449	2 665	90 114
Enseignement	-	-	-	3 440	-	3 440
Administration générale	1 583 818	452 809	2 036 627	1 621 211	446 413	2 067 624
Administration des services techniques	130 774	854	131 628	123 411	720	124 131
Informatique	163 417	195 579	358 996	165 904	187 043	352 947
Déplacement des usagers	-	85 685	85 685	-	73 051	73 051
Réception, archives et télécommunications	711 678	183 166	894 844	689 494	172 628	862 122
Nutrition - clinique et alimentation	1 927 906	1 043 363	2 971 269	1 917 315	1 048 979	2 966 294
Buanderie et lingerie	160 271	519 389	679 660	188 173	519 613	707 786
Entretien ménager	1 111 560	94 696	1 206 256	1 180 508	95 324	1 275 832
Gestion des déchets	-	9 313	9 313	-	9 012	9 012
Transport externe des usagers	21 852	139 580	161 432	21 793	130 116	151 909
Fonctionnement des installations	-	656 459	656 459	-	621 889	621 889
Sécurité	130 109	13 528	143 637	157 993	14 003	171 996
Entretien et réparations du parc immobilier et du mobilier/équipement	342 903	406 377	749 280	332 620	374 710	707 330
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi	372 686	-	372 686	65 633	90	65 723
Besoins spéciaux	-	1 332	1 332	-	2 980	2 980
Personnel en prêt de service	30 737	-	30 737	74 750	-	74 750
Autres charges non réparties	33 058	32 892	65 950	549 146	27 954	577 100
Dépenses de type commercial	-	202 901	202 901	63 961	200 559	264 520
Transfert de frais généraux	-	(41 709)	(41 709)	-	(39 270)	(39 270)
	27 525 856 \$	5 565 837 \$	33 091 693 \$	27 289 607 \$	5 555 531 \$	32 845 138 \$

Annexes

Extraits du Rapport financier annuel AS-471

ANNEXES – Extraits du rapport financier AS-471

Des pages 140, 200 à 208 et 358

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

Nom de l'établissement : Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Code : 1240-9991 Page / Idn. : 140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉR

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX-XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP 3410 "Paiements des transferts", et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec	2013-2014	R	Aucune, car directive du MSSS			X
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres</i>						
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's 1240-9991 140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

<i>Rapport à la gouvernance</i>						

AS-471 - Rapport financier annuel Gabarit LPRG-2015.1.0 Émise: 2012-2013

Timbre valideur: 2015-06-11 12:43:00 Rapport V 1.0

État des résultats (activités principales, accessoires et immobilières)

Nom de l'établissement : Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Code : 1240-9991 Page / Idn. : 200-00 /

Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex. courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex. courant C2+C3	Total Ex. préc	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	27 864 334	26 282 664	2 135 699	28 418 363	28 435 237
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	5 038 800	5 181 807	XXXX	5 181 807	5 008 907
Ventes de services et recouvrements	4	783 725	908 891	XXXX	908 891	1 137 713
Donations (FI:P294)	5	50 153		48 658	48 658	38 200
Revenus de placement (FI:P302)	6	28 604	25 920	6 225	32 145	29 676
Revenus de type commercial	7	203 000	202 901	XXXX	202 901	200 434
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	117 002	126 634		126 634	196 243
TOTAL (L.01 à L.11)	12	34 085 618	32 728 817	2 190 582	34 919 399	35 046 410
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	26 877 261	27 525 856	XXXX	27 525 856	27 289 607
Médicaments	14	525 000	389 724	XXXX	389 724	516 315
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales	16	259 944	328 801	XXXX	328 801	286 096
Denrées alimentaires	17	909 649	934 126	XXXX	934 126	913 672
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18			XXXX		
Frais financiers (FI:P325)	19	616 606		634 665	634 665	687 649
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	419 306	406 377	74 308	480 685	444 934
Créances douteuses	21	20 000	19 861	XXXX	19 861	15 096
Loyers	22			XXXX		
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	1 416 996	XXXX	1 384 598	1 384 598	1 354 194
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	27 714	XXXX	93 634	93 634	26 612
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	3 331 506	3 486 948	10 588	3 497 536	3 449 642
TOTAL (L.13 à L.27)	28	34 403 982	33 091 693	2 197 793	35 289 486	34 983 817
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(318 364)	(362 876)	(7 211)	(370 087)	62 593

