

Rapport annuel 2014-2015

Installation Hôpital Santa Cabrini
et Centre d'accueil Dante

Table des matières

Déclaration de fiabilité	3
Rapport de la direction	3
Présentation de l'établissement	4
Mission et valeurs	4
Structure de l'organisation au 31 mars 2015	4
Équipes administratives, médicales et professionnelles.....	4
Organigramme au 31 mars 2015	7
Faits saillants de l'année 2014-2015	8
Gouvernance	8
Performance financière et clinique	8
Gestion de la salle d'urgence.....	8
Activités hospitalières et ambulatoires.....	8
Ressources humaines.....	8
Qualité des services et gestion des risques	8
Projets immobiliers.....	8
Plan directeur des ressources informationnelles.....	9
Accueil de stagiaires et échanges	9
Orientations stratégiques	
Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus au plan	
stratégique 2010-2015	9
Gamme de services à la clientèle.....	9
Mode d'organisation des services.....	9
Membres du personnel.....	9
Ressources financières et technologiques.....	10
Dynamique de gestion.....	10
Visibilité et partenariat	10
Démarche d'Agrément Canada	10
Résultats obtenus – exercice 2014-2015	11
Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité	11
Examen des plaintes et promotion des droits.....	15
Sécurité des soins et services.....	15
Conseil et comités du conseil au 31 mars 2015	19
Conseil d'administration de l'Hôpital Santa Cabrini	
et du Centre d'accueil Dante.....	19
Conseil des infirmières et infirmiers	19
Faits saillants de l'année 2014-2015.....	19
Principales activités	20
Recommandations émises par le CECII.....	21
Activités interconseils	21
Conseil des médecins,	
pharmaciens et dentistes (CMDP)	21
Un plan d'action pour améliorer les soins offerts	21

Conseil multidisciplinaire.....	22
Principales activités	22
Comité de vigilance et de la qualité	23
Principales activités	23
Suivis apportés par le comité de vigilance et de la qualité aux	
recommandations formulées par la commissaire locale aux	
plaintes et à la qualité des services.....	23
Comité de révision.....	23
Comité des usagers et comité des résidents.....	24
Principales activités	24
Comité de résidents	25
Principales activités	25
Les ressources humaines de l'établissement	25
Rapport de l'auditeur	26
États financiers	29
Code d'éthique et de déontologie	
des administrateurs	59
Dispositions générales.....	59
Devoirs et obligations.....	59
Devoirs spécifiques.....	59
Régime de sanctions	60
Enquête et immunité.....	61

ANNEXE 1	
Loi sur la gestion et contrôle des effectifs des	
ministères, des organismes et des réseaux du secteur	
public ainsi que des société d'état.	62

Le rapport annuel de gestion 2014-2015 de l'Hôpital Santa Cabrini et du Centre d'accueil Dante est une production de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il est disponible à la section Publications du site www.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca.

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Déclaration de fiabilité

À titre de président-directeur général du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 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 Santa Cabrini Ospedale et du Centre d'accueil Dante :

- 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 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.



Yvan Gendron
Président-directeur général

Rapport de la direction

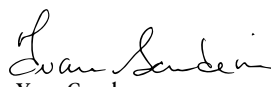
Les états financiers de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale et du Centre d'accueil Dante ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions 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. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

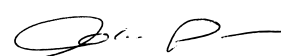
La direction du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

La loi prévoit que le conseil d'administration doit approuver les états financiers de l'établissement à la suite de l'examen et

de la recommandation de son comité de vérification. Or, dans le contexte de l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (ci-après « Loi sur la réorganisation ») le conseil d'administration ainsi que ses comités ont été dissous. Depuis la fusion de l'établissement le 1^{er} avril 2015, aucun membre indépendant du nouveau conseil d'administration n'a été nommé. Considérant ce qui précède, le président-directeur général, en vertu de l'article 195 de la Loi sur la réorganisation, exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première des deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres indépendants du conseil soient nommés. Les états financiers ont donc été approuvés par le président-directeur général du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal après avoir été audités par la firme Amyot Gélinas s.e.n.c.r.l. dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Le rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Amyot Gélinas s.e.n.c.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le président-directeur général pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Yvan Gendron
Président-directeur général



Céline Morin
Directrice générale adjointe finances, soutien, administration et performance et directrice des ressources financières

Présentation de l'établissement

Mission et valeurs

L'Hôpital Santa Cabrini (HSC) regroupe deux installations, un centre de soins médicaux généraux et spécialisés de courte durée comptant 368 lits et un centre d'hébergement de longue durée comptant 103 lits, le Centre d'accueil Dante.

Désigné Centre de traumatologie de niveau II, l'Hôpital Santa Cabrini est un Centre désigné de lutte contre le cancer. L'établissement est solidement ancré au sein de son réseau local qui est formé du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel et des trois cliniques réseau que sont la Polyclinique Cabrini, la Clinique médicale Viau et le CLSC Saint-Michel. D'ailleurs, l'HSC est l'hôpital de première instance pour le CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel. Il contribue à la promotion et au maintien de la santé dans un continuum de services établi avec ses partenaires situés dans l'Est de Montréal.

Prenant son fondement dans les racines historiques, sociales et communautaires, et compte tenu de son rôle d'hôpital de première instance, l'établissement a pour mission d'offrir des soins médicaux généraux et spécialisés de courte durée pour les usagers de l'Hôpital Santa Cabrini et des soins de longue durée pour les résidents du Centre d'accueil Dante. Pour cette dernière installation, étant donné la vocation régionale, il favorise et développe des programmes spécifiques reliés aux aspects culturels et ethniques de la communauté d'origine italienne.

Depuis 50 ans, l'institution évolue afin de répondre au développement de la population de plus en plus multiethnique. Les valeurs d'origine ont transcendé le temps et sont encore prônées aujourd'hui : l'empathie, la capacité d'écoute, la communication soutenue, le respect des différences culturelles, l'éthique, le respect pour la vie et la dignité en fin de vie. Des soins empreints de chaleur humaine, où la famille a une grande place, une gestion efficiente et efficace et un environnement accueillant et sécuritaire sont le fil conducteur de la philosophie de soins et du mode de gestion.

Fier de sa vocation régionale, le Centre d'accueil Dante, qui a ouvert ses portes il y a plus de 30 ans pour venir en aide aux personnes âgées d'origine italienne, offre à ces dernières un hébergement de longue durée permanent ou temporaire et un centre de jour, recréant ainsi pour eux un milieu de vie familial dans un contexte qu'il est convenu d'appeler un « confort culturel ».

À noter que depuis 1983, l'Office de la langue française a reconnu le français et l'italien comme langues officielles de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale.

Structure de l'organisation au 31 mars 2015

ÉQUIPES ADMINISTRATIVES, MÉDICALES ET PROFESSIONNELLES

Direction générale	
Geneviève Côté	Conseillère à la gestion des risques et à l'évaluation de la performance
Maria Vassetta Di Ninno	Chef du service des bénévoles et responsable de la Fondation
Jean-François Foisy	Directeur général
Antonella Fuoco	Coordonnatrice des activités – Service des bénévoles
Vincent Gagliardi	Directeur général adjoint
Dario Manna	Conseiller aux projets d'immobilisations
Daniel Tétraut	Chef intérimaire du service informatique et téléphonie

Centre d'accueil Dante	
Maria Crescenzi	Conseillère aux activités cliniques
Claire Najjar	Chef d'unités de vie
Angela Novembre	Coordonnatrice du centre de jour et conseillère en milieu de vie
Catalin Prodan	Chef d'activités de soir
Nadine Zeidane	Coordonnatrice de l'hébergement et des soins de longue durée

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	
Marina Javicoli	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Nadine Zeidane	Coordonnatrice de l'hébergement et des soins de longue durée

Direction des communications et relations publiques	
Rocco Famiglietti	Directeur des communications et relations publiques

Direction des ressources financières	
Nathalie Lachapelle	Adjointe à la direction des ressources financières et à la gestion de la performance
Huguette Lacroix	Chef du service de l'approvisionnement
Janique Langevin	Chef des activités financières
Jean-Rock Landry	Directeur des ressources financières

Direction des ressources humaines	
Nancy Fiset	Chef du service de santé et sécurité au travail
Jessica Morneau	Conseillère-cadre en relations de travail
Gilles Ruel	Directeur des ressources humaines et affaires juridiques
Line Tousignant	Adjointe au directeur des ressources humaines

Direction des services techniques	
Michel Brisson	Chef du service des installations matérielles et de l'aménagement
Vincent Casola	Directeur des services techniques
Michel De Simone	Chef du service d'hygiène-salubrité et buanderie-lingerie
Dora Sposato	Chef de service de la sécurité et des installations matérielles

Direction des services professionnels et hospitaliers	
Dr Françoise Neveu	Directrice des services professionnels et hospitaliers
Sabrina Sanzari	Chef du Département de pharmacie

Direction des services multidisciplinaires	
Ermanno Di Donato	Chef du service d'accueil
Carlo Giglio	Chef du secteur de production alimentaire
Annie Pepin	Chef du service des activités respiratoires et électrophysiologie médicale
Sylvie Labrecque	Chef du service de réadaptation et coordonnatrice clinique projet OACIS
Sabrina Maiorano	Chef du service psychosocial et de liaison
Pascale Pereira	Directrice des services multidisciplinaires
Manon St-Cyr	Coordonnatrice du service de biologie médicale
Daniel Tétreault	Coordonnateur du service d'imagerie médicale
Mélanie Vallières	Chef du service des archives médicales
Maria Vannelli	Chef du service des activités alimentaires

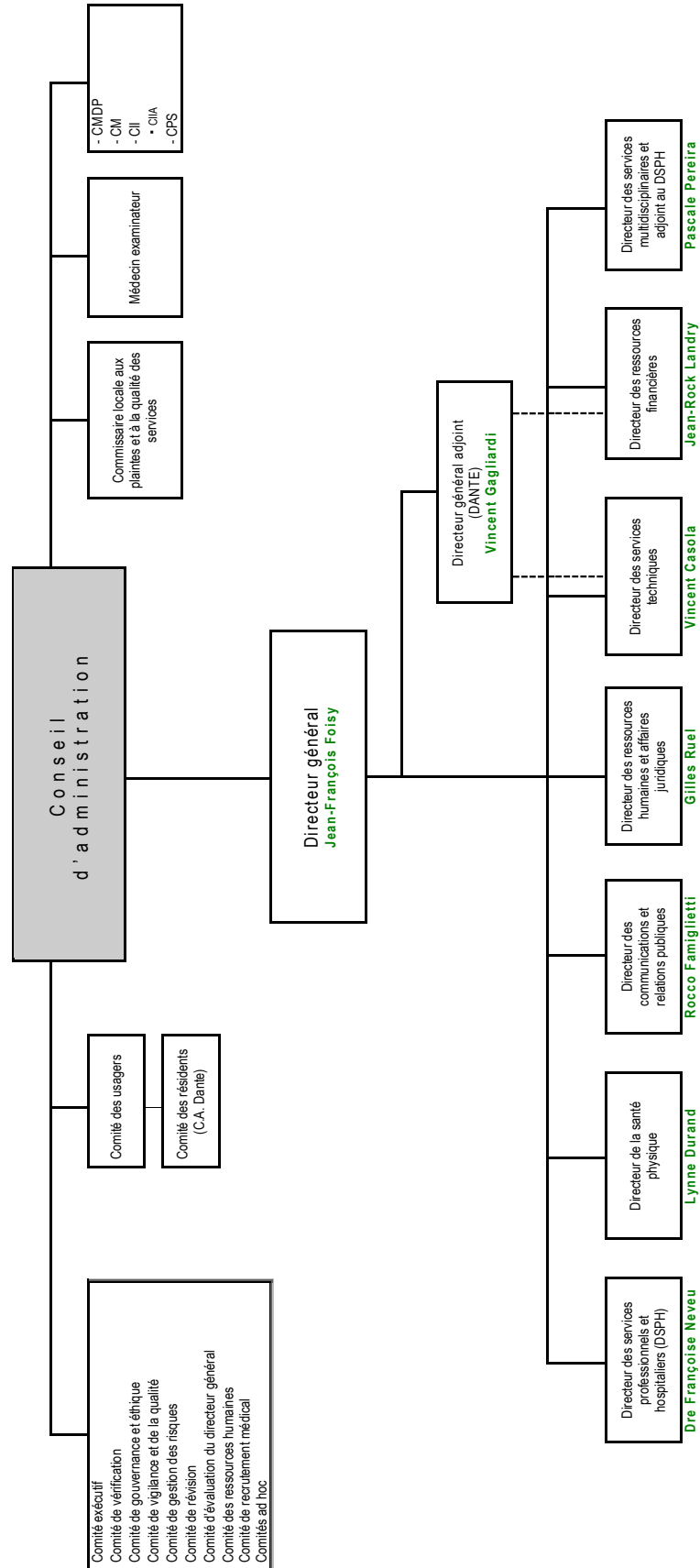
Direction de la santé physique	
Magdalena Blaise	Unité de courte durée gériatrique et responsable du programme Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)
Ginette Couture	Soins intensifs et coronariens et cardio
Katia Doat	Coordonnatrice des activités de soins
Chantal Duchesne	Équipe volante et liste de rappel du personnel soignant
Line Dumas	Directrice adjointe à la Direction de santé physique et responsable des soins infirmiers
Mario Duprey	Coordonnateur des activités de soins
Lynne Durand	Directrice de la santé physique
Ida Iuliani	Chef d'unité 4 ^e et 5 ^e
Josée Lozier	Chef d'unité 2 ^e C et 3 ^e C
Maria Mancini	Chef des activités bloc opératoire, chirurgie mineure et CPA
Laurence Mézière	Coordonnatrice des activités de soins
Fabiola Pannuti	Chef d'unité salle d'urgence
Benoit Perrault	Coordonnateur clinico-administratif à la budgétisation
Catalin Prodan	Coordonnateur des activités de soins
Jocelyne Sanscartier	Services ambulatoires
Lyette Théroux	Gestionnaire des séjours hospitaliers
Juliet Tonini	(Intérim) Chirurgie d'un jour, endoscopie et URDM
Marie-Pier Tremblay	Chef des unités de chirurgie 2DE et 6 ^e