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

État des surplus (déficits) cumulés

Nom de l'établissement : Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Code : 1240-9991 Page / Idn. : 202-00 /

Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS					Notes	
	Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.		
	1	2	3	4		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(374 932)	469 356	94 424	31 834	
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(374 932)	469 356	94 424	31 834	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(362 876)	(7 211)	(370 087)	62 593	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(737 808)	462 145	(275 663)	94 427	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	15 745	15 745	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(291 408)	78 682	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(275 663)	94 427	

État de la situation financière

Nom de l'établissement Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Code 1240-9991 Page / Idn. 204-00 /
 Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	1 239 218	5 678 555	6 917 773	1 920 451
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	3	651 355	173 072	824 427	1 009 348
Autres débiteurs (FE: P360, FI: P400)	4	325 864	61 095	386 959	483 616
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(234 503)	234 503	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE: P362, FI: P408)	7	3 235 243	(2 238 985)	996 258	462 883
	8				
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	67 021	67 021	22 171
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	65 968	59 775	125 743	179 859
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	5 283 145	4 035 036	9 318 181	4 078 128
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		1 740 078	1 740 078	1 224 761
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	2 686 579	480 265	3 166 844	2 737 533
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	6 072 305	6 072 305	2 257 889
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		173 072	173 072	215 986
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	341 887	1 422 661	1 764 548	1 883 577
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	18 633 794	18 633 794	16 052 636
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	3 351 662	XXXX	3 351 662	3 700 260
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	50 864		50 864	21 665
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	6 430 992	28 522 175	34 953 167	28 094 307
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(1 147 847)	(24 487 139)	(25 634 986)	(24 016 179)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	24 949 283	24 949 283	23 743 797
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	236 482	XXXX	236 482	266 913
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	173 558		173 558	99 896
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	410 040	24 949 283	25 359 323	24 110 606
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DEFICITS) CUMULES (L.27 + L.31 - L.32)	33	(737 807)	462 144	(275 663)	94 427

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

Nom de l'établissement : Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Code : 1240-9991 Page / Idn. : 206-00 /
Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

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

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex. Courant (C2+C3)	Total - Ex. Précédent	
	1	2	3	4	5	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(21 176 001)	(741 741)	(23 274 440)	(24 016 181)	(21 749 099)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(21 176 001)	(741 741)	(23 274 440)	(24 016 181)	(21 749 099)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(318 364)	(362 876)	(7 211)	(370 087)	62 593
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(2 521 825)	XXXX	(2 683 719)	(2 683 719)	(3 687 782)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	1 416 996	XXXX	1 384 598	1 384 598	1 354 194
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8	27 714	XXXX	93 634	93 634	26 612
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(1 077 115)	XXXX	(1 205 487)	(1 205 487)	(2 306 976)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(1 070 637)	(962 137)	XXXX	(962 137)	(1 151 223)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(382 032)	(512 783)		(512 783)	(410 787)
Utilisation de stocks de fournitures	17	1 090 137	992 568	XXXX	992 568	1 125 259
Utilisation de frais payés d'avance	18	385 070	439 121		439 121	414 054
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	22 538	(43 231)		(43 231)	(22 697)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(1 372 941)	(406 107)	(1 212 698)	(1 618 805)	(2 267 080)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(22 548 942)	(1 147 848)	(24 487 138)	(25 634 986)	(24 016 179)

État des flux de trésorerie

Nom de l'établissement : Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Code : 1240-9991 Page / Idn. : 208-00 /
Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(370 087)	62 593
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(43 231)	(22 697)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	93 634	26 612
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7	(48 658)	(38 200)
Amortissement des immobilisations	8	1 384 598	1 354 194
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	10 828	8 774
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(572 544)	(564 536)
Autres	13	19 859	90 493
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	844 486	854 640
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	15	3 629 902	2 049 728
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	4 104 301	2 966 961
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(2 203 454)	(3 262 960)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(2 203 454)	(3 262 960)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's 1240-9991 208-01 /
 Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	3 511 390	828 348
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2	5 054 576	888 460
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(930 232)	(890 972)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4	(5 054 576)	(888 460)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	4 063 382	2 210 230
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	5 057 700	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(39 799)	
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10	(8 565 966)	(1 716 809)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	3 096 475	430 797
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):	14	4 997 322	134 798
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	1 920 451	1 785 653
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	6 917 773	1 920 451
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	6 917 773	1 920 451
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	6 917 773	1 920 451