Départements médicaux	
D ^r Shivendra D. Dwivedi	Chef du département d'anesthésie-réanimation
D ^r Nabil Hannouche	Chef du département d'imagerie médicale
D ^r Thi-Hong Nguyen	Chef du département clinique de médecine générale
D ^r Anas Nseir	Chef du département de l'urgence
D ^r Mario C. Rizzi	Chef du département de médecine interne
D ^r Alain-Guy Roy	Chef du département de chirurgie
D ^{re} Sabrina Sanzari	Chef du département de pharmacie
D ^r Paul M. Sidani	Chef du département de gynécologie
D ^r Silvana G. Trifiro	Chef du département des laboratoires
Maria Mancini	Chef des activités bloc opératoire, chirurgie mineure et CPA

Service médicaux	
D ^r Jonathan Assayag	Chef du service d'hospitalisation en médecine générale
D ^r Francis Badir	Chef du service de médecine interne
D ^r Gilles Donat Beauchamp	Chef du service de chirurgie thoracique
Marie-Josée Champagne, PhD, CSPQ,	Chef du service de biochimie
D ^r Bruno Cianciulli	Chef du service d'urologie
D ^r J. André Claveau	Chef du service de gériatrie active et des soins prolongés
D ^r Alexandre Doueik	Chef du service d'anatomie-pathologie
D ^r Ghassan G. El-Ackhar	Chef du service d'ophtalmologie
D ^r Hussein Fadlallah	Chef du service de cardiologie
D ^r Michel Fallaha	Chef du service d'orthopédie
D ^r Yousri Hanna	Chef du service des soins palliatifs
D ^r Vera Hirsh	Chef du service d'hématologie-oncologie
D ^{re} François Lamoureux	Chef du service de médecine nucléaire
D ^r Davide Maggio	Chef du service de gastroentérologie
D ^r Bruno Mastropasqua	Chef du service de chirurgie plastique
D ^r Bertrand Montreuil	Chef du service de chirurgie vasculaire
D ^r Olivier Nguyen	Chef du service de chirurgie générale
D ^r Huong Pham-Dang	Chef du service d'otorhinolaryngologie
D ^r Lysane Poirier	Chef du service d'endocrinologie et de métabolisme
D ^r Mario C. Rizzi	Chef du service de pneumologie
D ^r Philippe Rola	Chef du service des soins intensifs et soins coronariens
D ^r Silvana G. Trifiro	Chef du service de microbiologie
D ^r André Valade	Chef de l'unité des lits transitoires

Organigramme au 31 mars 2015

HÔPITAL SANTA CABRINI ET CENTRE D'ACCUEIL DANTE



(-----) lien fonctionnel

Version septembre 2014

Faits saillants de l'année 2014-2015

Des défis de taille ont marqué l'année qui a été riche en transformations et en événements. Nous avons obtenu de très bons résultats dans plusieurs dossiers prioritaires.

GOUVERNANCE

L'année 2014-2015 nous a permis de voir les résultats de la troisième phase de la réorganisation de la structure organisationnelle de l'HSC. Cette phase touchait le volet clinique avec la création de la Direction de la santé physique, ainsi qu'un meilleur partage des responsabilités entre la Direction des services professionnels et hospitaliers et la Direction des services multidisciplinaires. La Direction des soins infirmiers a été intégrée à la Direction de la santé physique sous la gouverne d'une responsable de la qualité de l'acte infirmier.

PERFORMANCE FINANCIÈRE ET CLINIQUE

Le redressement de la situation financière de l'HSC a fait l'objet de l'attention soutenue du conseil d'administration et de la Direction générale tout au long de l'année. Chaque direction de l'HSC avait des objectifs importants à atteindre afin de respecter les dispositions de l'entente de gestion et d'imputabilité signée avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'établissement a terminé son exercice financier en déficit sans affecter les services à la population.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

La mise à jour des orientations stratégiques 2010-2015, terminée il y a deux ans, a permis l'arrimage avec les planifications stratégiques régionale et ministérielle. Les cinq enjeux fixés sont les suivants :

- Enjeu 1 :** la disponibilité des compétences au cœur de notre succès
- Enjeu 2 :** la qualité des services et l'innovation
- Enjeu 3 :** une offre de service intégrée et complémentaire
- Enjeu 4 :** un délai raisonnable pour l'accès aux services
- Enjeu 5 :** la performance organisationnelle

Chaque enjeu possède ses objectifs, son plan d'action, ses indicateurs et ses cibles.

GESTION DE LA SALLE D'URGENCE

La gestion des séjours à la salle d'urgence a été au centre des préoccupations tout au long de l'année, compte tenu d'une hausse du quota d'ambulances et du vieillissement des patients, augmentant la durée moyenne des séjours. Des chantiers de travail qui touchent directement la performance de la salle d'urgence ont été amorcés. Avec la collaboration de l'équipe d'accompagnateurs ministériels pour le pôle 1 de l'Île de Montréal, des résultats intéressants ont été obtenus. Des actions en amont à la salle d'urgence et en aval de la salle d'urgence (sur le territoire) ont permis d'améliorer significativement les indicateurs de qualité.

Des mesures de redressement ont été mises en place par les

équipes internes pour atteindre les objectifs fixés de zéro 24 heures. Parmi celles-ci, une entente a été conclue avec la Polyclinique Cabrini pour y recommander les patients jugés non urgents au triage (P-4 et P-5). Soulignons les efforts réalisés par les équipes qui ont permis une nette amélioration dans la durée moyenne des séjours à la salle d'urgence. Le séjour moyen global est passé de 28 heures en 2010-2011 à moins de 18 heures en 2014-2015. Le pourcentage d'usagers avec séjour de plus de 48 heures a aussi été réduit, passant de 13 % en 2011-2012 à 4 % en 2014-2015.

ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES ET AMBULATOIRES

En lien direct avec la clientèle fréquentant la salle d'urgence, le nombre de patients hospitalisés a augmenté de 4,8 %. La durée moyenne d'hospitalisation a été réduite d'une journée, passant de 12,9 à 11,9 jours en 2014-2015. Par ailleurs, un nouveau plan de répartition des lits a été élaboré, permettant une meilleure gestion des unités de soins, avec le rapprochement des équipes paraprofessionnelles dans les unités.

RESSOURCES HUMAINES

Au chapitre des ressources humaines, un plan d'action a été déployé. Ce dernier visait le recrutement de professionnels, la rétention et la présence au travail et ce, afin de limiter le recours à la main-d'œuvre indépendante. De plus, l'effort considérable déployé pour réduire les taux d'absentéisme et d'accidents de travail a porté fruit.

QUALITÉ DES SERVICES ET GESTION DES RISQUES

Des recommandations ont été formulées afin d'apporter des améliorations et agir sur les causes des plaintes, en particulier concernant les communications et l'humanisation des soins.

Les programmes d'appréciation de la qualité et de gestion des risques ont fait l'objet de travaux soutenus et de nouvelles politiques visant l'amélioration de la sécurité des patients. Un programme-cadre de l'approche intégrée de la gestion des risques a été adopté. En mettant en œuvre ce programme, l'Hôpital Santa Cabrini a fait le choix de gérer ses risques de manière structurée en se basant sur une approche reconnue internationalement, la norme ISO 31 000.

PROJETS IMMOBILIERS

Pour tenir compte des besoins de nos équipes professionnelles ainsi que du continuum de services et des projets prioritaires, un plan directeur immobilier a été élaboré. Ce plan comprend notamment le réaménagement et l'agrandissement du bloc opératoire. Le plan directeur immobilier inclut 20 projets de grande envergure divisés en huit blocs ainsi que des travaux d'entretien et de mise aux normes. Parmi les projets majeurs, on retrouve un bloc opératoire et la possibilité d'accueillir un pavillon pour de nouveaux lits de courte durée. Ce plan de développement clinique et immobilier devra être vu dans une perspective CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

En septembre 2014, on a procédé à l'inauguration du Centre de lutte contre le cancer. Il s'agissait de la dernière phase de déve-

loppement du Pavillon qui abrite déjà la résonance magnétique et le Centre de formation.

PLAN DIRECTEUR DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

La mise en œuvre du Plan directeur des ressources informationnelles (PDRI) 2010-2015 est en cours, entre autres avec le Projet du dossier clinique informatisé (OACIS). OACIS est une interface qui permettra, à terme, de centraliser par voie électronique toute l'information clinique constituant le dossier d'un patient, incluant les résultats d'examen, les notes, les requêtes et les plans de soins, consultables sur place ou à distance par les cliniciens. La dernière année a permis de terminer certains travaux préalables à l'implantation du dossier clinique informatisé OACIS. Ceci permettra d'aller de l'avant avec le déploiement d'OACIS à l'urgence et dans les unités de soins. Aux archives, nous numérisons maintenant l'ensemble des dossiers des cliniques externes et bâtissons par le fait même un historique intéressant pour les consultations futures. OACIS sera déployé dans l'ensemble de l'HSC vers la fin de 2015.

Parmi les autres faits saillants en informatique, notons le rehaussement PBX, Call Pilot et Nuance; rehaussement de serveurs désuets; consolidation du plan de désastre en informatique, la finalisation de eClinibase. Le rehaussement du parc informatique, volet ordinateurs, a été finalisé.

ACCUEIL DE STAGIAIRES ET ÉCHANGES

L'accueil de stagiaires de différentes disciplines s'est poursuivi avec succès, particulièrement en ce qui concerne les infirmiers(ères), les infirmiers(ères) auxiliaires et les futurs médecins. Nous avons accueilli au-delà de 1000 stagiaires provenant de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et des cégeps.

Des étudiants à la maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal ont également été accueillis pour effectuer leur séminaire d'intégration et des stages.

Orientations stratégiques

Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus au plan stratégique 2010-2015

Les orientations stratégiques adoptées en 2010 qui guident les actions menées par l'HSC se déclinent dans six catégories :

GAMME DE SERVICES À LA CLIENTÈLE

L'Hôpital Santa Cabrini offre une gamme de services complets qui tiennent compte de sa mission, sa raison d'être et des ressources dont il dispose.

L'HSC consolide ses programmes et services pour offrir des soins et services tenant compte d'une nouvelle réalité qui est, notamment, de desservir les groupes de clientèles spécifiques suivants :

- la clientèle en oncologie : programme de lutte contre le cancer;
- la clientèle âgée : prise en charge proactive;
- la clientèle de traumatologie : programme de traumatologie.

L'HSC est partenaire avec le réseau local CH-CSSS-CR, ce qui assure la continuité des soins et services des clientèles desservies avec chacun de ses partenaires de l'Est de Montréal.

MODE D'ORGANISATION DES SERVICES

L'établissement dispose d'équipes médicales stables et composées de ressources généralement suffisantes pour répondre aux besoins de sa clientèle.

Le déploiement des Programmes-clientèles est en cours, dont celui portant sur la personne âgée et l'oncologie et ce, avec la collaboration des partenaires du réseau, notamment le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel. On procède actuellement :

- à la révision et à l'intensification de l'approche gériatrique dans les unités de soins de médecine et de chirurgie;
- à l'intégration des approches novatrices de l'organisation du travail de l'ensemble du personnel dans les unités de soins, la mise en place de suivis systématiques de clientèle et d'un plan d'intervention intégré (approche interdisciplinaire).

MEMBRES DU PERSONNEL

L'HSC a la réputation d'offrir un milieu accueillant et familial et doit maximiser les enjeux des ressources humaines particulièrement chez les infirmières et les pharmaciens. De façon plus spécifique :

- procéder à la réorganisation du travail;
- faciliter l'intégration de nouvelles ressources dans les équipes;
- définir des conditions de travail innovatrices qui font de l'HSC un employeur de choix.

D'autre part :

- consolider les ententes de formation avec les facultés et les universités, dont la Faculté de médecine de l'Université de Montréal;
- Poursuivre les travaux avec le Réseau universitaire intégré de

santé (RUIS) de l'Université de Montréal en regard de la continuité des services médicaux.

RESSOURCES FINANCIÈRES ET TECHNOLOGIQUES

L'établissement effectue régulièrement une mise à jour de son plan directeur tout en s'assurant d'une gestion saine et efficiente des ressources dont elle dispose. La planification vise à :

- assurer la santé financière de l'établissement;
- développer un centre de formation;
- développer un centre de lutte contre le cancer;
- réaménager et agrandir le Centre d'accueil Dante;
- informatiser le dossier patient dans les unités de soins.

DYNAMIQUE DE GESTION

L'établissement est reconnu pour son environnement de travail dynamique et familial et s'assure de conserver ses atouts grâce à :

- la mise en place d'un plan de communication interne et externe;
- un plan d'action visant des équipes de travail complètes et ayant reçu une formation adéquate;
- un environnement de travail sain et sécuritaire;
- l'appui et l'encadrement nécessaires au nouveau personnel afin de favoriser le transfert des compétences.

VISIBILITÉ ET PARTENARIAT

L'HSC, bien enraciné dans sa communauté, prend les moyens nécessaires pour :

- publier dans les journaux communautaires et les grands médias;
- se positionner de façon proactive pour mieux répondre aux enjeux de couverture de services dans l'Est de Montréal;
- consolider les partenariats avec les cliniques du réseau local pour améliorer les continuums de services;
- poursuivre les travaux amorcés avec ses différents partenaires dans la prise en charge et le suivi de la clientèle du territoire aux prises avec des maladies chroniques;
- maintenir une collaboration soutenue avec les partenaires du réseau.

DÉMARCHE D'AGRÈMENT CANADA

Résultats obtenus – exercice 2014-2015

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Légende :



THÈME	# indicateur	Titre	P	Mesure	Est	Montréal	
1.1 Santé publique							
1.1 Santé publique - Services intégrés en périnatalité	1.01.12.B1	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	6	Cible	0.25	0.25	
			6	Résultat	0.27	0.22	
			6	Atteinte (%)	100	88	
	1.01.12.B2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	6	Cible	0.65	0.65	
			6	Résultat	0.58	0.66	
			6	Atteinte (%)	89.23	100	
	1.01.12.B3	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	6	Cible	0.17	0.17	
			6	Résultat	0.18	0.18	
			6	Atteinte (%)	100	100	
	1.01.12.B4	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	6	Cible	0.05	0.05	
			6	Résultat	0.11	0.08	
			6	Atteinte (%)	100	100	
1.1 Santé publique - ITSS	1.01.22	Nombre d'activités de counseling post-test ITSS avec intervention préventive	9	Cible	90	438	
			9	Résultat	144	696	
			9	Atteinte (%)	100	100	
	1.01.23	Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des clientèles vulnérables	9	Cible	822	7090	
			9	Résultat	2010	8010	
			9	Atteinte (%)	100	100	
1.1 Santé publique - Respect du calendrier vaccinal des enfants	1.01.14	Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	9	Cible	90	90	
			9	Résultat	89.3	89.1	
			9	Atteinte (%)	99.24	98.94	
	1.01.15	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	9	Cible	90	90	
			9	Résultat	75.7	75.5	
			9	Atteinte (%)	84.09	83.92	
1.1 Santé publique - École en santé (AÉS)	1.01.13	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS) RETIRÉ	6	Cible	60	60	
			6	Résultat	50.25	52.75	
			6	Atteinte (%)	83.75	87.92	
1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales							
1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales	1.01.11A	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	6	Cible	100	100	
			6	Résultat	100	61.54	
			6	Atteinte (%)	100	61.54	
	1.01.11B	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	6	Cible	100	100	
			6	Résultat	60	62.16	
			6	Atteinte (%)	60	62.16	
	1.01.11C	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHU-IU-CAU	6	Cible	100	100	
			6	Résultat	0	50	
			6	Atteinte (%)	0	50	
	1.01.11D	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHPSY	6	Cible	100	100	
			6	Résultat	100	87.5	
			6	Atteinte (%)	100	87.5	
	1.01.11E	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CRDP	6	Cible	100	100	
			6	Résultat		0	
			6	Atteinte (%)		0	
	1.01.17	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	0	Cible			
			0	Résultat			
			0	Atteinte (%)			
	1.01.18	Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	0	Cible			
			0	Résultat			
			0	Atteinte (%)			
	1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide						
	1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide	1.02.04	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	9	Cible		
				9	Résultat		100
9				Atteinte (%)			
1.02.02		Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	9	Cible			
			9	Résultat	2621	14595	
			9	Atteinte (%)			
1.02.03		Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre de services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	9	Cible			
			9	Résultat	3.61	3.37	
			9	Atteinte (%)			
1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées							
1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées - optimisation SAD	1.03.05.01	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	9	Cible	935608	3460138	
			9	Résultat	1207701	4134604	
			9	Atteinte (%)	100	100	
1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées - RSIPA (2013-2014)	1.03.06	Degré moyen d'implantation de RSIPA dans les réseaux locaux de services	13	Cible		70	
			13	Résultat		68.31	
			13	Atteinte (%)		97.59	
1.45 Déficience physique et Déficience intellectuelle - TED							
1.45 Déficience physique et Déficience intellectuelle - TED - Accès CSSS / CRDP / CRDI	1.45.45.00	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	9	Cible	90	90	
			9	Résultat	81.1	84.2	
			9	Atteinte (%)	90.14	93.59	
1.4 Déficience physique							
1.45 Déficience physique - Accès CRDP	1.45.04.05	Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	9	Cible		90	
			9	Résultat		91	
			9	Atteinte (%)		100	
1.5 Déficience intellectuelle et TED							
1.45 Déficience intellectuelle - TED - Accès CSSS	1.45.05.01	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	9	Cible	90	90	
			9	Résultat	89.8	89.8	
			9	Atteinte (%)	99.79	99.76	
1.45 Déficience intellectuelle - TED - Accès CRDITTED	1.45.05.05	Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	9	Cible	90	90	
			9	Résultat		41.1	
			9	Atteinte (%)		45.69	
1.6 Jeunes en difficulté							
1.6 Jeunes en difficulté - Accès CJ	1.06.04	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	9	Cible		12	
			9	Résultat		14.11	
			9	Atteinte (%)		82.42	
	1.06.05	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	9	Cible		15	
			9	Résultat		7.7	
			9	Atteinte (%)		100	
	1.06.07	Délai moyen entre l'ordonnance et le premier contact significatif en vertu de la LSIPA	9	Cible		14	
			9	Résultat		9.33	
			9	Atteinte (%)		100	
1.7 Dépendances							
1.7 Dépendances - Accès CRDEP	1.07.04	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	6	Cible		80	
			6	Résultat		83.3	
			6	Atteinte (%)		100	

THÈME	# indicateur	Titre	P	Mesure	Est	Montréal	
1.7 Dépendances - CSSS	1.07.05	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	9	Cible	131	848	
			9	Résultat	210	1022	
			9	Atteinte (%)	100	100	
1.8 Santé mentale							
1.8 Santé mentale - Suivi dans la communauté CSSS	1.08.05	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	9	Cible	325	3682	
			9	Résultat	165	499	
			9	Atteinte (%)	50.78	13.57	
1.8 Santé mentale - Suivi intensif dans la communauté	1.08.06	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	9	Cible	215	1085	
			9	Résultat	138	570	
			9	Atteinte (%)	64.08	52.52	
1.8 Santé mentale - Durée de séjour sur civière à l'urgence	1.08.07	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	9	Cible	12	12	
			9	Résultat	24.82	23.27	
			9	Atteinte (%)	0	6.08	
	1.08.08	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	9	Cible	0	0	
			9	Résultat	12.59	11.94	
			9	Atteinte (%)	87.41	88.06	
1.8 Santé mentale - Services ambulatoires	1.08.09	Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	9	Cible	7856	34150	
			9	Résultat	5598	23764	
			9	Atteinte (%)	71.25	69.59	
1.8 Santé mentale - Accès Services spécialisés	1.08.10	Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	9	Cible	0	0	
			9	Résultat	43	1199	
			9	Atteinte (%)	57.45	0	
1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence							
1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence	1.09.01	Séjour moyen sur civière (durée)	9	Cible	12	12	
			9	Résultat	20.89	17.34	
			9	Atteinte (%)	25.92	55.5	
	1.09.03	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	9	Cible	0	0	
			9	Résultat	10.5	6.8	
			9	Atteinte (%)	89.5	93.24	
	1.09.04	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	9	Cible	0	0	
			9	Résultat	15.4	12.5	
			9	Atteinte (%)	84.62	87.55	
	1.09.02	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	9	Cible	12	12	
			9	Résultat	26.95	24.6	
			9	Atteinte (%)	0	0	
	1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	9	Cible	20	20	
			9	Résultat	33.8	24.74	
			9	Atteinte (%)	31	76.3	
	1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie						
	1.9 Santé physique - Radio-oncologie	1.09.07	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	8	Cible	90	90
				8	Résultat	99.6	98.5
8				Atteinte (%)	100	100	
1.9 Santé physique - Chirurgie - Respect des délais chirurgie oncologique	1.09.33.01	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	9	Cible	90	90	
			9	Résultat	48.2	51.2	
			9	Atteinte (%)	53.57	56.93	
	1.09.33.02	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	9	Cible	100	100	
			9	Résultat	82.3	83.2	
			9	Atteinte (%)	82.34	83.22	
1.9 Santé physique - Soins palliatifs	1.09.05	Nombre d'utilisateurs en soins palliatifs à domicile	9	Cible			
			9	Résultat	1007	3992	
			9	Atteinte (%)			
	1.09.06	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	9	Cible			
			9	Résultat	16.19	23.55	
			9	Atteinte (%)			
1.9 Santé physique - Hémodynamie - Chir. card. - électrophysiologie							
1.9 Santé physique - Hémodynamie Cat A/B	1.09.08A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	9	Cible	100	100	
			9	Résultat	100	90.81	
			9	Atteinte (%)	100	90.81	
	1.09.08B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	9	Cible	90	90	
			9	Résultat	100	89.6	
			9	Atteinte (%)	100	99.56	
1.9 Santé physique - Chirurgie cardiaque Cat A/B	1.09.09A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A	9	Cible	100	100	
			9	Résultat	87.96	87.96	
			9	Atteinte (%)		87.96	
	1.09.09B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B	9	Cible	90	90	
			9	Résultat	71.16	71.16	
			9	Atteinte (%)		79.07	
1.9 Santé physique - Électrophysiologie Cat A/B	1.09.10A	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A	9	Cible	100	100	
			9	Résultat		78.43	
			9	Atteinte (%)		78.43	
	1.09.10B	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B	9	Cible		75	
			9	Résultat		53.91	
			9	Atteinte (%)		71.88	
1.9 Santé physique - Chirurgie - Nombre							
1.9 Santé physique - Chirurgie - En attente depuis + d'un an	1.09.32.00	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	9	Cible	0	0	
			9	Résultat	1210	4635	
			9	Atteinte (%)	0	0	
	1.09.32.01	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	9	Cible	0	0	
			9	Résultat	18	43	
			9	Atteinte (%)	82	57	
	1.09.32.02	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	9	Cible	0	0	
			9	Résultat	18	87	
			9	Atteinte (%)	82	13	
	1.09.32.03	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	9	Cible	0	0	
			9	Résultat	30	47	
			9	Atteinte (%)	70	53	
	1.09.32.04	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	9	Cible	0	0	
			9	Résultat	848	3044	
			9	Atteinte (%)	0	0	
	1.09.32.05	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	9	Cible	0	0	
			9	Résultat	296	980	
			9	Atteinte (%)	0	0	
1.09.32.06	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	9	Cible	0	0		
		9	Résultat	0	434		
		9	Atteinte (%)		0		
1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente							
1.9 Santé physique - Chirurgie - Respect des délais	1.09.20.01	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	9	Cible	90	90	
			9	Résultat	83.6	87.2	
			9	Atteinte (%)	92.84	96.9	
	1.09.20.02	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	9	Cible	90	90	
			9	Résultat	66.3	82.7	
			9	Atteinte (%)			

THÈME	# indicateur	Titre	P	Mesure	Est	Montréal
	1.09.20.03	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	9	Atteinte (%)	73.61	91.93
			9	Cible	90	90
			9	Résultat	91.4	98.1
	1.09.20.04	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	9	Atteinte (%)	100	100
			9	Cible	90	90
			9	Résultat	87.9	90
	1.09.20.05	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	9	Atteinte (%)	97.68	99.98
			9	Cible	90	90
			9	Résultat	88.4	94.1
	1.09.20.06	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie bariatrique	9	Atteinte (%)	98.19	100
			9	Cible	90	90
			9	Résultat	54	54
	1.09.20.00	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour l'ensemble des chirurgies	9	Atteinte (%)	97.79	100
			9	Cible	90	90
			9	Résultat	88	92.4
1.9 Santé physique - Ressources						
1.9 Santé physique - Ressources : Équipes de 1re ligne	1.09.25	Nombre total de GMF implantés	6	Cible		50
			6	Résultat		43
	1.09.27	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	6	Atteinte (%)		86
			6	Cible		70
	3.07	Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	0	Résultat		50.1
			0	Atteinte (%)		71.53
1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale						
1.9 Santé physique - Imagerie médicale - Graphies	1.09.34.01	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	9	Cible	90	90
			9	Résultat	100	92.3
			9	Atteinte (%)	100	100
	1.09.35.01	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	9	Cible	90	90
			9	Résultat	68.7	86.9
			9	Atteinte (%)	76.38	96.53
	1.09.36.01	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	9	Cible	90	90
			9	Résultat	97.03	99.15
			9	Atteinte (%)	100	100
	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	9	Cible	90	90
			9	Résultat	60.77	55.78
			9	Atteinte (%)	67.52	61.98
1.9 Santé physique - Imagerie médicale - Échographies	1.09.34.04	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	9	Cible	90	90
			9	Résultat	100	97.6
			9	Atteinte (%)	100	100
	1.09.34.05	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	9	Cible	90	90
			9	Résultat	50.2	52.5
			9	Atteinte (%)	55.73	58.38
	1.09.34.06	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	9	Cible	90	90
			9	Résultat	29	77.9
			9	Atteinte (%)	32.17	86.5
	1.09.34.07	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	9	Cible	90	90
			9	Résultat	46.9	50
			9	Atteinte (%)	52.06	55.5
	1.09.35.04	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	9	Cible	90	90
			9	Résultat	99.6	97.6
			9	Atteinte (%)	100	100
	1.09.35.05	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	9	Cible	90	90
			9	Résultat	99.3	97.7
			9	Atteinte (%)	100	100
	1.09.35.06	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	9	Cible	90	90
			9	Résultat	100	98.5
			9	Atteinte (%)	100	100
	1.09.35.07	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	9	Cible	90	90
			9	Résultat	99.7	96.7
			9	Atteinte (%)	100	100
1.09.36.04	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	97.48	99.42	
		9	Atteinte (%)	100	100	
1.09.36.05	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	87.92	90.68	
		9	Atteinte (%)	97.69	100	
1.09.36.06	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	98.23	93.99	
		9	Atteinte (%)	100	100	
1.09.36.07	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	78.68	79.68	
		9	Atteinte (%)	87.42	88.53	
1.09.37.04	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	97.9	99.06	
		9	Atteinte (%)	100	100	
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	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	100	94.75	
		9	Atteinte (%)	100	100	
1.09.37.06	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	99.61	49.22	
		9	Atteinte (%)	100	54.69	
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	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	71.33	59.37	
		9	Atteinte (%)	79.26	65.97	
1.9 Santé physique - Imagerie médicale - Mammographies	1.09.34.03	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	9	Cible	90	90
			9	Résultat	100	96.4
			9	Atteinte (%)	100	100
	1.09.35.03	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	9	Cible	90	90
9			Résultat	99.2	95.2	
9			Atteinte (%)	100	100	
1.09.36.03	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	93.81	96.29	
		9	Atteinte (%)	100	100	
1.09.37.03	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	96.59	43.46	
		9	Atteinte (%)	100	48.29	
1.9 Santé physique - Imagerie médicale - Résonances magnétiques	1.09.34.09	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	9	Cible	90	90
			9	Résultat	45.2	41.2

THÈME	# indicateur	Titre	P	Mesure	Est	Montréal
	1.09.35.09	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	9	Atteinte (%)	50.24	45.79
			9	Cible	90	90
			9	Résultat	85.5	90.8
	1.09.36.09	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	9	Atteinte (%)	94.98	100
			9	Cible	90	90
			9	Résultat	84.33	76.88
	1.09.37.09	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	9	Atteinte (%)	93.7	85.42
			9	Cible	90	90
			9	Résultat	53.85	49.99
1.9 Santé physique - Imagerie médicale - Scopies	1.09.34.02	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	9	Cible	90	90
			9	Résultat	30.6	52.4
			9	Atteinte (%)	34	58.2
	1.09.35.02	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	9	Cible	90	90
			9	Résultat	99.9	86
			9	Atteinte (%)	100	95.54
	1.09.36.02	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	9	Cible	90	90
			9	Résultat	97.1	95.9
			9	Atteinte (%)	100	100
1.09.37.02	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	45.11	55.38	
		9	Atteinte (%)	50.12	61.53	
1.9 Santé physique - Imagerie médicale - Tomodensitométries	1.09.34.08	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	9	Cible	90	90
			9	Résultat	68.8	85
			9	Atteinte (%)	76.39	94.42
	1.09.35.08	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	9	Cible	90	90
			9	Résultat	90.4	93.5
			9	Atteinte (%)	100	100
	1.09.36.08	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	9	Cible	90	90
			9	Résultat	88.45	96.05
			9	Atteinte (%)	98.28	100
1.09.37.08	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	9	Cible	90	90	
		9	Résultat	91.51	63.51	
		9	Atteinte (%)	100	70.57	
2.2 Hygiène et salubrité						
2.2 Hygiène et salubrité (2013-2014)	2.02.02	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	13	Cible		100
			13	Résultat		50
			13	Atteinte (%)		49.82
3.1 Ressources humaines						
3.1 Ressources humaines - Assurance salaire	3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	8	Cible	5.76	5.5
			8	Résultat	5.84	5.41
			8	Atteinte (%)	98.61	100
3.1 Ressources humaines - Temps supplémentaire	3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	9	Cible	5.93	5.46
			9	Résultat	5.3	4.79
			9	Atteinte (%)	100	100
	3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	9	Cible	2.73	3.33
			9	Résultat	2.46	2.82
			9	Atteinte (%)	100	100
3.1 Ressources humaines - Main-d'oeuvre indépendante	3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	9	Cible	5.54	4.18
			9	Résultat	5.18	3.51
			9	Atteinte (%)	100	100
	3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	9	Cible	1.14	1.68
			9	Résultat	1.11	1.57
			9	Atteinte (%)	100	100
	3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	9	Cible	0.49	1.26
			9	Résultat	0.66	0.92
			9	Atteinte (%)	65.31	100
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les inhalothérapeutes	9	Cible	0	0.07	
		9	Résultat	0	0.13	
		9	Atteinte (%)	100	14.29	
4.0 Urgences (Désencombrement)						
4.0 Urgences (Désencombrement)	4.01.01	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post-hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	9	Cible	3	3
			9	Résultat	8.4	5.5
			9	Atteinte (%)	0	18.33
	4.01.05	Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	9	Cible	3	3
			9	Résultat	2.7	4.9
			9	Atteinte (%)	100	37.33
	4.01.06	Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	9	Cible	3	3
			9	Résultat	0.8	0.8
			9	Atteinte (%)	100	100

La visite d'Agrément Canada s'est déroulée en septembre 2012. Les visiteurs ont pu constater l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux usagers et résidents.

La visite s'est réalisée avec le programme QMentum qui évalue le rendement du système de santé, la planification en matière de prévention des risques, la sécurité des patients, l'évaluation du rendement et la gouvernance. L'évaluation porte sur les pratiques organisationnelles requises (POR) en place dans les établissements.

Selon la nouvelle formule d'agrément décerné à un établissement, nous pouvions améliorer notre statut en obtenant «Agréé avec mention» si notre établissement répondait à des exigences précises. Nous nous sommes engagés à atteindre cette désignation enviable, sachant que nous avions tout ce qu'il fallait pour y arriver. Nous avons pu compter sur la collaboration de tous les membres du personnel, médecins et bénévoles pour y parvenir dans les délais requis. Le 27 mars 2013, le statut d'agrément «agrée» a été rehaussé à «agrée avec mention». L'Hôpital Santa Cabrini recevait pour la première fois de son histoire ce type d'agrément. Le rehaussement du type d'agrément faisait suite à l'étude des preuves transmises par l'Hôpital. Les suivis auprès d'Agrément Canada sont terminés et les équipes se rencontrent déjà en prévision de la prochaine visite prévue en septembre 2016.

EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

Faits saillants des plaintes traitées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'exercice 2014-2015, le comité d'humanisation des soins a participé à l'élaboration de signets remis aux patients lors de leur hospitalisation. Ceux-ci contiennent des renseignements importants, notamment le nom et les coordonnées du chef d'unité, de la commissaire locale, du comité des usagers et du médecin traitant.

La section sur le traitement des plaintes et la satisfaction des usagers du site Internet a été révisée.

En ce qui concerne le traitement des plaintes, le nombre de dossiers traités a diminué de 23 % par rapport à l'exercice précédent et ce, grâce à la collaboration des chefs d'unité et de service.

Faits saillants des plaintes traitées par le médecin-examineur.

Au cours de l'année 2014-2015, nous avons enregistré une baisse du nombre de plaintes à l'endroit des médecins, soit 31 plaintes. Les motifs de plaintes sont multiples. Toutefois, un nombre important touche des problèmes de relations interpersonnelles, souvent liés à des communications sous-optimales. Par ailleurs,

Type de dossiers / délai

	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Interventions	3	8	4
Assistances	382	362	276
Consultations	6	4	-
Plaintes reçues	116	81	70
Plaintes conclues	118	77	74
Total des dossiers reçus	507	455	350
Éloges	37	32	29
Protecteur du citoyen	1	3	5
< 45 jours	98%	100%	100%
> 45 jours	2%		

Motifs de plaintes par catégorie

Catégories	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Accessibilité	31	24	19
Aspect financier	4	-	3
Droits particuliers	8	-	3
Organisation du milieu et des ressources matérielles	22	15	12
Relations interpersonnelles	28	22	18
Soins et services dispensés	65	40	35
Total	158	101	90
Protecteur du citoyen	1	3	5

de nombreuses plaintes concernent les délais pour obtenir des soins ou des résultats d'examens.

En cours d'année, trois plaintes ont été analysées par le comité de révision, soit 50 % de moins que l'année précédente. Le comité de révision a sollicité un complément d'enquête au médecin-examineur dans un seul cas. À la suite de l'analyse d'une plainte, le médecin-examineur a demandé au comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens la formation d'un comité de discipline.

93 % des plaintes ont reçu une réponse dans les délais prescrits. Une amélioration notable en comparaison avec l'année antérieure. Un effort doit encore être fait pour atteindre l'objectif de répondre à 95 % des plaintes dans les délais prescrits.

SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

La qualité et l'excellence vont de pair à l'Hôpital Santa Cabrini. Le plan stratégique 2012-2015 de l'Hôpital Santa Cabrini définit clairement les résultats que nous entendons réaliser et comprend un axe consacré spécifiquement à la qualité des soins et services

Faits saillants

	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Nombre de plaintes reçues	36	42	31
Nombre de plaintes conclues	30	49	29
Dossiers de plaintes au comité de révision	2	6	3
Dossiers au comité de discipline	-	2	1
Délai moyen de réponse	< 45 jours : 97 %	< 45 jours : 80 %	< 45 jours : 93 %
	> 45 jours : 3 %	> 45 jours : 20 %	> 45 jours : 7 %

Motifs de plaintes par catégorie pour les années

Catégories	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Accessibilité	-	3	3
Aspect financier	-	-	-
Droits particuliers	2	4	1
Organisation du milieu et des ressources matérielles	-	-	2
Relations interpersonnelles	14	20	11
Soins et services dispensés	29	31	20
Total	45	58	37

et à l'innovation. Ainsi, l'Hôpital Santa Cabrini renouvelle son engagement à offrir des soins et des services de qualité, sécuritaires et empreints de respect. Pour ce faire, elle fait de la gestion intégrée de la qualité une priorité. Elle s'assure que les efforts de tous convergent dans cette voie. À ce titre, l'Hôpital Santa Cabrini met en place les structures de fonctionnement, les ressources et les activités qui soutiennent ses orientations et en évaluent les résultats.

Déclaration des incidents et accidents

Incidents/accidents.....2 564 déclarations

- 2 373 déclarations à l'HSC entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015;

- 191 déclarations au CAD entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015;
- Des événements déclarés, 529 (20,63 %) sont des incidents (usagers non touchés);
- Des événements déclarés, 2035 (79,36 %) sont des accidents (usagers touchés);
- Des événements déclarés, 316 (12,32 %) la gravité des conséquences demeure indéterminée au moment de l'extraction des données;
- Des événements déclarés, 1 (0,03 %) a été à l'origine de conséquences graves et permanentes;
- 59 % des événements surviennent chez les personnes âgées de 75 ans et plus;
- 52,69 % des accidents touchent les femmes.

Chutes

Chutes.....1 037 déclarations

- 894 chutes à l'HSC;
- 143 chutes au CAD;
- Les circonstances les plus fréquentes pour les chutes sont : l'usager a été trouvé par terre (63,25 %) et l'usager circulait dans l'établissement (16,58 %);
- 109 chutes sans conséquence;
- 625 chutes avec conséquences appréhendées;
- 216 chutes avec conséquences mineures;
- 20 chutes avec conséquences modérées;
- 10 chutes avec conséquences graves telles que fractures nécessitant une intervention chirurgicale.

Médicaments

Erreurs de médicaments, traitement/intervention, régime alimentaire 974 déclarations

- 614 erreurs de médicaments;
- 347 erreurs de traitement/intervention;
- 13 erreurs de régime alimentaire;
- 944 erreurs à l'HSC;
- 30 erreurs au CAD;
- Les principales causes d'erreurs de médicaments, traitement/intervention, régime alimentaire sont : non-respect d'une procédure/protocole (25,15 %) et omission (23,71 %);
- 248 erreurs ont été évitées avant d'atteindre l'usager;
- 273 erreurs sans conséquence;
- 281 erreurs avec conséquences appréhendées;
- 29 erreurs avec conséquences mineures;
- 5 erreurs avec conséquences modérées;
- 3 erreurs avec conséquences graves;
- 1 erreur nécessitant une intervention pour maintenir l'usager en vie.

Autres types de déclarations

Problème de matériel, équipement, bâtiment, effets personnels..... 143 déclarations

- 88 concernent le matériel;

- 32 l'équipement;
- 6 le bâtiment;
- 17 problèmes d'effets personnels;
- 141 problèmes à l'HSC;
- 2 problèmes au CAD.

Problèmes d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation..... 16 déclarations

- 13 à l'HSC;
- 3 au CAD.

Problèmes de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)..... 15 déclarations

- 15 à l'HSC;
- L'utilisation de la stérilisation flash ne se reflète malheureusement pas dans les rapports AH-223. Les déclarations définissent les problèmes de RDM/MMUU comme problème de matériel (bris d'asepsie).

Test diagnostique 73 déclarations

- 73 erreurs de test diagnostique à l'HSC.

Autres types d'événements..... 306 déclarations

- 293 erreurs à l'HSC;
- 13 erreurs au CAD;
- Les causes les plus fréquentes des autres types d'événements sont : autres (62,09%) et erreurs liées au dossier (9,47 %);
- 146 événements ont été évités avant d'atteindre l'utilisateur;
- 43 événements sans conséquence;
- 28 événements avec conséquences appréhendées;
- 15 événements avec conséquences mineures;
- 2 événements avec conséquences modérées;
- 2 événements avec conséquences graves.

Il y a eu un accident ayant causé la mort d'un usager.

Un suivi étroit des activités de la gestion des risques et de la qualité, sous forme de tableau de bord, est transmis quatre fois par année au comité de gestion des risques. On y fait état des différents indicateurs périodiques relatifs aux événements indésirables, des plans d'action des événements majeurs, des dossiers prioritaires (chutes, erreurs de médicaments, contentions, plaies de pression, télémétrie, RCR, endoscopie d'urgence, thromboprophylaxie et développement des connaissances en gestion des risques) et des programmes implantés, des suivis des infections nosocomiales, des mesures d'urgence, de la santé et sécurité au travail et des plaintes et des éloges reçus, etc.

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

Jusqu'en 2012, l'Hôpital Santa Cabrini et le Centre d'accueil Dante effectuaient des sondages pour évaluer la satisfaction de la clientèle. Les résultats étaient transmis aux instances clés dans

l'organisation et des plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services étaient présentés, mis en place et pilotés par les gestionnaires concernés.

Pour la visite d'Agrément Canada en septembre 2016, l'organisation doit se conformer à la nouvelle exigence relative à l'expérience vécue par l'utilisateur. Notamment, un sondage doit être effectué et les résultats doivent être envoyés à Agrément Canada. Cette nouvelle exigence fait partie intégrante d'un processus d'agrément efficace et aidera l'organisation à évaluer l'expérience vécue par les usagers de nos installations. Également, les résultats qui découleront de cette évaluation permettront d'alimenter les activités et les projets d'amélioration de la qualité de l'Hôpital Santa Cabrini et du Centre d'accueil Dante.

Entre avril et juin 2014, un projet de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur a été réalisé dans une unité de soins (2C). L'outil d'évaluation de l'expérience vécue par le client a été élaboré par Agrément Canada. À la suite d'un processus interne adopté par l'organisation, cet outil a été distribué sous forme papier à tous les usagers ayant reçu leur congé de l'unité ciblée (lettre explicative, questionnaire, enveloppe de retour prépayée). Les résultats de ce sondage ont été présentés au comité de direction en septembre 2014. Selon l'échéancier déposé, le sondage relatif à l'expérience vécue par l'utilisateur doit s'effectuer à l'automne prochain (2015) dans les unités de chirurgie et de médecine, en utilisant, sans aucune modification, l'outil et l'approche élaborés par Agrément Canada. Finalement, les résultats et les constats de l'analyse de ce sondage devront être pris en considération afin de prioriser des objectifs d'amélioration de la qualité et d'établir ou de bonifier les plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services de l'organisation.

Suites apportées aux recommandations faites par Agrément Canada dans son dernier rapport

Tous les suivis de la visite de septembre 2012 ont été achevés en mai 2014 et nous avons obtenu la distinction d'Agrément Canada « AGRÉÉ AVEC MENTION ».

Nous poursuivons nos travaux quant à l'amélioration continue de la qualité des soins et services lors des rencontres avec les gestionnaires.

- Distribution aux chefs d'équipe du plan d'action quadriennal 2012-2016 d'amélioration de la qualité et de la sécurité afin de travailler sur les drapeaux rouges identifiés par les visiteurs;
- Adoption de l'échéancier pour la visite de 2016 par le comité de direction;
- Révision de la composition des équipes qualité;
- Distribution des cahiers de normes d'Agrément Canada en vue de la visite de septembre 2016;
- Mise sur pied et suivi du plan de rendement d'amélioration continue de la qualité en vue de la visite de 2016;
- Révision des plans d'action quadriennaux 2012-2016 d'amélioration de la qualité et de la sécurité pour cibler les actions qui

sont déjà amorcées et celles qui devront être réalisées au cours de la prochaine année, afin de maintenir et d'améliorer la prestation des soins et des services;

- Assurer la conformité des 31 pratiques organisationnelles requises (POR) (révisé par Agrément Canada);
- Développement d'un outil pour procéder à l'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur;
- Assurer le suivi des sondages;
- Assurer le suivi général des principaux sujets de plaintes des usagers.

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

Cette année, un fort engagement de l'organisation en ce qui concerne la qualité et la sécurité s'est traduit notamment par une diversité d'actions réalisées en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques. Plusieurs acteurs ont pris part à ces réalisations, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel, en voici un bref aperçu :

Mise en place de la Politique et du Programme de gestion intégrée de la qualité

La Politique et le Programme de gestion intégrée de la qualité visent à proposer une démarche et un modèle intégrateur des différentes composantes de la qualité afin d'assurer l'élaboration de stratégies et d'actions qui guideront l'établissement vers une culture de la qualité et de la sécurité. Il est un guide de référence pour les prestataires de soins et services ainsi que pour les administrateurs, dans leurs relations avec la clientèle et les différents partenaires. Ces documents ont été adoptés par le C.A. le 29 janvier 2014.

Mise en place de la Politique et du Programme de gestion intégrée des risques

La Politique et le Programme de gestion intégrée des risques visent à rendre effective l'obligation prévue au paragraphe 2 de l'article 181.0.0.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (c. S-4.2) dans le respect des pratiques reconnues en gestion des risques, notamment la norme internationale ISO 31 000 : 2009 Management du risque, et des meilleures pratiques de gouvernance. Cet article confie le mandat au comité de vérification du conseil d'administration « de s'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement ». L'objectif de la Politique et du Programme de gestion intégrée des risques est d'établir les bases d'un système organisé et cohérent de gestion intégrée des risques pour l'ensemble des activités de l'établissement. Ces documents ont été adoptés par le C.A. le 30 avril 2014.

Suivi des dossiers prioritaires et des plans d'action à la suite des événements sentinelles

Un suivi étroit est fait par l'équipe de gestion des risques des dossiers prioritaires (chutes, erreurs de médicaments, contentions, plaies de pression, télémétrie, RCR, endoscopie

d'urgence, thromboprophylaxie, mesures d'urgence, santé et sécurité au travail, plaintes et éloges reçues et développement des connaissances en gestion des risques) et des plans d'action à la suite des événements sentinelles auprès des intervenants concernés.

Le processus d'analyse des événements sentinelles doit s'améliorer d'année en année. À l'aide de l'outil Ishikawa, – qui permet une analyse approfondie des événements – la conseillère à la gestion des risques et à l'évaluation de la performance a travaillé avec certains chefs d'unité et les conseillères en soins de la Direction de la santé physique. Un soutien est aussi offert par la conseillère à la gestion des risques et à l'évaluation de la performance, pour compléter ces analyses.

Normalisation de la prise en charge du protocole d'application et du registre de déclaration des mesures de contrôle (art 118.1 de la LSSSS) ainsi que celui des événements indésirables reliés aux plaies de pression

Le suivi des contentions et des plaies de pression est dorénavant assuré par les conseillères en soins dans leur secteur respectif. Leur rôle sera de valider l'utilisation de telles mesures et d'évaluer si les moyens alternatifs sont utilisés de façon optimale en conformité avec la politique et le programme en vigueur.

- Audits qualité par les chefs d'unité en lien avec les objectifs de la direction ;
- L'établissement a connu une augmentation de 2,7 % des plaies de pression en 2014-2015 par rapport à l'an dernier ;
- Formation des conseillères en soins et évaluation des produits utilisés (vers une normalisation);
- Table de travail pour le dossier des plaies de pression (équipe sur l'intégrité de la peau) ;
- Les sujets suivants soulèvent des inquiétudes chez le personnel: nombre de formulaires à remplir, fréquences de surveillance, manque de disponibilité des contentions ainsi que la difficulté d'obtenir une surveillance continue;
- Analyse prospective (constat des écarts de pratiques, équipe de travail, plan d'amélioration) quant au respect de la politique et du programme sur le contrôle de l'utilisation des contentions et de l'isolement, les mesures alternatives et les nouvelles contentions sécuritaires, en collaboration avec les chefs d'unité, les conseillères en soins et la coordonnatrice – secteur médecine – PALV) ;
- Table de travail pour le dossier des contentions (équipe sur l'utilisation des mesures de contrôle).

Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du groupe Vigilance pour la sécurité des soins (31 octobre 2014) – prévention des chutes et des erreurs de médicaments.

Un suivi des recommandations est présenté à chaque rencontre du comité de gestion de risques. Étant donné l'augmentation du nombre de chutes et le constat de certaines unités plus à risque, notre organisation est interpellée sur les mesures de prévention à consolider (p. ex. : analyse pré et post

chute). Les nombreux événements majeurs liés aux chutes nous ont amenés à effectuer plusieurs interventions ciblées dans les différentes unités. Des rappels réguliers sont importants pour consolider les procédures de prévention et de gestion des chutes. Un soutien clinique se fait auprès des équipes par les conseillères, les chefs d'unités et les préceptrices du programme de préceptorat dans les unités. Un soutien plus particulier est offert dans les unités par les conseillères en soins dans l'évaluation du risque de chute et lors de la rédaction des notes et du PTI associé à une chute. Entre autres, des ateliers de groupe sur la prévention d'une chute et les interventions postchute sont proposés au personnel.

Recommandations pour l'année 2015-2016 afin d'assurer la sécurité des soins et des services :

- **Structure-qualité de soins :** mettre en place une structure organisationnelle stratégique et opérationnelle sur la prestation sécuritaire des soins et des services ;
- **Gestion intégrée des risques :** appliquer la Politique et le Programme sur la gestion intégrée des risques (processus en continu) ;
- **Gestion intégrée de la qualité :** appliquer la Politique et le Programme sur la gestion intégrée de la qualité (processus en continu) ;
- **Agrément Canada :** mettre en place un mécanisme de suivi des POR et des normes d'Agrément Canada en lien avec la gestion des risques au bénéfice des membres du CGR ;
- **Programme d'entretien préventif des équipements :** assurer la finalisation du rapport sur le programme d'entretien préventif des équipements pour tous les services et la production d'indicateurs pour le CA (Agrément Canada) ;
- **Prévention des infections :** mettre en place un plan d'amélioration de la qualité en matière d'hygiène et de salubrité ;
- **Gestion sécuritaire des endoscopes :** élaborer une procédure sécuritaire et normalisée pour la gestion des endoscopes ;
- **Gestion des alertes et des rappels :** adopter une directive sur la gestion des alertes et des rappels ;
- **Centre de lutte contre le cancer :** élaborer une évaluation du risque et un plan de prévention sur la manipulation sécuritaire des médicaments dangereux avec tous les secteurs concernés ;
- **Double identification :** mettre en place un plan d'action pour sensibiliser le personnel sur la double identification de l'utilisateur ;
- **Mesures de contrôle :** normalisation de la prise en charge du protocole d'application et du registre de déclaration des mesures de contrôle.

Conseil et comités du conseil au 31 mars 2015

Conseil d'administration de l'Hôpital Santa Cabrini et du Centre d'accueil Dante

Conseil des infirmières et infirmiers

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2014-2015

Membres	
M ^e Pasquale Artuso	collège électoral : cooptation
Claude Boileau	collège électoral : cooptation
Danielle Côté	collège électoral : conseil multidisciplinaire
Giuseppe Danisi	collège électoral : fondation
Giuseppe Di Battista	collège électoral : comité des usagers
Michael Di Grappa	collège électoral : agence
Gaetano Di Tullio	collège électoral : personnel non clinique
M ^e Angela Di Virgilio	collège électoral : cooptation
Mario Discepola	collège électoral : agence
Jean-François Foisy, directeur général	secrétaire du conseil
M ^e Consolato Gattuso	Président
M ^e Penelope Karavelas	collège électoral : cooptation
M ^e Maria Kuchel	collège électoral : cooptation
Teresa Ronci	collège électoral : personnel clinique
M ^e Giovanna Scotti	collège électoral : cooptation
Domenico Talarico, vice-président	collège électoral : population
D ^{re} Silvana Trifiro	collège électoral : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Michel Trozzo	collège électoral : comité des usagers

Révision des règlements généraux du CII

Comité de vérification	
Claude Boileau	
Mario Discepola	Président
Jean-François Foisy	Directeur général
Domenico Talarico	
Invités permanents	
Vincent Gagliardi	Directeur général adjoint
Nathalie Lachapelle	Adjointe au directeur des ressources financières
Jean-Rock Landry	Directeur des ressources financières
Mario Discepola	collège électoral : agence

Comité de gestion des risques	
Line Dumas	Vincent Gagliardi, président
et une équipe d'employés HSC/CAD (11 membres)	

Comité de gouvernance et d'éthique	
M ^e Pasquale Artuso	Mario Discepola
Jean-François Foisy, directeur général	M ^e Penelope Karavelas
M ^e Maria Kuchel, présidente	Domenico Talarico

Comité des ressources humaines	
Danielle Côté	Line Dumas, présidente
Giuseppe Di Battista	Gaetano Di Tullio
Jean-François Foisy, directeur général	Domenico Talarico
Invité permanent	
Gilles Ruel, directeur des ressources humaines et affaires juridiques	

Comité de recrutement médical	
Jean-François Foisy	D ^r Irwin Kuzmarov
D ^e Silvana Trifiro, présidente	Gaetano Di Tullio
Invité permanent	
D ^r Albert Chiricosta	

Comité de révision des plaintes de nature médicale	
M ^e Pasquale Artuso, président	
D ^r Albert Chiricosta	D ^r Huong Pham-Dang

Comité d'évaluation du directeur général	
M ^e Consolato Gattuso	
Domenico Talarico	Michael Di Grappa

Les règlements adoptés par l'assemblée générale annuelle en

Membres du CECII	
Annie Blanchard	infirmière à la salle d'urgence
Line Dumas	adjoite à la Direction de la santé physique; responsable des soins infirmiers
Chantale Fréchette	assistante infirmière-chef au Centre d'accueil Dante
Vincent Gagliardi	directeur général adjoint
Nancy Lajeunesse	infirmière spécialiste en activités cliniques à l'urgence
Melissa Lalonde	conseillère en soins infirmiers (formation)
Renald Levesque	infirmier auxiliaire à l'urgence
Teresa Ronci	conseillère en soins infirmiers (formation)

juin 2014 ont été présentés au conseil d'administration et ont été adoptés lors de la séance du 24 septembre 2014.

Activités professionnelles

Le CII est membre de l'*Association des CII du Québec (ACIQ)*, ce qui lui permet d'échanger avec les CII de la province sur leurs dossiers et leur fonctionnement.

PRINCIPALES ACTIVITÉS

Le CECII s'est réuni à trois reprises et il est prévu que l'assemblée générale annuelle se tienne le 16 juin 2015. Des rencontres de travail ont également eu lieu pour faire avancer les dossiers du comité.

Continuer à augmenter la visibilité du CII au sein de l'établissement

Diverses actions se sont poursuivies, notamment :

- Les communications aux membres via le tableau CII;
- La diffusion du dépliant « En 2014-2015, votre CII vous invite à oser » qui vise la mobilisation des infirmières;
- La participation aux journées d'accueil de la Direction des ressources humaines;
- L'organisation et la présentation des activités de la Semaine des infirmières.

Notons que le CECII profite de chaque occasion pour expliquer le rôle du CII.

Continuer à mobiliser les membres dans leur engagement face à la qualité et la sécurité

Le CECII sensibilise quotidiennement le personnel quant à l'importance de la rigueur et de la vigilance dans les soins; de la mise à jour des connaissances et de l'engagement en tant que « gardien de la qualité ». De plus, il a contribué à la formation continue lors de la Journée de l'infirmière auxiliaire et la Semaine de l'infirmière.

Soutenir la Direction de la santé physique dans les différents projets d'amélioration de la qualité et de la sécurité

Le CECII a soutenu la direction dans les différents projets, notamment, par l'implication de ses membres dans les tables de travail et les comités; par les recommandations effectuées et la promotion des projets et des bonnes pratiques auprès du personnel soignant.

Poursuivre les démarches pour la création du comité de la relève infirmière (CRI)

De jeunes infirmières du centre ont été approchées pour connaître leur intérêt à s'impliquer dans cette initiative. Ce dossier n'a pas été priorisé vu les changements importants dans le réseau (Loi 10).

RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LE CECII

- Organisation des soins : communication, travail d'équipe et rôle de chacun dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité
- Événements sentinelles 2014-2015
- Priorités de formation 2014-2015 pour le personnel infirmier et développement des ressources humaines
- Ordonnances collectives nationales et locales : constipation, gouttes ophtalmiques
- Politique de la tenue vestimentaire de la Direction des ressources humaines
- Service de brancarderie
- Maintien de la désignation de centre de traumatologie pour notre centre (en cours)

ACTIVITÉS INTERCONSEILS

Le CECII, le conseil multidisciplinaire (CM), le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et conseil du personnel de soutien (CPS) ont tenu une rencontre en novembre 2014. L'objectif était de discuter des mandats et dossiers des conseils ainsi que l'impact du projet de loi 10. La qualité des soins, le travail en interdisciplinarité et les responsabilités professionnelles sont des préoccupations communes. Une activité interconseils a été organisée, soit la conférence « Communication d'équipe » en février 2015.

Conseil des médecins, pharmaciens et dentistes (CMDP)

L'année 2014-2015 a été pleine de défis tant sur le plan médical qu'administratif avec la nomination de nouveaux membres au

sein du comité exécutif du CMDP. Le comité exécutif a terminé

Membres du CMDP	
D ^r Joseph Feghali	président
D ^r Vincent Massé	1 ^{er} vice-président
D ^r Hussein Fadlallah	2 ^e vice-président
D ^r Gorgin Salami	trésorier
D ^{re} Julie Ibrahim	secrétaire
Membres ex-officio	
D ^{re} Françoise Neveu	directrice des services professionnels et hospitaliers
D ^{re} Silvana Trifiro	représentante médicale auprès du conseil d'administration
Jean-François Foisy	directeur général

les dossiers en suspens et a commencé l'étude de nouveaux dossiers et plaintes. Ce comité est composé de cinq membres qui représentent la majorité des départements.

Le comité exécutif a tenu dix réunions régulières et deux réunions spéciales en plus des quatre réunions trimestrielles du CMDP. De plus, le président du comité exécutif a assisté aux réunions de la Table des chefs de départements médicaux et du conseil d'administration de la Fondation de l'Hôpital Santa Cabrini.

Dès le début, le but du comité exécutif était le contrôle de la qualité de l'acte médical, le rapprochement et le travail d'équipe entre le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et celui des soins infirmiers pour améliorer le niveau de compétence et par conséquent, de prodiguer de meilleurs soins à nos patients.

UN PLAN D'ACTION POUR AMÉLIORER LES SOINS OFFERTS
Cette année, cinq sujets ont été retenus pour le plan d'action :

La durée moyenne de séjour

Pour atteindre de bons résultats, le comité exécutif a rencontré, lors de ses réunions, les représentants de tous les conseils médicaux et paramédicaux ainsi que la directrice des soins infirmiers dans le but de trouver des solutions afin d'améliorer la durée moyenne de séjour. Un programme a été élaboré pour améliorer la compétence chez nos infirmières.

Tous les chefs de départements et de service ont été sollicités afin de proposer un plan d'action pour améliorer la durée moyenne de séjour. Le comité exécutif élaborera un plan d'action global.

Le bilan comparatif des médicaments

Concernant le bilan comparatif des médicaments (BCM), un comité « ad hoc » a été formé pour l'application de cette pratique organisationnelle exigée par Agrément Canada. L'unité de chirurgie a été choisie pour commencer le projet. Il sera implanté dans les autres unités de médecine d'ici un an.

L'éducation médicale continue

Quant à l'éducation médicale continue, un comité a été formé et un projet a été présenté pour des conférences et présentations à court et à long terme. Ce projet exige un budget et l'implication de l'Hôpital et ce, pour améliorer le niveau de compétence chez nos médecins et par conséquent, améliorer la qualité de l'acte médical.

La tenue de dossiers

Quant à la tenue de dossiers, un plan a été élaboré pour étudier un échantillon de dossiers de tous les médecins de l'Hôpital et suggérer, à la fin de l'étude, des améliorations et des suggestions pour chaque médecin.

La visite du Collège des médecins du Québec

Dans le cadre de la visite d'inspection du Collège des médecins, le comité exécutif s'est assuré que toutes les suggestions du Collège avaient été suivies, appliquées et corrigées en attendant la visite qui est prévue pour le début du mois de juin 2015. Cette visite concerne surtout la chirurgie générale, le département de l'urgence et les soins de longue durée au Centre d'accueil Dante.

La réalisation du plan d'action n'aurait pu être possible sans la collaboration des divers comités :

- Le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique et son président, D^r Marc Laroche, qui a procédé à l'étude de multiples dossiers. Leur opinion a toujours été respectée et appréciée.
- Le comité de pharmacologie et sa présidente, Mme Silvana Sanzari, pharmacienne, qui a procédé à l'élaboration de protocoles comme celui de la thromboprophylaxie et l'étude de nouveaux médicaments.
- Le comité d'examen des titres et son président, D^r Leopold Tarantino, qui a étudié les dossiers professionnels de nouveaux médecins, tâche importante pour l'admission de ces derniers.
- Le comité d'éducation médicale continue et son président, D^r Giuseppe. Mazza, pour leur aide précieuse à préparer les conférences du CMDP et le projet d'éducation à long terme préparé par D^r Peter Barriga.
- Le comité des chefs de départements et son président, D^r Shivendra Dwivedi, pour leur aide dans les grandes décisions concernant l'hôpital et le fonctionnement des départements, là où les vrais problèmes se discutent.

Conseil multidisciplinaire

PRINCIPALES ACTIVITÉS

- La nouvelle procédure d'encadrement des comités de pairs a

Membres du CM	
Danielle Côté	thérapeute en réadaptation, présidente
Maria Crecca	technicienne en loisirs au Centre d'accueil Dante, vice-présidente
Sylvain Dubé	travailleur social, responsable de l'encadrement des comités de pairs
Vicky Pelletier	ergothérapeute, secrétaire
Nicolas Violette	nutritionniste, 2 ^e vice-président
Vincent Gagliardi	directeur général adjoint et représentant la Direction générale au CECM
Pascale Pereira	directrice des services multidisciplinaires et adjointe à la DSPH et déléguée de la Direction générale au CECM

été mise en fonction cette année. Plusieurs comités de pairs ont été formés, ce qui témoigne du dévouement des membres et de leur intérêt à s'impliquer dans l'amélioration de leur pratique professionnelle et des services aux usagers.

- Les travaux du sous-comité d'analyse des demandes d'intervention faites aux membres du CM se sont poursuivis et un premier rapport a été rédigé. Mis sur pied en mai 2013, le but de ce comité de travail est d'accroître l'efficacité et la qualité de la prise en charge des usagers et d'assurer le respect des recommandations des ordres professionnels concernés. Les travaux d'évaluation du comité concernent notamment la pertinence du motif de consultation, le lien avec le professionnel demandé, les méthodes de transmission des demandes, la lisibilité, et plus.
- Le prix «Coup de chapeau du CM», qui souligne le dévouement et l'implication de ses membres au sein de l'établissement, a été remis encore cette année. Le prix est constitué de deux bourses de formation de 100 \$ et de 250 \$, pouvant également être utilisées pour l'achat d'outils pédagogiques ou autres équipements.
- Le CM a organisé une première rencontre des présidents des CMDP, CII, CM et CPS. Les présidents se sont entendus sur un objectif commun au sein des quatre conseils, soit celui de promouvoir l'interdisciplinarité dans notre établissement. Certains projets communs ont été proposés, dont l'élaboration de formulaires interdisciplinaires, ayant pour objectif de faciliter la prise en charge interdisciplinaire et améliorer la planification de congé. Des rencontres trimestrielles sont prévues. Une activité inter-conseils a par ailleurs été organisée : la conférence «Communication d'équipe», offerte par M. Carol Allain, spécialiste en communication intergénérationnelle.
- Le CM a fait des démarches auprès de la Direction des ressources humaines afin que les présidents des conseils de l'établissement fassent une brève présentation de leur rôle et fonction, lors des journées d'accueil des nouveaux employés. Ceci est en vigueur depuis l'automne 2014.
- Le rayonnement du CM à l'extérieur de l'établissement s'est

effectué par notre présence au Colloque 2014 de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) et notre participation à la rédaction du mémoire de l'ACMQ concernant le projet de loi 10. De plus, le CM de l'Hôpital Santa Cabrini a maintenu sa présence à la table d'échange des présidents de CECM de l'Est de Montréal, regroupement qui est maintenant devenu le comité exécutif transitoire du CM du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Comité de vigilance et de la qualité

Au cours de l'exercice 2014-2015, le comité s'est réuni à deux reprises.

Membres	
M ^e Angela Di Virgilio	présidente
Jean-François Foisy	directeur général
Marina Javicoli	
M ^e Penelope Karavelas	
Michel Trozzo	

En vertu de ses règlements, dont la version révisée a été adoptée par le conseil d'administration de l'établissement en janvier 2013, le comité de vigilance et de la qualité agit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services offerts et dans le respect des droits individuels et collectifs. À cette fin, il assure principalement, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations des instances internes ou externes de l'établissement.

PRINCIPALES ACTIVITÉS

Cette année, les membres ont réitéré leur recommandation transmise à la fin de l'exercice 2013-2014 au coordonnateur du bloc opératoire et à la coordonnatrice du programme de chirurgie concernant l'organisation du bloc opératoire afin qu'ils étudient conjointement la possibilité d'échelonner l'arrivée des patients sur une période de deux à trois heures en matinée. Rappelons que cette recommandation faisait suite à l'étude d'une plainte déposée auprès de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, d'une plainte formulée par le comité des usagers ainsi qu'à de nombreuses insatisfactions manifestées par les usagers au cours des dernières années.

Le comité a reçu la coordonnatrice de l'hébergement et des soins de longue durée qui a présenté aux membres les faits saillants de la visite ministérielle qui a eu lieu au Centre d'accueil Dante les 16 et 17 octobre 2013, dans le but de procéder à l'évaluation de la qualité du milieu de vie.

Lors des rencontres du comité, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a informé les membres de l'évolution du traitement des plaintes et du suivi des recommandations émises. De plus, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services, le conseil d'administration de l'établis-

sement est informé régulièrement du suivi accordé par le comité de vigilance et de la qualité aux recommandations des différentes instances.

SUIVIS APPORTÉS PAR LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

En vertu de ses règlements, dont la version révisée a été adoptée par le conseil d'administration de l'établissement en janvier 2013, le comité de vigilance et de la qualité agit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services offerts et dans le respect des droits individuels et collectifs. À cette fin, il assure principalement auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations des instances internes ou externes de l'établissement.

Au cours de l'exercice 2014-2015, le comité s'est réuni à deux reprises. Les autres réunions ont été annulées, l'une en raison d'un conflit d'horaire avec l'assemblée générale du comité des usagers et les autres, car le quorum n'était pas atteint. Cette année, les membres ont réitéré leur recommandation transmise à la fin de l'exercice 2013-2014 au coordonnateur du bloc opératoire et de la coordonnatrice du programme de chirurgie concernant l'organisation du bloc opératoire afin qu'ils étudient conjointement la possibilité d'échelonner l'arrivée des patients sur une période de deux à trois heures en matinée. Rappelons que cette recommandation faisait suite à l'étude d'une plainte déposée auprès de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, d'une plainte formulée par le comité des usagers ainsi qu'à de nombreuses insatisfactions manifestées par les usagers au cours des dernières années.

Par ailleurs, le comité a reçu la coordonnatrice de l'hébergement et des soins de longue durée qui a présenté aux membres les faits saillants de la visite ministérielle qui a eu lieu au Centre d'accueil Dante les 16 et 17 octobre 2013 dans le but de procéder à l'évaluation de la qualité du milieu de vie.

Enfin, à chacune des rencontres du comité, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a informé les membres de l'évolution du traitement des plaintes et du suivi des recommandations émises. De plus, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services, le conseil d'administration de l'établissement est informé régulièrement du suivi accordé par le comité de vigilance et de la qualité aux recommandations des différentes instances.

En raison des restructurations prévues à la suite de l'adoption du projet de loi no 10 – Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, le comité de vigilance et de la qualité de notre établissement termine son mandat à la fin de cet exercice.

Comité de révision

Membres	
M ^e Pasquale Artuso	président du comité
D ^r Albert Chiricosta	
D ^r Huong Pham-Dang	

Au cours de l'exercice 2014-2015, le comité de révision a étudié et conclu trois dossiers. Les membres ont demandé un complément d'examen au médecin-examineur pour l'un d'eux. Celui-ci devrait être remis au début de l'année 2015-2016. En ce qui concerne les deux autres dossiers, les membres du comité ont confirmé les conclusions du médecin-examineur.

Comité des usagers et comité des résidents

Membres	
Claire Constantin	représentante au comité d'humanisation des soins et services
Francesca D'Errico	présidente
Giuseppe Di Battista	représentant du comité au conseil d'administration et président du comité des résidents
Giovanna Giordano	vice-présidente sortante au 14 novembre 2014
Frédéric Lalonde	vice-président et représentant au comité de gestion des risques
Michelina Lavoratore	
Annette Martino	
Michel Trozzo	représentant du comité au conseil d'administration et au comité de vigilance et de la qualité
ET	
Antonella Fuoco	secrétaire-trésorière (déléguée par la Direction générale)
Vincent Gagliardi	représentant de la Direction générale (invité permanent)
Colette Hénault	personne-ressource

Le comité des usagers est composé de huit membres, dont sept élus parmi l'ensemble des usagers et un représentant du comité des résidents du Centre d'accueil Dante. Ces huit membres sont des bénévoles dévoués, avec pour seul objectif de bien représenter et assister les usagers de l'Hôpital Santa Cabrini et les résidents du Centre d'accueil Dante. Lors des réunions du comité, les membres ont bénéficié de la présence du directeur général adjoint, M. Vincent Gagliardi. Ceci leur a permis d'émettre sur-le-champ des commentaires ou des recommandations dans certains

dossiers. Nous en sommes reconnaissants, car cela nous permet de mieux remplir notre mandat et de nous assurer que la qualité des soins et des services dispensés aux usagers est optimale.

La présence de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services à nos réunions a grandement été appréciée. L'efficacité avec laquelle elle nous a informés et éclairés sur certaines politiques et procédures internes nous a permis de constater que les usagers étaient bien encadrés et soutenus dans leurs démarches de plainte.

Au cours de l'année 2014-2015, les membres du comité des usagers ont offert près de 350 heures de bénévolat.

PRINCIPALES ACTIVITÉS

- Participation aux diverses présentations dans le but de mieux connaître les soins et les services offerts aux usagers et aux résidents.
- Le comité des usagers maintient un lien étroit avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement, celle-ci ayant la responsabilité de veiller au respect des droits des usagers. À cet égard, Mme Marina Javicoli a été invitée à participer au « tour de table » de chacune des réunions du comité des usagers pour présenter aux membres son rapport périodique des plaintes et répondre à leurs questions.
- La présidente et la secrétaire-trésorière du comité ont participé à la journée d'étude des comités des usagers de l'Île de Montréal de la Fédération des comités des usagers et de résidents du Québec (FCURQ) ayant pour thème l'accessibilité aux soins et aux services de santé.
- La présidente et la secrétaire-trésorière du comité ont participé au Congrès 2014 du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).
- Le comité a tenu différentes activités afin de faire connaître et promouvoir le rôle du comité des usagers aux patients, résidents, familles, représentants, visiteurs et membres du personnel :
 - Kiosque pour souligner la Semaine des droits des usagers;
 - Publication d'articles dans le journal interne « l'Espresso »;
 - Distribution régulière du dépliant du comité des usagers dans les divers services, insertion du dépliant dans la pochette d'embauche du personnel et insertion d'un feuillet dans la pochette d'admission du patient et du résident;
 - Participation à la rencontre annuelle avec les familles au Centre d'accueil Dante.

Comité de résidents

Membres	
Anna Amato	résidente du 4 ^e
Giuseppe Di Battista	représentant de la communauté, président du comité de résidents
Joseph Ferrarelli	représentant du 1 ^{er}
Erminio Piccolino	représentant du 3 ^e
Robert Pietrantonio	résident du 2 ^e
ET	
Antonella Fuoco	secrétaire-trésorière (déléguée par la Direction générale)
Vincent Gagliardi	représentant de la Direction générale (invité permanent)
Colette Hénault	personne-ressource

Les membres du comité des résidents du Centre d'accueil Dante sont à l'écoute des besoins des résidents. Chaque membre élu ou désigné représente une unité du Centre. Ce comité a le devoir de tout mettre en œuvre pour protéger ces personnes contre toute forme d'exploitation, de négligence ou d'abus. Il s'assure de bien transmettre les besoins et préoccupations de chacun. Les commentaires soumis lors des réunions sont documentés et évalués. Lorsque nécessaire, un suivi est assuré par le comité de résidents et le comité des usagers auprès de la direction et de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de résidents a tenu six réunions régulières au cours de l'année 2014-2015 avec plus de 60 heures de bénévolat qui ont été offertes.

PRINCIPALES ACTIVITÉS

- Rencontre avec les familles, incluant la présentation d'un humoriste-conférencier.
- Distribution régulière du dépliant du comité de résidents.
- Publication d'articles dans les journaux internes L'Espresso et Tra Noi pour sensibiliser et informer les résidents, les familles et le personnel du Centre d'accueil Dante sur les activités réalisées par le comité de résidents.
- Le comité de résidents a financé l'achat d'une plaque commémorative à l'occasion de la célébration du centième anniversaire d'une résidente du Centre d'accueil Dante.
- Maintien du lien étroit avec les résidents du Centre d'accueil Dante et leur famille par le biais d'envois réguliers, tels que des vœux à l'occasion des Fêtes et de l'information pertinente relative au comité, sans oublier la présence des membres aux différentes activités organisées pour les résidents et leur famille durant l'année, notamment la fête familiale traditionnelle et la célébration du centième anniversaire d'une résidente.

Les ressources humaines de l'établissement

Tableau des effectifs de l'établissement en équivalent temps complet

		Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
Cadres	Temps complet	32	48
	Temps partiel	0,9	0,9
	Stabilité d'emploi	13	-
Employés réguliers	Temps complet	773	776
	Temps partiel	272,07	266,84
	Sécurité d'emploi	-	-
Employés occasionnels (heures)		83 016,37	613 793,16
Nombre d'employés (ETC)		272,78	336,14

Rapport de l'auditeur



RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Sainte-Agathe-des-Monts
124, rue Saint-Vincent
Sainte-Agathe-des-Monts
Qc J8C 2B1
T. 819 326.3400
F. 819 326.8839

Saint-Jérôme
3-4-255, rue De Martigny O.
Saint-Jérôme
Qc J7Y 2G4
T. 450 432.8625
F. 450 432.8868

Mont-Tremblant
969, rue de Saint-Jovite
bur. 201, Mont-Tremblant
Qc J8E 3J8
T. 819 425.8691
F. 819 425.9266

Sainte-Adèle
916, boul. de Sainte-Adèle
bur. 112, Sainte-Adèle
Qc J8B 2N2
T. 450 229.2987
F. 450 229.7749

Lachute
408A, rue Principale
Lachute
Qc J8H 1Y2
T. 450 562.3775
F. 450 562.1757

Blainville
905, boul. Michèle-Bohec
bur. 100, Blainville
Qc J7C 5J6
T. 450 971.1550
F. 450 971.4646

Rivière-Rouge
709, rue de l'Annonciation Nord
Rivière-Rouge
Qc J0T 1T0
T. 819 275.1666
F. 819 275.1113

Amyot Gélinas
S.E.N.C.R.L.

SANS FRAIS
1.877 326.3400

info@amyotgelinas.com
amyotgelinas.com

Aux membres du conseil d'administration du
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Santa Cabrini

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation 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 du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Santa Cabrini pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes du secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Santa Cabrini.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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 du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Santa Cabrini pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Santa Cabrini pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur les faits suivants :

- Comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées;
- En vertu de l'article 24.1 de la *Loi sur l'administration financière* (RLRQ, chapitre A-6.001), entré en vigueur le 14 juin 2013, l'établissement n'a pas comptabilisé, aux 31 mars 2015 et 2014, à l'état des résultats et à l'état de la situation financière, des paiements de transfert pluriannuels devant être versés par le ministère de la Santé et des Services Sociaux à l'égard de différents programmes d'aide concernant la construction ou l'acquisition d'immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquels les travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (chapitre SP 3410 du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*) qui prévoit la comptabilisation des subventions par le bénéficiaire lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences des problèmes écrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Santa Cabrini au 31 mars 2015, ainsi que des résultats de ses activités, des déficits cumulés, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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 le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Santa Cabrini 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 au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital Santa Cabrini et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

**Nom de
l'associée
responsable**

Dominique Toupin, CPA auditrice, CA

**Nom de
l'auditeur**

Amyot Gélinas, s.e.n.c.r.l.

Adresse

905, boulevard Michèle-Bohec, bureau 100
Blainville (Québec)
J7C 5J6

Téléphone

(450) 971-1550

Amyot Gélinas, s.e.n.c.r.l.
Auditeur

Télécopieur

(450) 971-4646

Date : 29 juin 2015

États financiers

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	124 012 968	118 857 557	6 463 851	125 321 408	124 371 950
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294) 2					
Contributions des usagers 3	5 022 576	4 917 339	XXXX	4 917 339	5 022 577
Ventes de services et recouvrements 4	1 395 201	1 688 135	XXXX	1 688 135	1 695 201
Donations (FI:P294) 5	600 000	113 611	665 112	778 723	613 416
Revenus de placement (FI:P302) 6	52 500	35 255	15 300	50 555	52 109
Revenus de type commercial 7	405 000	334 898	XXXX	334 898	337 988
Gain sur disposition (FI:P302) 8					
9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302) 11	110 894	300 509	2 278	302 787	226 227
TOTAL (L.01 à L.11) 12	131 599 139	126 247 304	7 146 541	133 393 845	132 319 468
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales 13	89 712 937	88 723 256	XXXX	88 723 256	87 659 753
Médicaments 14	4 198 934	3 833 951	XXXX	3 833 951	4 083 729
Produits sanguins 15	1 985 120	2 386 132	XXXX	2 386 132	1 985 120
Fournitures médicales et chirurgicales 16	10 283 522	11 288 185	XXXX	11 288 185	10 704 780
Denrées alimentaires 17	1 265 526	1 215 207	XXXX	1 215 207	1 178 408
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles 18			XXXX		
Frais financiers (FI:P325) 19	2 445 000	339 366	1 844 810	2 184 176	2 486 843
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations 20	2 157 527	3 349 257	220 806	3 570 063	3 467 611
Créances douteuses 21	180 607	154 719	XXXX	154 719	80 607
Loyers 22	347 237	354 216	XXXX	354 216	347 237
Amortissement des immobilisations (FI:P422) 23	5 000 000	XXXX	4 931 075	4 931 075	5 024 322
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421) 24		XXXX	125 550	125 550	8 949
25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325) 27	14 006 067	15 448 320	9 000	15 457 320	15 239 847
TOTAL (L.13 à L.27) 28	131 582 477	127 092 609	7 131 241	134 223 850	132 267 206
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28) 29	16 662	(845 305)	15 300	(830 005)	52 262

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

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	117 612 968	118 857 557	118 857 557	117 933 526
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2				
Contributions des usagers (P301)	3	5 022 576	4 917 339	4 917 339	5 022 577
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	1 395 201	1 688 135	1 688 135	1 695 201
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		113 611	113 611	48 388
Revenus de placement (P302)	6	36 500	35 255	35 255	36 167
Revenus de type commercial (P351)	7	405 000	XXXX	334 898	337 988
Gain sur disposition (P302)	8				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	110 894	300 509	300 509	226 227
TOTAL (L.01 à L.11)	12	124 583 139	125 912 406	126 247 304	125 300 074
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	89 712 937	88 723 256	88 723 256	87 659 753
Médicaments (P750)	14	4 198 934	3 833 951	3 833 951	4 083 729
Produits sanguins	15	1 985 120	2 386 132	2 386 132	1 985 120
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	10 283 522	11 288 185	11 288 185	10 704 780
Denrées alimentaires	17	1 265 526	1 215 207	1 215 207	1 178 408
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18			XXXX	
Frais financiers (P325)	19	445 000	339 366	339 366	516 662
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	2 157 527	3 349 257	3 349 257	3 467 611
Créances douteuses (C2:P301)	21	180 607	154 719	154 719	80 607
Loyers	22	347 237	354 216	354 216	347 237
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	14 006 067	15 192 454	15 448 320	15 239 847
TOTAL (L.13 à L.24)	25	124 582 477	126 836 743	127 092 609	125 263 754
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	662	(924 337)	(845 305)	36 320

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		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	(10 283 055)	106 574	(10 176 481)	(9 912 927)
.....					
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2				(315 816)
.....					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3	(48 864)		(48 864)	XXXX
.....					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(10 331 919)	106 574	(10 225 345)	(10 228 743)
.....					
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(845 305)	15 300	(830 005)	52 262
.....					
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	(11 177 224)	121 874	(11 055 350)	(10 176 481)
.....					
Constitués des éléments suivants:					
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX		
.....					
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX		
.....					
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(11 055 350)	(10 176 481)
.....					
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(11 055 350)	(10 176 481)

Notes

15

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	2 766 113	2 566 938	5 333 051	5 989 671
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	16 042 533	486 891	16 529 424	23 395 316
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	1 572 265		1 572 265	1 651 916
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	935 047	(935 047)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	8 216 888	4 470 484	12 687 372	11 839 486
	8				
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	244 274	244 274	172 031
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	168 759		168 759	205 019
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	29 701 605	6 833 540	36 535 145	43 253 439
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	21 300 000	5 737 751	27 037 751	33 996 550
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	14 337 274	1 617 778	15 955 052	13 749 910
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	5 081 234	5 081 234	2 806 667
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		402 717	402 717	580 566
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	349 996	6 261 464	6 611 460	5 829 896
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	62 016 098	62 016 098	61 636 549
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX	85 500	85 500	76 500
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	9 714 423	XXXX	9 714 423	9 726 727
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	45 808		45 808	36 159
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	45 747 501	81 202 542	126 950 043	128 439 524
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(16 045 896)	(74 369 002)	(90 414 898)	(85 186 085)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	74 490 876	74 490 876	71 181 652
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	2 136 816	XXXX	2 136 816	2 100 155
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	2 731 856		2 731 856	1 727 797
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	4 868 672	74 490 876	79 359 548	75 009 604
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(11 177 224)	121 874	(11 055 350)	(10 176 481)

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)

	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	(85 186 085)	(14 111 007)	(71 075 078)	(85 186 085)	(83 564 940)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					(315 816)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3		(48 864)	(48 864)	XXXX	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(85 186 085)	(14 159 871)	(71 075 078)	(85 234 949)	(83 880 756)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		(845 305)	15 300	(830 005)	52 262
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(8 365 849)	(8 365 849)	(5 676 196)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	4 931 075	4 931 075	5 024 322
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	125 550	125 550	8 949
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		XXXX	(3 309 224)	(3 309 224)	(642 925)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(2 136 816)	XXXX	(2 136 816)	(2 100 155)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(2 731 856)		(2 731 856)	(1 727 797)
Utilisation de stocks de fournitures	17		2 100 155	XXXX	2 100 155	2 147 954
Utilisation de frais payés d'avance	18		1 727 797		1 727 797	965 332
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(1 040 720)		(1 040 720)	(714 666)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		(1 886 025)	(3 293 924)	(5 179 949)	(1 305 329)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(85 186 085)	(16 045 896)	(74 369 002)	(90 414 898)	(85 186 085)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(830 005)	52 262
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	(1 040 720)	(714 666)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	125 550	8 949
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7	778 723	78 658
Amortissement des immobilisations	8	4 931 075	5 024 322
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	40 674	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(905 490)	(1 291 949)
Autres	13		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	3 929 812	3 105 314
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	11 237 536	10 671 222
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	14 337 343	13 828 798

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Acquisitions d'immobilisations	17	(8 365 849)	(5 676 196)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(8 365 849)	(5 676 196)

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		

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	20 903 284	9 533 150
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2	(16 880 907)	(3 364 151)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(3 642 828)	(3 407 091)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6	(7 600 000)	(11 250 000)
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	22 287 541	5 622 280
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	(20 903 284)	(6 168 999)
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(743 056)	(193 953)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12	(48 864)	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	(6 628 114)	(9 228 764)
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	(656 620)	(1 076 162)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	5 989 671	7 261 367
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	5 333 051	6 185 205
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	5 333 051	6 185 205
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	5 333 051	6 185 205

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	6 865 892	11 693 857
Autres débiteurs	2	79 651	(148 043)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	57 604	
Frais reportés liés aux dettes	4	(112 917)	(6 335)
Autres éléments d'actifs	5	36 260	(769 770)
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	2 205 142	401 434
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	2 274 567	(124 652)
Intérêts courus à payer	9	(177 849)	(145 523)
Revenus reportés	10	2 841	(219 633)
Passifs environnementaux	11	9 000	
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	(12 304)	
Autres éléments de passifs	13	9 649	(10 113)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	11 237 536	10 671 222
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	1 617 778	2 007 993
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	50 555	15 942
Intérêts encaissés (revenus)	19	50 555	15 942
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	2 143 502	1 924 640
Intérêts déboursés (dépenses)	21	2 321 351	2 070 163
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		

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). Il a pour mandat de :

- 1) Favoriser et développer des programmes spécifiques reliés aux aspects culturels et ethniques de la communauté d'origine italienne ;
- 2) Offrir des soins médicaux généraux et spécialisés de courte durée pour les usagers de l'Hôpital Santa Cabrini et des soins de longue durée pour les résidents du Centre d'accueil Dante ;
- 3) Assurer des soins et services de qualité toujours croissante aux usagers hospitalisés et externes, sans distinction de race, de couleur, de sexe, de religion, de langue, d'ascendance nationale, d'origine sociale, de mœurs ou de convictions politiques ;
- 4) Contribuer à la promotion et au maintien de la santé dans le continuum de services auprès de la communauté desservie et auprès du réseau local de services.

Le siège social de l'établissement est situé à Montréal. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Montréal. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

a. 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 1er 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.

L'établissement est regroupé avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal qui acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures. Par ailleurs, les droits de la corporation de l'Hôpital Santa Cabrini sont maintenus.

Il est prévu que l'établissement maintienne ses missions pour l'Hôpital et le Centre d'accueil Dante. Il est aussi prévu que la vocation régionale de ce dernier soit maintenue.

Le statut bilingue français-italien est préservé.

L'établissement a la possibilité de constituer un comité consultatif chargé de faire des recommandations au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal sur les procédures à mettre en place afin de préserver son caractère

culturel, historique et linguistique.

Le Ministre sera tenu de prendre en compte la représentativité ainsi que la composition ethnoculturelle et linguistique des différentes parties au sein du conseil d'administration du CIUSSS.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. 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, à l'exception des éléments suivants :

- les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est comptabilisée 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, ce qui n'est pas conforme au chapitre SP 3410 du Manuel de comptabilité de CPA Canada 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 sauf pour les éléments mentionnés ci-haut.

b. Utilisation d'estimations

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

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, la provision relative à la tarification rétrospective des cotisations de la CSST, les

créances irrécouvrables et les coûts de réhabilitation et de gestion des passifs environnementaux.

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.

c. Comptabilité d'exercice

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

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

d. Périmètre comptable

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

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

e. Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice en cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré sous 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 l'établissement bénéficiaire rencontre les stipulations.

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

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable du 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.

f. Revenus provenant des usagers

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

g. 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.

h. 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.

i. 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 dépenses de l'exercice.

j. Charges inhérentes aux ventes de services

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

k. 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 1er 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'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Par conséquent, l'encaisse, les débiteurs - Agences 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 - Agences 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, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse.

ii. 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.

iii. *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.

iv. *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.

v. *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.

vi. *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.

I. Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif mais dont l'état émane d'un événement imprévu, sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice. Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés

existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement concerné doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

m. 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 aussi les droits parentaux.

i. 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.

ii. 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.

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

iii. 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 1 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.

iv. Régime de retraite

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

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

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

o. 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.

p. Stock 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 du coût moyen.

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

q. 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 accessoires);
- Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

r. 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 d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

s. 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.

t. 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.

u. 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.

v. 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. MODIFICATIONS COMPTABLES

Le solde du début de l'exercice des subventions à recevoir pour avantages sociaux futurs a été redressé à la demande du Ministère d'un montant de (48 864)\$.

Le montant du redressement étant non significatif, une application rétroactive sans redressement des années antérieures a été utilisée. Les surplus (déficits) cumulés du début de l'exercice ont été redressés de (48 864)\$.

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 dépenses en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

|

Selon les résultats totaux fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale. N'eut été de la comptabilisation des indemnités de départ au montant de 933 625 \$ découlant de l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, l'établissement aurait présenté un surplus d'exercice de 103 620 \$.

5. DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 17 juillet 2014 relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations

6. INSTRUMENTS FINANCIERS

a. Impacts sur les états financiers

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

b. Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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

7. 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.

a. 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, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs et la subvention à recevoir – 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 :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse	5 333 051	5 989 671
Débiteurs - Agences et MSSS	16 529 424	23 395 316
Autres débiteurs	1 572 265	1 651 916
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	12 687 372	11 839 486
Total	36 122 112	42 876 389

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir - 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.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, du gouvernement du Canada qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

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. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 95% (96% au 31 mars 2014) du montant total recouvrable.

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses présentée à la page 360-00 est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est néanmoins limité du fait que selon l'article 265 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), un établissement ne peut acquérir des actions d'une personne morale sans avoir obtenu préalablement l'avis de l'agence et dans la seule mesure prévue dans une entente conclue avec le ministre dont les conditions sont rendues publiques.

De plus, l'article 269 de cette même loi stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme

de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

b. 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 créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs 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 créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

c. 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.

L'établissement n'est exposé qu'au risque de taux d'intérêt.

i. 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 :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	27 037 751 \$	33 996 550 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	5 081 234 \$	2 806 667 \$
Dettes à long terme	62 016 098 \$	61 636 549 \$

Le montant total des emprunts temporaires totalisant 27 037 751 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,30 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Les avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées totalisant 5 081 234 \$, sont 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.

Du montant de la dette à long terme totalisant 62 016 098 \$, un montant de 815 400 \$ représente des emprunts qui portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,30 %. Les intérêts sur ces emprunts sont assumés par l'établissement. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime. Le solde, au montant de 61 200 698 \$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. Les intérêts sur ces emprunts sont assumés 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 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.

8. PASSIFS ENVIRONNEMENTAUX

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain nécessitant des travaux de réhabilitation. Ce terrain faisant l'objet d'un usage productif est contaminé à la suite de la fuite d'un réservoir souterrain d'huile à chauffage. À cet égard, un montant de 85 500 \$ a été comptabilisé à titre de passifs environnementaux dans les états financiers au 31 mars 2015. Ce montant est une estimation sommaire des coûts basée sur le jugement. Une firme a été mandatée pour évaluer les coûts de réhabilitation environnementale du site contaminé. Aucun estimé précis n'a pu être produit étant donné la présence de bâtiments, les activités en cours et le fait qu'aucun forage n'a pu être réalisé.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

Aucun travail de réhabilitation n'a été entrepris durant l'exercice.

9. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux.

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	8 178 716	10 644 431	10 674 897	8 148 250	8 178 716
Assurance-salaire	1 215 145	2 100 560	2 073 270	1 242 435	1 215 145
Provision pour maladie	294 960	2 687 289	2 687 837	294 412	294 960
Droits parentaux	37 906	181 099	189 679	29 326	37 906
Total	9 726 727	15 613 379	15 625 683	9 714 423	9 726 727

10. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	65 030	0	65 030	65 030
Aménagement des terrains	473 717	221 192	252 525	246 724
Bâtiments	56 651 615	25 593 744	31 057 871	32 224 094
Améliorations locatives	4 653 693	4 002 241	651 452	1 229 976
Améliorations majeures aux bâtiments	26 911 490	2 813 806	24 097 684	19 757 188
Matériels et équipements	12 838 368	10 429 596	2 408 772	2 393 344
Équipements spécialisés	32 682 201	19 830 114	12 852 087	11 917 736
Matériel roulant	204 385	165 306	39 079	64 670
Développement informatique				
Réseau de télécommunication				
Location-acquisition				
Projets en cours	3 066 376		3 066 376	3 282 890
Total	137 546 875	63 055 999	74 490 876	71 181 652

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentés respectivement aux pages 420-00 à 422-00 du AS-471.

Les travaux en cours ne sont pas amortis car ils ne sont pas en service.

II. OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

L'établissement est apparenté avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du AS-471.

L'Hôpital Santa Cabrini a un intérêt économique dans la Fondation Santa Cabrini.

Un membre du conseil d'administration de l'Hôpital Santa Cabrini faisait aussi partie du conseil d'administration de la Fondation Santa Cabrini jusqu'au 31 mars 2015.

La Fondation Santa Cabrini a pour principal objectif d'amasser les fonds nécessaires à l'achat d'équipements médicaux spécialisés et pour réaliser tout projet contribuant à la qualité de vie des usagers de l'Hôpital Santa Cabrini et des résidents du centre d'accueil Dante.

Le surplus non affecté de la Fondation Santa Cabrini est de 1 022 882 \$ au 31 mars 2015 (1 340 167 \$ au 31 mars 2014).

La Fondation Santa Cabrini a versé des dons au fonds à destination spéciale au montant de 1 229 224 \$ (572 700 \$ pour l'exercice terminé le 31 mars 2014) aux fins d'achats d'équipements médicaux spécialisés et pour certains projets spécifiques.

Les autres débiteurs du fonds d'exploitation et du fonds d'immobilisations comprennent une somme de 3 285 \$ (56 234 \$ au 31 mars 2014) à recevoir de la Fondation Santa Cabrini à titre de recouvrement de salaires pour le personnel de la Fondation au fonds d'exploitation.

12. BAIL INTERVENU ENTRE LA CORPORATION D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC ET L'HÔPITAL SANTA CABRINI OSPEDALE POUR L'IMMEUBLE CONNU COMME LE CENTRE D'ACCUEIL DANTE

Le bail est d'une durée initiale de quinze (15) ans commençant le 1er avril 2000 et se terminant le 31 mars 2015. Le bail se renouvelle automatiquement à l'expiration de la durée initiale pour une durée de 5 ans à moins que l'une ou l'autre des parties ne transmette à l'autre un avis écrit. Le présent bail se renouvelle ensuite automatiquement d'année en année, à moins qu'un pareil avis n'ait été transmis. Le loyer de base est de 301,813.76 \$ par année. Un ajustement annuel du loyer de base est transmis au locataire après entente entre la Société québécoise des infrastructures et le MSSS et fera partie intégrante dudit bail.

Les loyers futurs s'élèveront à 1 509 069 \$ et comprennent les paiements suivants pour les cinq (5) prochains exercices:

2016	301 814 \$
2017	301 814 \$
2018	301 814 \$
2019	301 814 \$
2020	301 813 \$

13. DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme - Série B10, contracté auprès de Financement Québec, d'une valeur nominale de 18 822 041.55 \$ en date du 14 février 2008, au taux effectif de 4,079 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 752 881.66 \$, le 1er décembre de chaque année et le solde le 1er décembre 2014	0 \$	14 304 752 \$
Billet à terme - Série B11, contracté auprès de Financement Québec, d'une valeur nominale de 4 915 515.91 \$ en date du 25 février 2009, au taux effectif de 3,32 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 264 413.23 \$, le 1er juin de chaque année et le solde le 1er juin 2014.	0 \$	3 593 450 \$
Billet à terme - Série B12, contracté auprès de Financement Québec, d'une valeur nominale de 6 665 978,51 \$ en date du 7 mai 2010, au taux effectif de 5,09 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 266 639,14 \$, le 1 ^{er} juin de chaque année et le solde le 1 ^{er} juin 2034.	5 599 422 \$	5 866 061 \$
Billet à terme - Série B13, contracté auprès de Financement Québec, d'une valeur nominale de 8 771 408,52 \$ en date du 16 novembre 2010, au taux effectif de 2,559 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 350 856,34 \$, le 2 juin de chaque année et le solde le 2 juin 2016.	7 367 983 \$	7 718 840 \$
Billet à terme - Série B14, contracté auprès de Financement Québec, d'une valeur nominale de 11 361 659,62 \$ en date du 2 mars 2012, au taux effectif de 2,406 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 597 047,74 \$, le 1 ^{er} décembre de chaque année et le solde le 1 ^{er} décembre 2018.	9 570 516 \$	10 167 564 \$
Billet à terme - Série B15, contracté auprès de Financement Québec, d'une valeur nominale de 3 700 942,31 \$ en date du 13 juin 2012, au taux effectif de 1,792 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 331 418,02 \$, le 30 novembre de chaque année et le solde le 30 novembre 2015.	3 038 106 \$	3 369 524 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme - Série B16, contracté auprès de Financement Québec, d'une valeur nominale de 6 140 775,75 \$ en date du 20 décembre 2012, au taux effectif de 2,103 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 264 359,35 \$, le 1 ^{er} juin de chaque année et le solde le 1 ^{er} juin 2018.	5 612 057 \$	5 876 416 \$
Billet à terme - Série B17, contracté auprès du Fonds de financement, d'une valeur nominale de 9 533 149,86 \$ en date du 23 janvier 2014, au taux effectif de 2,2452 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 423 820,54 \$, le 19 décembre de chaque année et le solde le 19 décembre 2018.	9 109 330 \$	9 533 150 \$
Billet à terme - Série B18, contracté auprès du Fonds de financement, d'une valeur nominale de 3 154 236,53 \$ en date du 8 juillet 2014, au taux effectif de 2,995 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 179 013,23 \$, le 1 ^{er} septembre de chaque année et le solde le 1 ^{er} septembre 2024.	3 154 237 \$	0 \$
Billet à terme - Série B19, contracté auprès du Fonds de financement, d'une valeur nominale de 17 749 047,18 \$ en date du 11 février 2015, au taux effectif de 1,654 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 920 768,75 \$, le 1 ^{er} mars de chaque année et le solde le 1 ^{er} mars 2023.	17 749 047 \$	0 \$
Billet à terme contracté auprès de Financement-Québec pour un montant total de 2 707 128 \$ en date du 23 mars 2010, à un taux moyen pondéré de 1,51 %, garanti par le gouvernement, remboursable mensuellement par versement de 32 616 \$, échéant le 1er avril 2017.	815 400 \$	1 206 792 \$
TOTAL DETTES À LONG TERME	62 016 098 \$	61 636 549 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
--	----

2015-2016	6 432 003 \$
2016-2017	10 060 168 \$
2017-2018	2 684 265 \$
2018-2019	21 802 641 \$
2019-2020	1 366 421 \$
2020-2021 et subséquents	19 670 600 \$
Total	62 016 098 \$

14. BIENS DÉTENUS À TITRE DE FIDUCIAIRE

À titre de fiduciaire, l'établissement administre les biens suivants au profit des bénéficiaires.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du AS-471.

15. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Immeuble loué à la S S Q I	2010	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
Paiements de transfert	2014	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
En ce qui concerne le calcul de l'unité de mesure "le repas" du centre d'activités 7554 - Alimentation, l'unité n'a pas été calculée selon les directives du Manuel de gestion financière en ce qui concerne les repas offerts aux bénévoles	2014	C	Un formulaire a été mis en place afin de compiler le nombre réel de repas	R		
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						
Accompagnement en gestion	2014	R	Aucun contrat soumis à la directive ministérielle 2012-026 au 31 mars 2015	R		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Déficiences du contrôle interne:						
- GPRH et financier: pas de procédure formelle de revue des comptes d'utilisateurs et privilèges d'accès	2012	O	Aucune Il y a des mesures compensatoires en place			NR
Contrôle de domaine: pas de procédure formelle de gestion des	2012	O	Aucune Il y a des mesures			NR

départs			compensatoires en place			
<i>Rapport à la gouvernance</i>						
NIL						

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Durant l'exercice 2014-2015, aucun manquement au code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été constaté, aucune sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été déchu de sa charge.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs dont le texte intégral suit, a été adopté par le conseil d'administration de l'Hôpital Santa Cabrini le 17 juin 1988, et sa révision a été adoptée le 12 mars 2008.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

Devoirs et obligations

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
2. Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
3. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;
4. Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis;
5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;
6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;
7. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;
8. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;

9. La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération;
10. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

Devoirs spécifiques

1. Les mesures de prévention
 - 1.1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;
 - 1.2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
 - 1.3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'établissement;
 - 1.4 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder, en tout temps, son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
 - 1.5 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;
 - 1.6 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;
 - 1.7 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;
 - 1.8 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

2. L'identification de situations de conflits d'intérêts

- 2.1 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;
- 2.2 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;
- 2.3 Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;
- 2.4 Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;
- 2.5 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :
 - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;
 - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
- 2.6 Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;
- 2.7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;
- 2.8 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle

ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes

- 3.1 Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;
- 3.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;
- 3.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou aucun avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;
- 3.4 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

- 4.1 Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;
- 4.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner du respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

Régime de sanctions

1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevénir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;

3. Le président ou le vice-président 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;
4. Le membre du conseil d'administration 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;
5. Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;
6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;
7. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les 30 jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;
8. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;
9. La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;
10. Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

Enquête et immunité

1. Ne peuvent être poursuivis en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;
2. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou affirmer solennellement. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe du présent code.

ANNEXE 1

Loi sur la gestion et contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'état.

Contrats de service au 31 mars 2015

LOI SUR LA GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS DES MINISTÈRES, DES ORGANISMES ET DES RÉSEAUX DU SECTEUR PUBLIC AINSI QUE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT

Contrats de services

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	1	94 185 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	1	142 200 \$
Total des contrats de services	2	236 385 \$

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.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal**

Québec 