Nom de l'établissement
Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's

Code
1240-9991

Page / Idn.
208-02 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	184 921	99 597
Autres débiteurs	2	76 796	212 695
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	38 970	(157 186)
Frais reportés liés aux dettes	4	(55 678)	(30 945)
Autres éléments d'actifs	5	54 116	(36 347)
Créditeurs - Agence et MSSS	6	(236)	237
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(50 954)	(160 225)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	3 814 416	1 827 204
Intérêts courus à payer	9	(42 678)	(11 965)
Revenus reportés	10	(70 372)	160 908
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	(348 598)	209 784
Autres éléments de passifs	13	29 199	(64 029)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	3 629 902	2 049 728
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	480 265	424 822
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18		
Intérêts encaissés (revenus)	19		
Intérêts débiteurs (dépenses)	20		
Intérêts déboursés (dépenses)	21		
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

Fonds d'exploitation - États des résultats

Nom de l'établissement : Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Code : 1240-9991 Page / Idn. : 358-00 /

Fonds d'exploitation exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	25 829 154	26 282 664	26 282 664	26 307 336
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2				
Contributions des usagers (P301)	3	5 038 800	5 181 807	5 181 807	5 008 907
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	783 725	908 891	908 891	1 137 713
Donations (C2:P290/C3:P291)	5				
Revenus de placement (P302)	6	26 500	25 920	25 920	26 744
Revenus de type commercial (P351)	7	203 000	XXXX	202 901	200 434
Gain sur disposition (P302)	8				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	112 002	126 634	126 634	173 924
TOTAL (L.01 à L.11)	12	31 993 181	32 525 916	32 728 817	32 855 058
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	26 877 261	27 525 856	27 525 856	27 289 607
Médicaments (P750)	14	525 000	389 724	389 724	516 315
Produits sanguins	15				
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	259 944	328 801	328 801	286 096
Denrées alimentaires	17	909 649	934 126	934 126	913 672
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18				
Frais financiers (P325)	19				
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	369 516	406 377	406 377	374 710
Créances douteuses (C2:P301)	21	20 000	19 861	19 861	15 096
Loyers	22				
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	3 331 506	3 284 047	3 486 948	3 449 642
TOTAL (L.13 à L.24)	25	32 292 876	32 888 792	33 091 693	32 845 138
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(299 695)	(362 876)	(362 876)	9 920

Addenda

Gestion et contrôle des effectifs | janvier à mars 2015

Contrats de services de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2015

Addenda

Gestion et contrôle des effectifs

Total de janvier à mars 2015

	h travaillées	h supplém.	Total	N ^{bre} ETC	N ^{bre} individus
2014	219 108	3 958	223 065	441	548
2015	219 788	3 825	223 613	443	543
Variation	0,3 %	(3,4 %)	0,2 %	0,5 %	(0,9 %)

La variation du total des heures travaillées de 0,3 % (681 heures) et des postes en équivalent temps complet (ETC) de 0,5 % s'explique principalement par l'ajout de ressources effectué en janvier 2015 pour le déménagement de 25 résidents de l'hébergement du Jeffery Hale au site Saint Brigid's en raison d'importants travaux de réaménagement à l'unité de soins palliatifs au Jeffery Hale. Un budget avait été octroyé à l'établissement pour financer ces ajouts. Il est à noter qu'il s'agit d'une situation exceptionnelle non récurrente.

Par ailleurs, l'octroi de budgets de développement en services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) et le projet d'adaptation des services de santé et de services sociaux en langue anglaise (2014-2018) ont permis l'ajout de deux ressources aux services communautaires de langue anglaise.

Contrats de services

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2015

	Nombre	Valeur
Contrat de services avec une personne physique ¹	Aucun	n/a
Contrat de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	Aucun	n/a
Total des contrats de services	0	0

1. Une personne physique qu'elle soit en affaires ou non

2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation