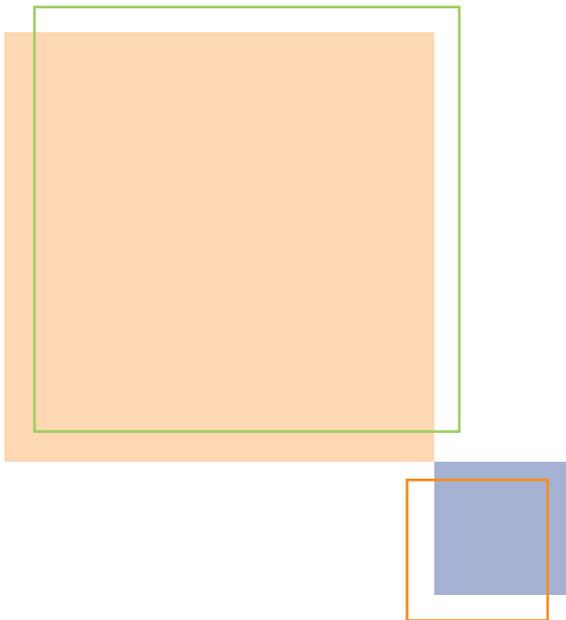
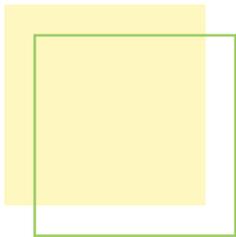


**Qualité, accessibilité
et continuité des soins
et services**

Centre de santé et de services sociaux
du Granit



**Rapport annuel de gestion
2011-2012**



Le **Rapport annuel de gestion 2011-2012** est publié par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit.

Adopté par le conseil d'administration de l'établissement, il sera présenté lors de son assemblée générale annuelle, tenue le mardi 25 septembre 2012.

Ce document a été édité par Ronald Martel, agent de communication au CSSS du Granit.

Graphisme - infographie de la couverture et des pages intérieures : Danielle Poulin.

Photo de la couverture : Idéescomphotos, Michel Brochu.

Photos des pages intérieures : Ronald Martel, sauf mention contraire.

Impression : Multicopie inc.

L'emploi du masculin pour désigner les noms des deux genres a été favorisé uniquement pour ne pas alourdir le texte.

© Copyright CSSS du Granit
3^e trimestre de 2012
Tous droits réservés.

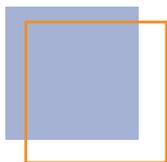
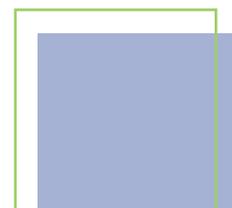
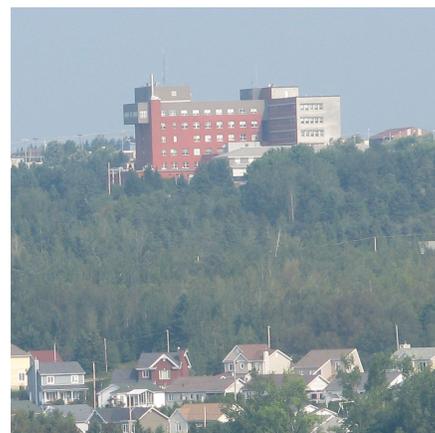


Table des matières

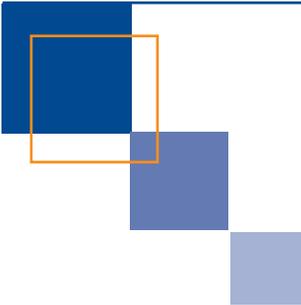
Message officiel de la présidente et du directeur général	4
Conseil d'administration, Comité de direction	6
Déclaration sur la fiabilité des données et contrôles afférents, Les valeurs du CSSS du Granit.....	7
Présentation de l'établissement	
• L'organisation et son contexte, La mission du CSSS du Granit.....	8
• Territoire et caractéristiques santé, Code d'éthique.....	9
Activités de l'établissement	
• Direction de la qualité des services et des soins infirmiers	10
• Direction des services professionnels.....	12
• Direction des programmes des services à la jeunesse et aux adultes et des services multidisciplinaires	14
• Direction des services de santé physique et ambulatoires	16
• Direction des programmes aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, de la déficience physique et de la réadaptation.....	18
• Direction des ressources financières et informationnelles	20
• Direction des ressources humaines.....	22
• Direction des services techniques	24

Conseils et comités

Conseil des infirmières et infirmiers (CII) et auxiliaires (CIIA).....	26
Conseil multidisciplinaire (CM)	27
Comité de gestion des risques et de la qualité, Comité de prévention et de contrôle des infections	28
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	29
Comité de vigilance et de la qualité, Comité de vérification	30
Comité des usagers du CSSS du Granit et Comités des résidents.....	31
États financiers et analyse des résultats des opérations.....	32
Données statistiques des activités	34
La Fondation du CSSS du Granit, outil de développement indispensable.....	37
Traitement des plaintes et qualité des services	38
Priorités organisationnelles 2012-2013	39
Organigramme du CSSS du Granit	40
Annexe - Reddition de comptes 2011-2012 (ententes de gestion)	42



Message officiel de la présidente et du directeur général



Il nous fait plaisir de vous présenter le Rapport annuel de gestion du Centre de santé et de services sociaux du Granit, pour l'année terminée le 31 mars 2012. Ce dernier comprend les faits saillants de la dernière année en regard aux orientations qu'a soutenues l'établissement, ainsi qu'à l'égard des services qui ont été dispensés aux usagers.

Alors que nous recevions en mars 2011 un rapport très satisfaisant à la suite de la démarche d'agrément déjà réalisée, la dernière année a permis d'agir en fonction d'une consolidation des nouvelles pratiques mises en place afin d'assurer une meilleure qualité des services aux usagers.

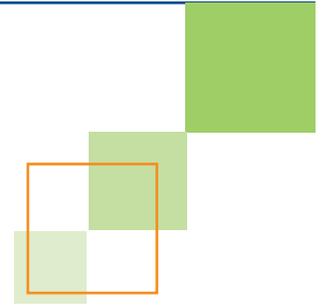
Conséquemment à l'entrée en vigueur de la Loi 127, qui concerne la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux, nous avons procédé, selon une démarche pré-établie, à la formation du nouveau conseil d'administration de l'établissement qui est entré en

vigueur le 1^{er} février 2012, pour un mandat de quatre ans. Nous vous invitons à vous informer concernant la composition de ce nouveau conseil, à la page 6 du présent rapport. Il importe de souligner que nous sommes très fiers de la qualité et de la variété des compétences détenues par les membres qui ont été retenus.

Différents enjeux propres à l'établissement ont été abordés au cours de l'année. Il est de mise de rappeler l'important défi de la pénurie de main-d'œuvre qui vient affecter grandement l'offre de service, ainsi que le personnel, les gestionnaires et les médecins de l'établissement. Un second enjeu significatif concerne la réduction du budget annuel de l'établissement, pour une seconde année consécutive, en lien avec l'application de la Loi 100. Des efforts en termes de gains d'efficience et d'optimisation des ressources ont été initiés et des travaux sont toujours en cours, afin d'assurer le maintien de l'équilibre budgétaire, alors que de nouvelles réductions budgétaires ont à nouveau été appliquées au budget de l'établissement de l'année 2012-2013.



Pierre Latulippe,
Directeur général



**Suzanne Boulanger,
Présidente du conseil
d'administration**

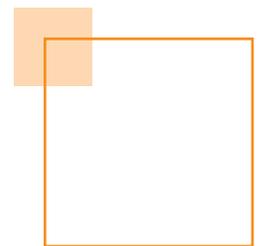
Parmi les nouvelles plus positives, la confirmation d'un apport budgétaire récurrent de 1 241 000 \$ en support au Programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) a été reçue en cours d'année, ce qui permettra l'amélioration de l'intensité et de la diversité des services à domicile pour les personnes âgées. Cet important investissement a permis, entre autres, l'ajout de places de type ressources intermédiaires (RI) pour les personnes connaissant un déficit cognitif, l'accroissement important des services à domicile, dont le développement de la réadaptation physique, ainsi qu'un soutien à l'hébergement en CHSLD.

En ce qui concerne la mise en place de nouveaux services, nous étions également très fiers d'annoncer à la population, en novembre dernier, le démarrage du service de mammographie pour le diagnostic du cancer du sein. Les gestionnaires impliqués, associés à l'équipe du service d'imagerie médicale, travaillent activement à ce moment-ci, afin d'obtenir les accréditations requises pour être inscrits au Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

En terminant, nous désirons remercier l'ensemble du personnel et les différents intervenants pour le travail réalisé auprès de la clientèle, ainsi que les bénévoles impliqués dans les activités de notre centre de santé. Merci également à la communauté médicale de l'établissement, qui, de façon mobilisée, a assuré la couverture de la gamme diversifiée des services que l'établissement offre à sa population.

**Suzanne Boulanger,
Présidente**

**Pierre Latulippe,
Directeur général**



Le conseil d'administration



Avec un nouveau mandat de quatre ans débutant le 1^{er} février 2012, le nouveau conseil d'administration du CSSS du Granit se composait, au 31 mars 2012, de gauche à droite, assis, de Madeleine Bélanger (Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie), Pierre Latulippe, directeur général du CSSS du Granit et secrétaire d'office du c.a., Sylvie Morin (membre cooptée), Suzanne Boulanger, présidente (Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie), et Lisette Lachance (Comité des usagers du CSSS du Granit). Debout, à l'arrière, Maryse Boulanger (Conseil des infirmières et infirmiers), Robert Bellefleur (Conseil multidisciplinaire), Roger Charbonneau (membre coopté), Bernard Saucier (membre coopté), Dr Gérard Chaput (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens), Guy Sénéchal, vice-président (population), Gérard Declerck (membre coopté), Guy Cloutier (membre coopté), Conrad Lebrun (membre coopté), Alain Rodrigue (personnel non clinique), Réal Vachon (Comité des usagers) et Jean-Guy Fredette (Fondation du CSSS du Granit). Absente au moment de prendre la photo : Sylvie Bureau (population). (Entre parenthèses : organisme ou entité que le membre représente.) (Membre coopté : membre nommé par les élus des instances entre eux, avec certaines spécificités à respecter.) (Photo Ronald Martel)

Le comité de direction



Au 31 mars 2012, le Comité de direction du CSSS du Granit se composait, première rangée, de Sylvie Lirette, directrice des services de santé physique et ambulatoires, Dre Michèle Brochu, directrice des services professionnels, Pierre Latulippe, directeur général, Vicky Orichefsky, directrice des programmes des services à la jeunesse et aux adultes et des services multidisciplinaires, Mariette Bédard, directrice des programmes aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, de la déficience physique et de la réadaptation, et à l'arrière, Sylvain Roy, directeur des ressources financières et informationnelles, Marco Audet, directeur des ressources humaines, Denise Arsenault, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers, et Guy Philippon, directeur des services techniques.

Déclaration sur la fiabilité des données et des contrôles afférents



Pierre Latulippe,
Directeur général

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégrité et la fiabilité des données, de l'information et des explications

qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont

été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2011-2012 du CSSS du Granit, ainsi que les contrôles y afférent, sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

Pierre Latulippe,
Directeur général

Les valeurs du CSSS du granit

• Des relations centrées sur l'humanisation et la personnalisation des services;

Valeurs Clientèle

- L'accessibilité et la continuité des services, axés sur les besoins de la population;
- Des services discrets et respectueux, et ce, en toute confidentialité;

• L'interdisciplinarité qui valorise le travail d'équipe;

• L'amélioration continue de la qualité visant l'excellence dans toutes les activités;

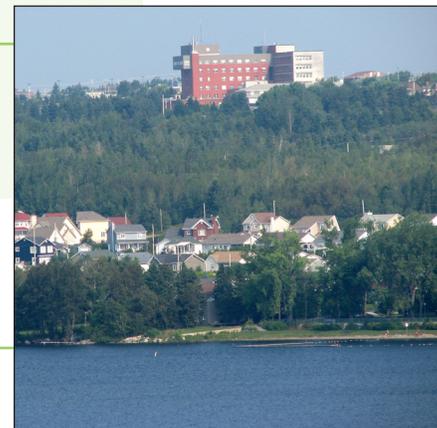
• La responsabilisation de chacun, afin de pouvoir répondre de ses actes.

Valeurs Ressources Humaines

- Assurer l'accès à l'information;
- Appliquer la cohérence;
- Pratiquer la reconnaissance;

• Être respectueux;

• Favoriser la responsabilisation et l'engagement.



L'organisation et son contexte

À titre d'établissement multivocationnel, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit cumule trois missions, soit centre hospitalier (CH), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centre local de services communautaires (CLSC).

L'établissement offre une large gamme de services, sur quatre sites dispensateurs de soins, soit deux à Lac-Mégantic, un à Lambton et un dernier à Saint-Ludger.

- À Lac-Mégantic, le siège social combine les trois missions, avec 35 lits de soins de courte durée et 44 lits de soins de longue durée au permis, offrant toute une gamme de services de première ligne. Un deuxième point de service CHSLD Lac-Mégantic dessert la population, avec 46 lits de soins de longue durée au permis;

- À Lambton, un point de service CHSLD et CLSC comprend 32 lits de soins de longue durée et un lit d'hébergement temporaire, le tout situé à 44 kilomètres de Lac-Mégantic;

- À Saint-Ludger, un point de chute CLSC est situé au 210 rue Lasalle, à 32 kilomètres de Lac-Mégantic.

Reconnu centre primaire de traumatologie, l'établissement assure aux victimes d'accident une stabilisation des signes vitaux, avant leur transfert. Son plateau technique des plus modernes, grâce à l'installation d'un système d'archivage numérisé des radiographies (PACS) et l'implantation d'un tomographe axial (SCAN), permet d'accélérer les diagnostics et de mieux supporter le traitement des clientèles de la MRC du Granit.

Avec ses 515 employés, au 31 mars 2012, le CSSS du Granit présente un milieu de travail à dimension humaine, dans un cadre naturel enchanteur, soit la magnifique région de Mégantic, en Estrie. Les membres de son personnel peuvent y vivre des expériences professionnelles enrichissantes et relever des défis à la hauteur de leurs aspirations, tout en pro-

fitant d'activités sportives et de plein air fort régénératrices sur le plan personnel, pour qui veut en profiter.

L'établissement a procédé à la mise en place du service de mammographie, à compter de novembre 2011, à être inscrit au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) au cours de l'année 2012-2013.



Siège social de Lac-Mégantic
3569, rue Laval
Lac-Mégantic (Qc) G6B 1A5

CHSLD Lac-Mégantic
3675, rue du Foyer
Lac-Mégantic (Qc) G6B 2K2



CHSLD Lambton
310-A, rue Principale
Lambton (Qc) G0M 1H0

La mission du CSSS du granit

Le Centre de santé et de services sociaux du Granit est un établissement multivocationnel qui vise à offrir une large gamme de services favorisant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Prenant à cœur sa responsabilité populationnelle, il offre des services de prévention, des services

généraux et sociaux (première ligne), des services médicaux et hospitaliers (généraux et spécialisés), en plus des services d'hébergement et de soins de longue durée.

Il s'assure également de garantir à sa population la meilleure complémentarité des services avec les partenaires locaux et régionaux,

en appliquant des mécanismes de référence optimaux. Par son leadership, il favorise le développement d'approches novatrices et s'assure ainsi d'être à l'avant-garde pour mieux répondre à ses mandats présents et futurs.

Au-delà d'une mission:

Une philosophie et une équipe.

Direction de la qualité des services et des soins infirmiers

La Direction de la qualité des services et des soins infirmiers (DQSSI) assure la responsabilité des activités suivantes :

Services dispensés par la Direction

-L'amélioration de façon continue de la qualité, en respect des normes d'Agrement;
-L'efficacité et

la sûreté des soins et services, par la gestion des risques qui inclut la prévention des infections nosocomiales;

-Le suivi des ententes de gestion avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie;

-La mesure de la satisfaction de la clientèle, en regard des soins et services;

-L'accès à l'information;

-Un rôle-conseil en soins infirmiers et le respect des normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), en regard du travail fait par les externes et les candidates à l'exercice de la profession d'infirmière;

-Le rôle de la directrice de la DQSSI à titre de substitut du coordonnateur du Plan des mesures d'urgence;

-La coordination de la lutte contre d'éventuelles pandémies.

L'équipe DQSSI a accueilli Élise Pelletier, infirmière bachelière, en remplacement d'Élise Lacombe,

conseillère à la DQSSI.

Par ailleurs, Nathalie Goupil effectue la coordination du travail lié aux activités cliniques autres, incluant la fonction de conseillère en milieu de vie, une journée par semaine.

Faits marquants 2011-2012

Les réalisations marquantes pour 2011-2012 pour la DQSSI sont en lien avec les trois différentes

inspections (professionnelles et organisationnelle) :

- La coordination des activités liées aux preuves à fournir aux conditions du Conseil canadien d'agrément (visite de mars 2011), ainsi que le maintien des pratiques organisationnelles requises (POR).
- La réalisation du plan d'amélioration soumis en avril 2011 à l'OIIQ, notamment l'implantation du PTI et des échelles d'évaluation à implanter : des soins de plaies de pression et leurs facteurs de risques, des risques de chutes et la surveillance des risques liés à la prise d'opiacés.
- La préparation de la visite d'inspection de l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ), d'octobre 2011, et la production d'un plan d'amélioration portant principalement sur l'application de mesures de prévention des infections sur



Denise Arsenaault,
Directrice de la qualité des services et des soins infirmiers

l'hygiène des mains et l'asepsie à respecter lors de certaines techniques de soins.

Ces différentes obligations ont généré plusieurs activités de formation, de révision d'outils cliniques et d'élaboration de nouveaux par les conseillères, en collaboration avec les équipes.

L'attribution d'une journée conseillère par semaine aux services de courte durée a permis une collaboration optimale au projet d'approche adaptée à la personne âgée du CSSS, via la formation, par exemple.

Une journée conseillère par semaine a été consacrée aux services de soutien à domicile, dans le cadre du projet « Lean » – réorganisation du travail.

L'attribution des journées conseillères, dans les services, s'est fait sans ajout de ressources.

Le suivi des rapports du coroner, du protecteur du citoyen et du commissaire régional aux plaintes a permis d'appuyer diverses activités de sensibilisation – entre autres, pour le risque suicidaire - via un nouvel outil de triage à l'urgence, l'apport de formation écrite. Ceci de concert avec les directions de l'urgence et des services communautaires.

Les ententes de gestion

La pilote de la DQSSI pour les ententes de gestion, Suzie Carrier, a déployé beaucoup d'efforts pour soutenir les besoins en statistiques liés à la planification et le développement des activités PALV, soit le budget accordé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec.

Grands défis 2012-2013

Assurer la pérennité des activités d'amélioration continue mises en place et préparer les prochaines visites d'inspection.

L'évaluation de la satisfaction de la clientèle et les principaux constats

Les formulaires d'appréciation rendus disponibles à la clientèle dans tout l'établissement sont compilés chaque mois. Les résultats sont présentés tous les trois mois au Comité de direction, remis aux gestionnaires pour les transmettre au personnel, permettant d'apporter les correctifs nécessaires, selon les ressources disponibles.

Les remarques de la clientèle sont très positives à l'égard du personnel et des services reçus. Des améliorations demeurent souhaitées pour le délai d'attente à l'urgence et l'attitude de quelques professionnels.

Nous poursuivons donc les efforts pour favoriser chez le personnel une approche empathique de la clientèle.

Suivi des recommandations des visiteurs d'agrément

Des preuves ont été soumises pour les éléments suivants :

- le programme d'entretien préventif des appareils et instruments médicaux;
- la vérification des activités à risque pour les services ambulatoires et les services à domicile;
- la participation de l'infirmière en prévention des infections aux travaux de construction;
- des exercices simulant des situations d'urgence;
- des feuilles de route pour le personnel d'entretien ménager du laboratoire;
- un programme de santé et sécurité pour le laboratoire et l'imagerie diagnostique;
- des alertes et alarmes (incendie) audibles dans le laboratoire;
- une procédure de manipulation et l'élimination sécuritaire des médicaments cytotoxiques;
- la manipulation de la médication avec gants en tout temps à la pharmacie;
- l'utilisation adéquate de la stérilisation rapide;
- les antibiotiques donnés avant une chirurgie en temps

opportun, lorsque nécessaire, et le suivi des infections post chirurgie sont aussi effectués;

- l'adoption par le c. a. d'un cadre conceptuel en éthique, l'écriture d'une politique et d'une procédure au laboratoire permet de traiter les demandes urgentes en temps opportun;
- la formalisation de contrats entre les médecins et fournisseurs de services du laboratoire;
- le consentement éclairé du client avant d'exécuter une procédure en imagerie diagnostique;
- une seule preuve n'a pas été admise : la surveillance des températures des frigos du laboratoire. Nous avons dû planifier l'achat de matériel électronique reliant les thermomètres à un système d'alarme qui avisera le personnel en temps réel.

L'ensemble des efforts de tout le personnel se poursuit en préparation à la prochaine visite d'agrément de mars 2014. Les rencontres des 18 équipes qualifiées de la dernière visite d'agrément se poursuivent régulièrement afin de maintenir les acquis et bonifier certains processus de travail.

Direction des services professionnels

La Direction des services professionnels coordonne l'activité professionnelle et scientifique de l'établissement en collaboration avec les autres directions concernées.

Services dispensés par la Direction

- médecine générale;
- pharmacie;
- chirurgie;
- radiologie;
- traumatologie.

Faits marquants 2011-2012

La Direction des services professionnels est responsable des départements de :

- Acceptation par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d'un poste en surnuméraire au plan d'effectif en chirurgie, qui est de deux, pour poste en fin de carrière.

Effectifs médicaux

- Recrutement des Dres Kathleen Dulac et Nadia Bolduc, et plus récemment, de Dre Katherine Labrecque en omnipratique, qui ont une pratique diversifiée.

Département de pharmacie;

- étude sur le contrôle de la qualité au niveau de la vérification contenant-contenu. Par la suite, application de nouvelles mesures de contrôle et de suivi;
- réorganisation du travail en lien avec l'implantation :
 - d'une emballeuse-ensacheuse automatisée de médicaments pour la distribution unitaire en courte durée et distribution multidose en longue durée;
 - d'un système de chariots pour le transfert de médicaments sur les unités;
 - d'un module informatique pour la vérification contenant-contenu;
- gestion étroite des inventaires en lien avec la pénurie de médicaments injectables de la compagnie Sandoz;
- arrivée d'une troisième pharmacienne au sein de l'équipe, en octobre 2011, soit Caroline Rancourt;
- reprise des activités en lien avec le Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées (PAPA);
- participation au Programme de réadaptation cardiaque et au Programme sur le diabète.

Département de radiologie

Les examens de mammographie sont maintenant offerts au CSSS du Granit.

Conclusion d'une entente de collaboration avec le Centre



**Dre Michèle Brochu,
Directrice des services
professionnels**

hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) pour le développement d'un centre satellite de dépistage du cancer du sein et la mise en place de mécanismes pour assurer la prise en charge et la continuité des soins. Des étapes importantes ont déjà été franchies dans la démarche de demande d'accréditation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

Laboratoire

Confirmation par le département de microbiologie du CHUS de son support pour le laboratoire du CSSS du Granit.

Traumatologie

L'ensemble des documents requis par le MSSS est presque complété. Lors de la visite d'un membre de l'INESSS, l'excellence du travail accompli a été

souigné, autant pour les travaux requis par le MSSS que pour la prise en charge de la clientèle. Le statut de centre primaire en traumatologie est donc reconduit.

Ordonnances collectives

- Élaboration d'une procédure afin de guider les professionnels face à la situation où des patients quittent après avoir passé des examens et avant évaluation médicale;
- retrait du cathéter épidural en obstétrique;
- référence pour bandelettes et lancettes nécessaires à la vérification de la glycémie capillaire;
- mise à jour de l'ordonnance de dimenhydrinate (gravol);
- élaboration d'un protocole de prévention de néphropathie induite par les agents de contraste iodé comportant également les documents suivants : cheminement de la clientèle externe et interne, référence sur la codification des examens (avec ou sans agent de contraste), graphique résumant une étude faite à l'interne sur la corrélation entre les valeurs de DFGe et la Clcr, ordonnance collective pour le prélèvement sanguin de créatinine sérique pré-scan et post-scan et le registre de suivi de créatinine post-scan.

Évaluation de l'acte médical

Étude des décès en courte durée :

- évaluation de dossier avec l'expertise d'un chirurgien pour les complications chirurgicales;
- continuité des travaux en lien avec le suivi des résultats d'examen;

- revoir les modalités d'accès aux consultations en dermatologie. Étude d'un dossier de patient décédé par suicide ayant consulté dans les jours précédents. Le comité a travaillé sur les documents suivants, afin de supporter la pratique médicale et bonifier la note au dossier :
- formulaire sur l'examen mental;
- grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire;
- référence pour compléter la grille d'estimation de la dangerosité.

Les documents seront diffusés au cours de 2012-2013 et des formations sont également prévues.

Agrément

- extension de l'application du bilan comparatif du médicament (BCM) au département de chirurgie et en obstétrique;
- mise en place d'un mécanisme assurant l'administration d'antibioprophylaxie pré-opératoire en temps opportun.

Optimisation du travail

Mise en place d'un comité médico-administratif qui effectue le suivi de la démarche *Lean* faite à l'urgence et en courte durée. Ce comité analyse le fonctionnement, fait le suivi d'indicateurs et voit à l'application des différentes recommandations. Il y a eu de nouvelles présentations offertes aux médecins sur le concept *Lean*.

Guide d'accueil (Projet Planetree)

Rencontre des nouveaux mem-

bres et élaboration d'un recueil d'information à l'intention des membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens qui sera disponible sur le site Intranet.

Suivi de résultats d'examens

Mise en place d'une procédure pour assigner un médecin répondant afin d'assurer le suivi des résultats d'examens demandés par un médecin dépanneur à l'urgence. Élaboration d'une procédure pour assurer le suivi des résultats d'examens faits à l'extérieur du CSSS du Granit et dont les résultats sont acheminés sous format papier.

Télé-santé

Acquisition de nouveaux appareils de visioconférence afin de faciliter la diffusion de la formation entre les sites de l'établissement.

Grands défis 2012-2013

- Travaux pour assurer la sécurité liée aux médicaments;
- Assurance de l'application des procédures de suivi de résultats d'examens;
- Bonification de l'information disponible pour les médecins sur le site Intranet et/ou Internet;
- Application du protocole de prévention des néphropathies induites par les agents de contraste iodé;
- Diffusion des outils d'évaluation en santé mentale.

Direction des programmes des services à la jeunesse et aux adultes et des services multidisciplinaires

La Direction des programmes services à la jeunesse et aux adultes et des services multidisciplinaires regroupe plusieurs services de première ligne, dont voici une brève description :

Services dispensés par la Direction

Services généraux :

- Accueil psychosocial ;
- Consultations psychosociales ;
- Urgence-Détresse (intervention de crise / urgences).

Jeunes en difficultés :

- Services réguliers psychosociaux, de réadaptation et santé mentale ;
- Services intégrés en périnatalité et en petite enfance.

Santé mentale :

- Services psychosociaux, infirmiers, ergothérapie et assistance santé et services sociaux;
- Services résidentiels.

Dépendances :

- Programme Alcochoix ;
- Toxicomanie et jeux pathologiques.

Santé publique :

- Allaitement maternel et rencontres prénatales ;

- Cliniques des jeunes (secondaire et collégial) ;
- École en santé / Prévention des toxicomanies ;
- Programme Fluppy ;
- Orthophonie ;
- Services dentaires préventifs ;
- Vaccination 0-17 ans.

a) Réalisation de travaux liés au plan d'action défini visant la réorganisation et l'optimisation de l'offre de service du programme santé mentale. Poursuite du développement des mesures autres au niveau des services résidentiels en santé mentale;

b) Poursuite de notre collaboration aux travaux régionaux en vue de l'implantation du service Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE);

c) Poursuite des travaux afin d'actualiser le plan d'action *Initiative Amis de tous les Bébé*s (IAB), tel que recommandé dans le rapport final d'évaluation;

d) Identification d'objectifs en lien avec le programme 0-5-30, soit la promotion des saines habitudes de vie auprès des jeunes et des adultes (Ma cour d'école, Alimentation / facteurs de risques);



Vicky Orichfsky,
Directrice des programmes
des services à la jeunesse
et aux adultes

e) Déploiement local des stratégies d'action ciblées régionalement pour la vaccination des enfants de 0-2 ans;

f) Réorganisation des services en orthophonie afin de diminuer la liste d'attente;

g) En lien avec la vaste démarche provinciale d'amélioration des pratiques en prévention du suicide, notre personnel a participé à la nouvelle formation de trois jours sur les bonnes pratiques en prévention du suicide;

h) Évaluation de la contribution du personnel auprès de 91 % du personnel de la Direction;

i) Amorce de la planification pour un réaménagement physique de la salle de vaccination (Planetree).

j) Actualisation de la structure d'encadrement clinique et psychosociale.

a) Poursuivre les travaux visant la réalisation et l'actualisation du plan d'action pour l'optimisation

Grands défis 2012-2013

de l'offre de services du programme santé mentale;

b) Poursuivre le déploiement des stratégies retenues localement en prévention du suicide;

c) Réaliser l'implantation du service Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE);

d) Actualiser les recommandations de la Loi 21;

e) Poursuivre les travaux afin d'actualiser le plan d'action *Initiative Amis de tous les Bébé* (IAB), tel que recommandé dans le rapport final d'évaluation, et ce dans l'objectif de la préparation à la prochaine visite prévue en 2013;

f) Implanter le programme Choisir de maigrir (Programme 0-5-30);

g) Consolider les stratégies d'action ciblées pour la vaccination des enfants de 0-2 ans afin d'améliorer les taux de couverture et les délais de vaccination;

h) Poursuivre la réalisation du projet de réaménagement de la salle de vaccination.

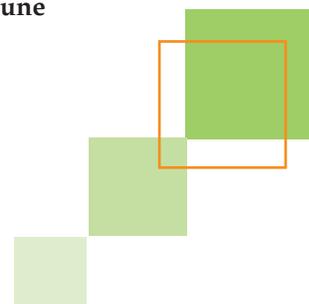
Quelques statistiques 2011-2012

Service	Usagers	Interventions
Services psychosociaux généraux	343 379	1311 1571
Services jeunes en difficulté	345 343	1869 1617
Santé mentale	386 354	3984 4092
Soutien intensif variable (SIV)	24 23	
Services en périnatalité et en petite enfance	475 464	1267 1508
Santé dentaire	207 221	N/A
Orthophonie	61 83	353 288

En noir : chiffres 2010-2011 - En rouge : chiffres 2011-2012



L'équipe en santé mentale du CSSS du Granit a été mise à contribution lors de l'exercice Code Orange, qui a fait l'unanimité sur les forces et les ressources adéquates de l'établissement pour faire face à une situation d'urgence.



Direction des services de santé physique et ambulatoires

La Direction des services de santé physique et ambulatoires (DSSPA) regroupe plusieurs programmes/ services.

Services dispensés par la Direction

En ce qui concerne le volet santé physique, nous retrouvons : la courte durée composée de la

médecine (20 lits), l'unité mère-enfant (deux lits), la pédiatrie (deux lits) et les soins intensifs (trois lits). Sont inclus également l'urgence (cinq civières), le bloc opératoire, la chirurgie d'un jour, ainsi que les services d'inhalothérapie et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

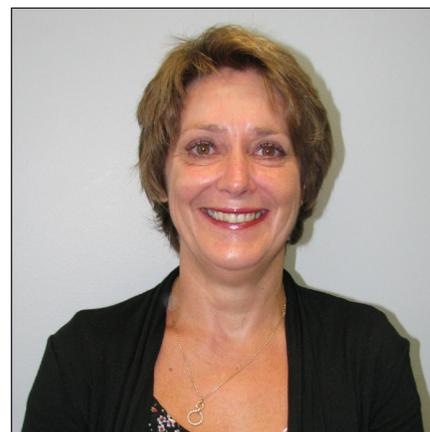
Les soins de première ligne sont offerts via le service infirmier de santé courant (sur deux sites), le service d'oncologie et de soins palliatifs, la nutrition, les infirmières en Groupe de médecine familiale (GMF) et, enfin, le programme maladie chronique, qui à lui seul englobe les groupes de réadaptation cardiaque et de diabète, la clinique d'insuffisance cardiaque, le programme de cessation tabagique, le volet clientèle orpheline vulnérable, sans oublier les activités de prévention des saines habitudes de vie (0-5-30).

Les services des archives, de l'accueil (sur deux sites) et de l'admission représentent le volet secrétariat.

Les services ambulatoires, quant à eux, sont composés : de l'imagerie diagnostic, du laboratoire, de l'électrophysiologie, des cliniques externes et, enfin, de la médecine de jour.

Faits marquants 2011-2012

- Implantation en électrophysiologie du service de monitoring ambulatoire de pression artérielle (MAPA), en collaboration avec le Groupe de médecine familiale (GMF);
- Déploiement du service de télé assistance en soins de plaies, au CHSLD Lac-Mégantic et au point de service St-Ludger;
- Regroupement physique des deux agentes administratives de l'accueil et de l'admission, avec le triage de l'urgence;
- Amélioration de la salle de triage à l'urgence;
- Rapprochement de la centrale de rendez-vous et du secrétariat regroupé;
- Mise en place de l'équipe de



Sylvie Lirette,
Directrice des services
de santé physique
et ambulatoires

traumatologie à l'urgence (norme d'agrément);

- Déploiement du Code orange à l'urgence (norme d'agrément);
- Participation à l'élaboration du projet de relocalisation des soins intensifs à l'urgence;
- Début des premières chirurgies de la thyroïde;
- Rehaussement et uniformisation des défibrillateurs cardiaques pour le CSSS du Granit;
- Pérennisation des projets *Lean* en courte durée et à l'urgence;

- Nomination et intégration d'une nouvelle gestionnaire, en la personne de Chantal Rouillard;
- Ajout du service des archives dans la direction santé physique et ambulatoires;
- Poursuite du programme AMPRO, module #3, en obstétrique;
- Implantation du sans rendez-vous en graphie simple;
- Début du service de mammographie diagnostic, le 21 novembre 2011;
- Dépôt de la demande de certification à l'Association canadienne des radiologistes, dans le but d'obtenir notre agrément en mammographie;
- Premières formations sur l'approche adaptée à la personne âgée en courte durée.

Grands défis 2012-2013

- Intégrer l'approche préventive « Syndrome du bébé secoué » en obstétrique;

- Réaliser la numérisation par le département des archives pour le Groupe de médecine familiale (GMF);
- Déployer le Continuum Ariane laboratoire au CSSS du Granit;
- Poursuivre l'approche adaptée aux personnes âgées;

- Déménager l'électrophysiologie dans un nouveau local plus spacieux;
- Débuter une démarche de gestion des activités au bloc opératoire;

- Dresser le profil de la clientèle qui se présente à l'urgence et celle hospitalisée en courte durée, dans le but de prévoir de meilleurs modes de prise en charge pour certaines clientèles.

Quelques statistiques		
SERVICE DE SANTÉ COURANT	2011-2012	2010-2011
Interventions	8 107	5 685
Écart		+9,6%
Soins de plaies	100	-----
SANTÉ PHYSIQUE-URGENCE		
Séjour moyen sur civière	9,9 heures	9,1 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	11,38 heures	9,9 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0,4 %	0,1 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0,46 %	0,2 %
SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE		
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	314	247
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	337	366
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées	141	132
Pourcentage de patients inscrits et traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte (6 mois)	100 %	100 %

- Offrir le programme « Choisir de maigrir » à la population du Granit;
- Assurer la pérennité des projets d'optimisation en courte durée et à l'urgence;
- Obtenir l'accréditation au Programme de dépistage québécois du cancer du sein (PDQCS);

Direction des programmes aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, de la déficience physique et de la réadaptation

La Direction des programmes aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, de la déficience physique et de la réadaptation assure les services suivants :

Services dispensés par la Direction

Soutien à domicile

Clientèle visée : Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, personnes conva-

lescentes ou ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et leurs proches aidants.

Les services : Accueil, évaluation, orientation des demandes, soins infirmiers, services psycho-sociaux, soins d'assistance, services de réadaptation (ergothérapie), services spécialisés (nutrition, inhalothérapie), mesures de soutien aux proches aidants, aide financière pour les personnes handicapées (déplacement pour réadaptation, pour soutien, assistance ou aide domestique), Centre de jour (Lac-Mégantic, Lambton et St-Ludger), et service de prêt d'équipements pour suppléer à des incapacités.

Services d'hébergement et de soins de longue durée

Clientèle visée : les personnes ayant des pertes d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Nous disposons d'une gamme de ressources réparties sur le territoire :

- En hébergement institutionnel : 112 places (incluant une place d'hébergement temporaire), réparties dans trois sites : 43 places au CHSLD de Lac-Mégantic, 29 places au CHSLD

de Lambton et 40 places à l'USLD au siège social;

- En ressources intermédiaires : 26 places pour la clientèle PALV;
- En ressources de type familial : neuf places;
- En alternative à l'hébergement : cinq mesures de soutien à la personne vivant en résidence privée.

Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)

Clientèle visée : Personnes âgées présentant une détérioration de leur autonomie fonctionnelle suite à une hospitalisation. Ce service, qui compte trois places, vise à leur faire recouvrer leur autonomie en vue d'un retour à leur domicile dans des conditions optimales.

Service de la réadaptation physique

Comprend la physiothérapie et l'ergothérapie. S'adresse aux personnes admises en courte durée ou en soins de longue durée, ainsi qu'à une clientèle externe.

Service de Pastorale

Soutien spirituel après des personnes admises au CSSS du Granit.

Services de bénévoles

Principalement auprès des résidents des centres de soins de longue durée.

Faits marquants 2011-2012

A) Octroi d'un budget de développement de 1 255 423 \$ pour la bonification des programmes s'adressant aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Voici les projets qui ont été présentés à l'Agence :

Soutien à domicile

-Rehaussement de notre offre de service par l'ajout de 8,4 ETC infirmière clinicienne, infirmière auxiliaire,



Mariette Bédard,
Directrice des programmes aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, de la déficience physique et de la réadaptation

auxiliaire aux services de santé et sociaux, travailleur social, nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique. Certains postes n'ont pas pu être comblés dans les secteurs de la réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, thérapeutes en réadaptation physique et nutritionniste). Les efforts de recrutement se poursuivront donc au cours de la prochaine année;

- Ajout de 10 000 \$ pour le programme proche-aidants;
- Projet avec le Centre d'action bénévole (CAB), soit la préparation et la livraison de repas congelés.

Ressources non institutionnelles

- Mesures de soutien à la clientèle en résidences privées;
- Ajout de quatre places RI pour personnes ayant des problèmes cognitifs;
- Élaboration d'un projet avec le CRE pour le développement d'une ressource

ce alternative à l'hébergement pouvant desservir nos clientèles respectives ayant un niveau de besoins similaires.

Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)

Financement d'une équipe interdisciplinaire (3.2 ETC).

Rehaussement de l'encadrement clinique en CHSLD

Ajout de 2.9 ETC touchant les volets : nutrition, physiothérapie, ergothérapie, éducation spécialisée, soins infirmiers et soins d'assistance.

B) En CHSLD, mise en place du nouveau modèle d'organisation du travail (PARTAGE). Le mode de distribution des soins s'appuie sur le modèle de l'infirmière principale. Les rôles et les responsabilités sont partagés entre les différents membres de l'équipe et tiennent compte des compétences de chacun. Plusieurs formations supportent ce développement des compétences et divers outils cliniques et de gestion ont été implantés pour assurer la qualité des soins et répondre aux exigences de l'Agrément.

En lien avec l'approche Planetree, mise en place en CHSLD du projet « Une vie bien accomplie », qui informe le personnel soignant de la vie du résident avant son admission en hébergement.

C) Démarche d'optimisation *Lean* des services de **Soutien à domicile (SAD)**. Le groupe conseil Raymond Chabot Grant Thornton nous accompagne dans cette démarche. La phase pré-Kaizen (diagnostic et transfert des connaissances) est réalisée;

D) -Mise en place de groupes de soutien pour les parents d'enfants ayant une déficience (en collaboration avec l'organisme communautaire).

Grands défis 2012-2013

A) Implanter la démarche *Lean* au SAD;

B) Compléter la mise en place des services prévus au projet de développement PALV, principalement dans le volet réadaptation à domicile;

C) Rendre accessible les services de

l'UTRF pour la clientèle du SAD;

D) Poursuivre l'implantation du modèle d'organisation du travail en CHSLD;

E) Consolider le réseau de services intégré aux personnes âgées;

F) Assurer le maintien du respect des normes d'agrément;

G) Assurer le suivi de gestion du plan d'accès pour les personnes handicapées et les travaux concernant l'arrimage entre les services de première et deuxième lignes;

H) Mettre en place le nouveau cadre de référence des ressources intermédiaires en lien avec la *Loi sur la représentation des ressources (LRR)*.

Le bénévolat au CSSS du Granit

Le CSSS du Granit peut compter sur la contribution appréciable de bénévoles au sein de l'établissement. Ceux-ci s'impliquent auprès des usagers, des résidents et également au sein de comités. Il s'agit de :

L'association des auxiliaires bénévoles, les Cœurs Vaillants, le mouvement

Albatros, le Comité de pastorale, les Comités des usagers et des résidents, les membres du conseil d'administration du CSSS du Granit et les membres individuels.

Nous avons 89 bénévoles inscrits au registre de l'établissement. Des rencontres individuelles sont en cours auprès des bénévoles œuvrant auprès des résidents des CHSLD et de l'USLD et sont effectuées par les éducatrices spécialisées de ces services afin de finaliser la mise à jour de leur dossier et recueillir leurs intérêts et suggestions. La direction du CSSS du Granit tient à remercier tous les bénévoles d'avoir choisi l'établissement pour accorder leur temps précieux à son organisation et, par le fait même, d'apporter du support et du bonheur à sa clientèle. Soyez assurés que toutes les actions que vous posez sont grandement appréciées, du fait qu'elles contribuent au mieux-être des clientèles du CSSS du Granit.

Quelques statistiques 2011-2012

Clientèle	Usagers	Interventions
Soutien à domicile (PALV)	661	16971
Gestion de cas	212	1990
Programme Proche-aidants	63	8020 heures
Déficience physique	131	3741
Mesure de soutien	30	
Déficience intellectuelle et TED	62	639
Mesure de soutien	32	
SAD - Soins palliatifs	66	2276

Notez que toutes les cibles fixées ont été atteintes.

Centre de jour	2506 jours présence par rapport à 2251 l'an dernier.
Taux d'occupation des lits d'hébergement	84%
On note une diminution par rapport à l'an dernier où le taux d'occupation était de 86%.	
Taux d'occupation de l'UTRF	40%
On note une diminution par rapport à l'an dernier où le taux d'occupation était de 55%. Toutefois, 95% des usagers de ce service ont pu retourner à leur domicile.	

Direction des ressources financières et informationnelles

Le rôle de cette Direction est d'assurer la gestion optimale des ressources financières et informationnelles de l'établissement. Elle dirige l'ensemble des activités des services de la comptabilité, de

Services dispensés par la Direction

l'approvisionnement et de l'informatique. Elle fournit assistance et conseil aux gestionnaires de

l'établissement sur toute matière relevant de sa discipline.

Faits marquants 2011-2012

Bilan des activités en lien avec les objectifs de la Direction

Gestion des ressources financières

Ce rapport présente un portrait sommaire des principales activités financières de l'exercice se terminant le 31 mars 2012. Le détail des données du rapport financier sous la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec (AS-471), ainsi que le rapport d'audit, sont disponibles à la direction générale.

Le budget annuel de fonctionnement de l'année 2011-2012 est de 36 679 784 \$. Le surplus généré par les opérations se chiffre à 251 757 \$ et se répartit de la façon suivante : 218 935 \$ au niveau de l'exploitation et 32 822 \$ au niveau des immobilisations.

L'établissement a bénéficié au cours de l'exercice d'un budget de développement totalisant 401 830 \$. Cette somme a principalement servi au développement du plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013, déposé par le MSSS. Aussi, cette somme soutient de façon spécifique l'augmentation du coût des médicaments et des fournitures médicales et l'amélioration de l'offre de service des soins généraux de santé physique.

En regard de la Loi 100, mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 visant, entre autres, à réduire le coût des activités administratives des différents organismes du MSSS, l'établissement a pris des mesures afin de respecter les obligations de celle-ci et de compenser aussi la réduction de son budget d'opérations de 256 558 \$ imposée par le MSSS depuis deux ans.

Ainsi, l'établissement collabore aux travaux d'optimisation entre-

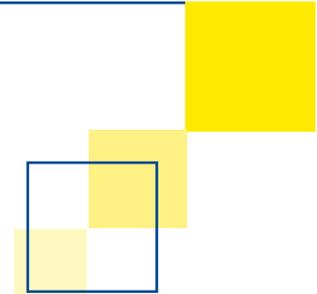


Sylvain Roy,
Directeur
des ressources financières
et informationnelles

pris regionalement dans différents secteurs. Également, l'établissement collabore aux efforts de remplacement d'un poste sur deux à la suite de départs à la retraite dans les activités de nature administratives et aussi aux efforts de réduction de certaines dépenses administratives, telles que la publicité, la formation et les frais de déplacement.

L'établissement a réduit de 8% le total de ses dépenses des centres d'activités administratives depuis les deux dernières années, et ce, malgré l'augmentation des dépenses résultant des indexations salariales et des autres dépenses.

En suivi aux objectifs du secteur



des ressources financières pour la dernière année, mentionnons :

- La participation aux travaux d'optimisation régionaux concernant la gestion de la paie, la rémunération et les avantages sociaux;
- La réalisation de travaux sur l'évaluation globale et intégrée de la performance de notre organisation;
- Le déploiement du module de paie WEB.

Fondation du CSSS du Granit

L'établissement a également bénéficié de la générosité de sa Fondation en recevant un don de 231 748\$ pour l'achat de divers équipements médicaux, tels que : mammographe, laser ophtalmique, rehaussement échographe, matelas thérapeutiques et fauteuils gériatriques.

Approvisionnement

Le secteur de l'approvisionnement a appliqué les règles d'attribution de contrats définies dans la Loi sur les contrats des organismes publics et a produit au Ministère les redditions de comptes relatives à celle-ci.

En lien avec les objectifs de ce secteur pour la dernière année, soulignons :

- Participation au début des travaux d'optimisation régionaux sur la logistique hospitalière.

Gestion des ressources informationnelles

Les technologies de l'information sont de plus en plus présentes et essentielles à la prestation de nos services. Le CSSS du Granit assure l'entretien et l'évolution de plusieurs applications informatiques qui doivent être mises à jour continuellement pour tenir compte des modifications législatives, administratives et aussi afin d'améliorer la prestation de services.

L'équipe des ressources informationnelles gère un parc de 293 micro-ordinateurs, 156 imprimantes et une salle de serveurs, en plus de voir au soutien technique de l'ensemble du personnel, avec l'aide de l'équipe du centre d'assistance du Technocentre de l'Estrie.

En lien avec les objectifs du secteur des ressources informationnelles pour la dernière année :

- Rehaussement et optimisation régionale des serveurs de la ban-

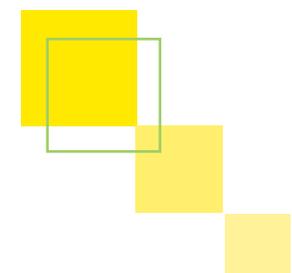
que de sang, pour une meilleure sécurité et continuité de nos opérations entourant la gestion du sang;

- Configuration et mise en ligne d'un site Intranet pour notre personnel.

Grands défis 2012-2013

Parmi les grands enjeux de la direction pour la prochaine année, notons :

- La poursuite des différents travaux régionaux d'optimisation entrepris au secteur de la paie, de la rémunération et des avantages sociaux, et à celui de l'approvisionnement;
- L'évaluation globale et intégrée de la performance et le développement de tableaux d'indicateurs de suivi de la performance;
- Le suivi de l'équilibre budgétaire;
- La poursuite du déploiement du module de Paie Web.



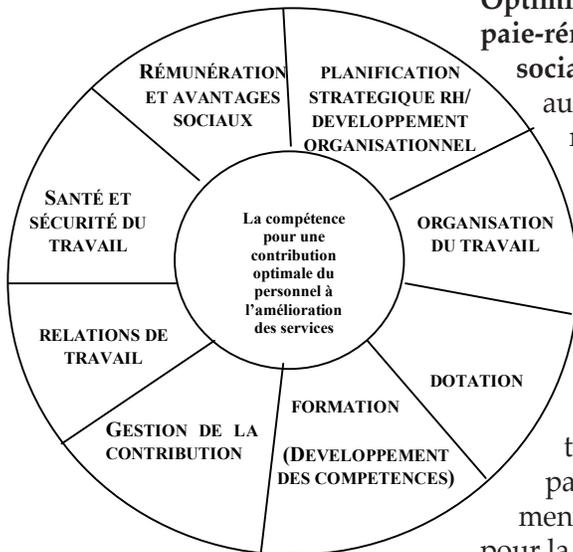
Direction des ressources humaines

Dans le but d'offrir des services favorisant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, la Direction des ressources humaines du Centre de santé et de

Services dispensés par la Direction

services sociaux (CSSS) du Granit offre des services support dans les huit domaines-clés généralement reconnus

de la gestion des ressources humaines :



Horaire d'été pour le personnel infirmier et infirmier auxiliaire : expérimentation concluante d'un projet d'horaire estival pour le personnel infirmier et infirmier auxiliaire

Faits marquants 2011-2012

constitué de sept quarts travail consécutifs, suivi de sept quarts de congés ;

Développement de la direction des programmes aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, de la déficience physique et de la réadaptation : contribution au développement des services de Soutien à domicile par des activités de bonification, création et dotation de postes ayant touché plus de 10 personnes à différents titres d'emplois.

Optimisation des services de paie-rémunération et avantages sociaux : Participation active aux travaux de planification régionale pour la centralisation des services de paie-rémunération et avantages sociaux et réflexion sur la reconfiguration interne des services qui seront affectés.

Services de garderie : Ratification d'une entente de partenariat entre l'établissement et le CPE Sous les étoiles pour la présentation d'un projet de développement de places en garderie et de services de garde atypique, offrant une priorité au personnel.

Les activités de la Direction des ressources humaines en chiffres :



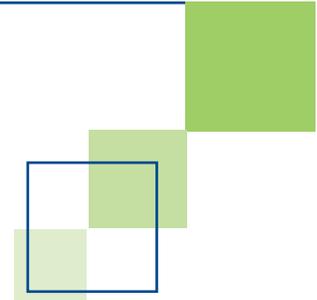
Marco Audet,
Directeur
des ressources humaines

voir les tableaux à la page suivante.

Suivis des ententes de gestion
Les ententes de gestion de la Direction des ressources humaines portent sur deux grandes dimensions, soit la rétention et le mieux-être au travail et la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau. Ils sont composés de différents indicateurs pour lesquels nous devons effectuer une reddition de compte. Voir le tableau à la page suivante.

Grands défis 2012-2013

Poursuivre les travaux du plan de développement ressources humaines, notamment par la planification et la prévision de la main-d'œuvre, l'exploration des formules sur l'aménagement



du temps de travail et le renforcement des structures de postes pour les titres d'emplois les plus vulnérables;
 Développer des services et ajuster les pratiques de gestion des ressources humaines favorables au climat de travail en lien avec l'approche *Planetree*;
 Prévoir le transfert des activités

de paie, rémunération et avantages sociaux au nouveau service régional et la reconfiguration de la structure des directions ressources humaines et finances, afin de s'adapter à la nouvelle offre de service.
 Élaboration, présentation et application d'une politique concernant la vérification des antécédents

judiciaires à l'embauche, pour les nouvelles recrues qui rejoignent l'équipe du CSSS du Granit. Ce projet s'inscrit dans la foulée des recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec et d'une circulaire sur le sujet enjoignant les établissements à se doter d'une telle politique.

Tableau des indicateurs des ententes de gestion

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012 ^(note 1)
1. Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	4,79 %	5,50 %	4,72%
2. Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	6, 62 %	5,62%	6,39 %
3. Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers :			
• personnel infirmier	0,03 %	< 0,50 %	0,00 %
• infirmier auxiliaire	0,00 %	0,00 %	0,00 %
• préposés aux bénéficiaires	0,00 %	0,00 %	0, 00 %
Commentaires			
Cible 1 : Des projets structurants d'organisation du travail ainsi que des activités et programmes favorisant de saines habitudes de vie continuent d'influencer positivement la présence au travail;			
Cible 2 : Effet positif de l'atteinte de la cible pour l'indicateur concernant la réduction des heures en assurance-salaire, des mesures additionnelles seront mises en œuvre pour tendre vers la cible;			
Cible 3 : L'établissement maintient son orientation de ne pas recourir à la main-d'œuvre indépendante pour assurer les soins et les services avec les effets escomptés sur les résultats à cet égard.			
(note 1) : <i>Les résultats ont été obtenus par la compilation des données disponibles jusqu'au 25 février 2012</i>			

Tableau de la distribution des effectifs

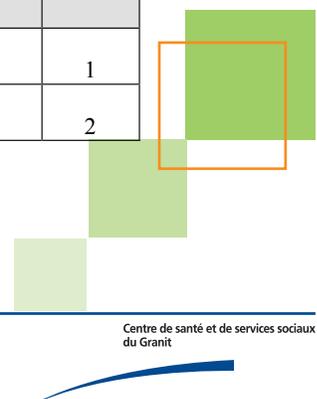
Statut	Catégorie 1		Catégorie 2		Catégorie 3		Catégorie 4		Autres	
	Temps complet	Temps partiel								
Syndiqué	68	113	49	120	30	23	35	50		
Non syndiqué									8	1
Cadre									14	2

Catégorie 1 : personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires

Catégorie 2 : personnel paratechnique, services auxiliaires et autres métiers

Catégorie 3 : personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration

Catégorie 4 : techniciens et autres professionnels de la santé et des services sociaux



Direction des services techniques

La Direction des services techniques voit à ce que le CSSS du Granit réponde aux normes, standards et pratiques concernant l'hygiène, la salubrité, la sécurité et la gestion de ses immobilisations. Relevant directement de la direction générale, la Direction des services techniques regroupe les secteurs suivants :

Services dispensés par la Direction

- Buanderie – Lingerie;
- Gestion des déchets biomédicaux;
- Gestion des équipements;
- Gestion des immobilisations;
- Mesures d'urgence;
- Sécurité;
- Service alimentaire;
- Service d'entretien – Hygiène et salubrité;
- Service des installations;
- Stationnement;
- Téléphonie.

Cette direction supporte aussi tous les services du CSSS du Granit, dans la réalisation de leurs activités respectives.

Bilan en lien avec les orientations et priorités de l'établissement

Faits marquants 2011-2012

- Participation aux activités des comités suivants :
- Comité Agrément;
 - Comité Copin (interne);
 - Comité de direction;
 - Comité de prévention des infec-

tions nosocomiales (lorsque requis);

- Comité des gestionnaires;
- Comité des ressources informationnelles;
- Comité du service alimentaire;
- Comité de gestion des risques (lorsque requis);
- Comité des mesures d'urgence à l'interne;
- Comité Partage;
- Comité PFT - Phase II;
- Comité régional coordonnateur des mesures d'urgence et/ou responsable Pandémie;
- Table Régionale Estrie - Politique alimentaire;
- Table régionale Ressources financières et matérielles .

Agrément

À la suite de la visite du Conseil d'agrément de mars 2011, la Direction des services techniques poursuit son implication significative afin de fournir des preuves au plan d'amélioration en lien avec les normes à réaliser.

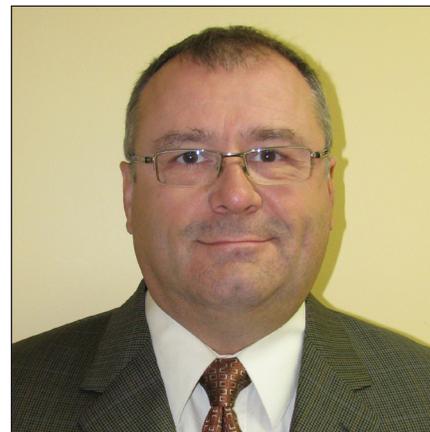
Service d'entretien – Hygiène et salubrité

En septembre 2011, la Direction des services techniques s'est vu attribuer une nouvelle ressource à titre de coordonnatrice des services techniques. En effet, Mélanie Nogue, membre de l'équipe technique, assure la supervision des activités dans les domaines suivants :

- Service d'entretien - Hygiène et salubrité;
- Service alimentaire;
- Buanderie et Lingerie.

Téléphonie

En continu avec la mise à niveau du système téléphonique, la reconnaissance vocale a été mise en



Guy Philippon,
Directeur
des services techniques

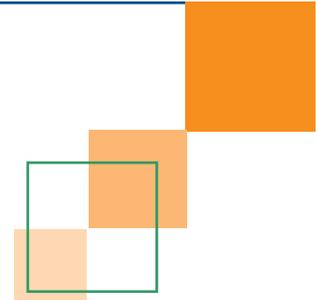
application, ainsi que l'accessibilité à des messages d'accueil en langue française ou anglaise, disponibles depuis l'automne 2011.

Entretien des immeubles - Maintenance des actifs

Voici une brève énumération des travaux réalisés au cours du dernier exercice financier :

Siège social

- Compléter les travaux en vue de la réfection du mur de granit côté nord;
- Compléter les travaux d'aménagement du local de mammographie;
- Réfection du plancher de terrazo à l'entrée principale;
- Déploiement d'un logiciel d'entretien préventif des équipements, ainsi qu'un module de requêtes informatisées;
- Plan et devis en vue d'effectuer des travaux de réfection du mur de granit côté sud;
- Dépôt du projet PFT Phase II à l'Agence de la santé et des services



sociaux de l'Estrie et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Point de service CHSLD Lambton

Compléter les travaux du remplacement complet du système d'alarme incendie et contrôle d'accès pour les portes.

Point de service

CHSLD Lac-Mégantic

Aucuns travaux majeurs à ce point de service au cours du présent exercice financier.

Développement durable

Poursuite des activités dans le secteur.

Gestion du parc d'équipements

Au cours de l'exercice financier, l'établissement a fait des acquisitions d'équipements d'une valeur de 1 001 966 \$.

Parmi les acquisitions d'équipements les plus importantes, on retrouve :

- Lits électriques et matelas-CHSLD 59 418 \$
- Laser ophtalmique 71 691 \$
- Mammographe et consoles de lecture 291 170 \$
- Défibrillateurs 67 163 \$
- Ensacheuse et chariots à médicaments 234 087 \$
- Tapis roulant 30 788 \$
- Rehaussement échographe 24 487 \$
- Stérilisateurs 25 509 \$
- Étuve à hémoculture-Laboratoire 21 036 \$
- Système téléphonique 19 037 \$

Service alimentaire

Le conseil d'administration a adopté, le 15 juin 2010, la politique alimentaire en lien avec le Plan d'action gouvernemental pour la promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés

Quelques statistiques	2011-2012	2010-2011
Service alimentaire		
Nombre de repas servis	201 370	199 928
Service buanderie-lingerie (Kilogrammes de lingeries)	275 165	272 284
Déchets biomédicaux (Kg)	11 205	

au poids. En février 2012, compte tenu de l'ampleur des travaux et la mise en application, le MSSS a émis une prolongation d'une année pour l'implantation de la politique.

Service de la Buanderie-Lingerie

Les employés du service ont lavé et entretenu plus de 275 165 kg de lingerie, literie et vêtements personnels des usagers. Le personnel du service de la buanderie fut particulièrement sollicité lors des éclosions de la dernière année.

Mesures d'urgence

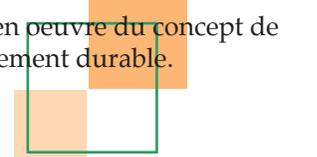
Plusieurs activités sont réalisées en cours d'année dans les différents services en lien avec les codes de couleurs correspondant au Plan des mesures d'urgence de l'établissement : code vert (évacuation), code rouge (incendie), etc. Ces activités sont adaptées aux différents secteurs en tenant compte des services dispensés.

Le 25 juin 2011, un exercice d'urgence a été réalisé. La Direction des services de santé physique et ambulatoires, en collaboration avec la Direction des services techniques, a effectué une simulation d'un code orange (arrivée massive de blessés à l'urgence). Cette simulation a eu lieu grâce à la participation de différents collaborateurs externes, soit Dessercom (ambulances), Service de sécurité incendie Région de Lac-Mé-

gantic, Sûreté du Québec et de nombreux employés du CSSS du Granit, qui ont agi comme figurants, etc.

Plusieurs formations en lien avec les mesures d'urgence sont offertes en continu tout au long de l'année, entre autres, code vert à l'aide de drap contour et civière sevac, manipulation des extincteurs en collaboration avec le Service de sécurité incendie Région de Lac-Mégantic.

- Grands défis 2012-2013**
- Réalisation du PFT - Phase II;
 - Réfection des murs de granit du siège social;
 - Gestion de l'entretien préventif pour tous les appareils ou les instruments médicaux;
 - Élimination des zones grises (exemple : processus d'attribution des responsabilités - Hygiène et salubrité);
 - Plan des mesures d'urgence : exercices d'évacuation sur les trois quarts de travail;
 - Application de la politique alimentaire;
 - Mise en œuvre du concept de développement durable.



Composition du CECII
Élise Lapierre, prés; Michelle Choquette, vice-prés;
Claudia Morin, officier;
Nathalie Charest, sec.;
Élise Lacombe, déléguée
aux communications;
Vicky Grondin, CECIIA;
Denise Arsenaault, DQSSI;
Pierre Latulippe, d.g.

**Cinq rencontres ont été
tenues au cours de l'année.**

**Les membres du CECIIA
(sous-comité du CII)**
Vicky Grondin, prés;
Brigitte Lacroix, vice-prés;
Christine Phaneuf, sec.;
Denise Arsenaault, DQSSI
et Pierre Latulippe, d.g.

**Le CECIIA s'est réuni
à trois reprises.**

Les dossiers communs - CECII et CECIIA

- Les enjeux liés aux difficultés de remplacement pour la tenue des rencontres;
- Les activités autorisées. Au SAD pour les auxiliaires familiales : l'irrigation vésicale avec poire; pour les PAB : l'application de bas support anti-emboliques;
- La préparation de la visite de l'OIIAQ, du 3 au 7 octobre 2011, la mise en œuvre et les suivis au plan d'action;
- L'élaboration d'une vision contemporaine des soins infirmiers.

Les recommandations de l'OIIAQ

L'OIIAQ a émis des recommandations quant à la prévention/contrôle des infections et les notes au dossier de l'utilisateur. Plus précisément :

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

En évitant le recapuchonnage à deux mains des aiguilles contaminées ; en respectant la procédure du port de gants lors des ponctions veineuses et capillaires; par le lavage des mains et/ou l'utilisation d'une solution antiseptique au moment opportun ; en respectant les règles d'asepsie lors des diverses techniques reliées aux soins des plaies et aux soins des voies urinaires. Par la rédaction assidue des notes au dossier (fréquence, traitements et congé temporaire) et en inscrivant le résultat escompté ou l'effet thérapeutique mesurable suite aux interventions concernant la médication.

Autres activités des conseils

La participation au Gala du Mérite, en nommant pour les deux groupes l'infirmière et l'infirmière auxiliaire méritantes dans les trois catégories suivantes : celles s'étant le plus démarquées, relève et mention spéciale. Une autre activité de reconnaissance a lieu lors de l'AGA du CII, pour souligner les années de service des collègues (30-35 ans).

Suivis et/ou consultations effectués auprès des conseils

- Plan d'action de l'OIIAQ et de l'OIIQ;
- Suivi des travaux d'amélioration continue liés aux normes d'agrément, par exemples : audits PTI; surveillance des mesures de contrôle; appui au cadre conceptuel de la gestion des risques; appui au cadre conceptuel de la gestion in-

tégrée de la qualité; appui au cadre conceptuel en éthique;

- Appui au document de la Régie interne de l'exécutif des infirmières auxiliaires;
- Appui au plan directeur de formation;
- Appui à la direction concernant la création d'un code vestimentaire pour les infirmier(ère)s du CSSS du Granit;
- Appui à une demande de protocole médical concernant les prélèvements sanguins répétitifs en CHSLD.

Partenariats

Entente avec le comité multidisciplinaire en vue d'une collaboration dans certains dossiers ou événements;
Représentation du CECII au Comité des plaintes interprofessionnelles par Nathalie Charest.

Perspectives 2012-2013

- Suivi de l'agrément;
- Application du cadre conceptuel McGill;
- Suivi de l'application des ordonnances collectives et proposition au CMDP;
- Suivi des travaux de réorganisation du travail;
- Suivi d'implantation du PTI et du plan d'action OIIAQ et OIIQ;
- Adoption et diffusion de la conception commune des soins infirmiers au CSSS du Granit.

Les membres du Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire, pour l'année qui vient de se compléter, furent élus lors de l'assemblée générale annuelle du 25 mai 2011.

En voici la liste :

Nathalie Trépanier,
présidente,
Julie Laplante,
vice-présidente,
Lyne Fréchette, secrétaire,
Anne-Josée Bégin,
Simon Grondin et
Danielle Vallières;
Pierre Latulippe,
directeur général,
Vicky Orichesky,
directrice des services
à la jeunesse
et aux adultes.

Le Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire s'est réuni à six reprises au cours de l'année financière 2011-2012.

Le nombre de membres du Conseil multidisciplinaire du CSSS du Granit s'est maintenu aux environs de 85 membres actifs, provenant de 20 professions différentes.

Les faits saillants 2011-2012

Plusieurs dossiers ont retenu l'attention et ont mobilisé les membres de l'exécutif dans leur suivi. Pensons entre autres aux comités suivants :

- Comité de pairs;
- Comité de l'activité recon-

Conseil multidisciplinaire

- naissance professionnelle;
- Comité de gestion des risques;
- Comité de prévention des infections nosocomiales;
- Comité stratégique Planetree;
- CMURE.

Par contre, pour les comités touchant la planification de main-d'œuvre (PMO), le projet de garderie et la *Loi modifiant le Code des professions* (Loi 21), aucune rencontre ne s'est tenue, mais le Comité exécutif est demeuré à l'affût de nouvelles informations qui ont circulé sur ces différents sujets.

Dans les perspectives 2011-2012, qui avaient été énumérées l'an dernier, une piste d'action qui visait à favoriser l'interdisciplinarité et la reconnaissance des différents professionnels au sein de l'établissement avait été explorée. Des approches ont été faites auprès du CMDP et du CECII et ces instances ont démontré de l'ouverture à travailler des projets en partenariat. Nous pouvons dès lors affirmer que nous sommes rendus à l'étape suivante : asseoir les partenaires des instances ensemble pour déterminer et élaborer un projet rassembleur.

Perspectives 2012-2013

Au cours de la prochaine année, le Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM) du CSSS du Granit poursuivra son implication active au sein des différents comités de l'établissement et mettra l'accent plus précisément sur les travaux reliés à la mise en œuvre locale de la Loi 21 modifiant le Code des professions.

Ce dernier devrait vivre son aboutissement en janvier 2013. La promotion de certaines professions, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, sans négliger pour autant tous les autres comités qui offrent une visibilité importante pour la représentation des membres, devrait alors être réalisée.

(Tiré du *Rapport annuel du Conseil multidisciplinaire*, qui fut présenté le 16 mai 2012, lors de l'assemblée générale des membres.)

Ces comités ont pour mandat global :

- De rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à identifier, analyser et donc s'assurer qu'une prestation sécuritaire des soins est offerte aux usagers, et en cas d'infections nosocomiales, d'en prévenir et d'en contrôler la récurrence;
- De s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime ou à ses proches;
- De s'assurer de la mise en place d'un système de surveillance, qui identifie les causes possibles, et de faire des recommandations, à cet égard, au conseil d'administration.

Les deux comités se sont réunis à cinq reprises en 2011-2012.

Les membres du Comité GdR :

Marie-Pier Blais, Anne Boulet, Luc Breton, Dre Michèle Brochu, Lorraine Despatis, Simon Grondin, Gaétane Lacroix, Élise Pelletier, Mélanie Nogue, Vicky Orichefsky, Nancy Rosa, Diane St-Pierre, Manon Veilleux et Denise Arsenault, membre d'office.

Les membres du comité de PCI :

Marie-Pier Blais, Luc Breton, Simon Grondin, Gaétane Lacroix, Mélanie Nogue, Élise Pelletier, Dr Adrian Pusca, Nancy Rosa, Diane St-Pierre, Manon Veilleux et Denise Arsenault, membre d'office.

Les cibles visées

Le suivi des recommandations de l'agrément de mars 2011, lesquelles ont déjà été précisées à la partie DQSSI de ce rapport, à la page 10.

Voici quelques exemples d'activités : sensibilisation du personnel refaite via rencontre clinico-administrative et différents conseils (CECII, CECIIA, CM et CMDP) afin que s'effectue la déclaration, mais surtout la divulgation des accidents.

Comité de gestion des risques et de la qualité, et Comité de prévention et contrôle des infections

Registre des incidents et accidents / services confondus pour 2011-2012

Type d'événements survenus	2010-2011	2011-2012
Erreurs concernant les médicaments	373	478
Chutes	272	239
Erreurs concernant les tests diagnostiques	148	160
Autres ii	45	148
Grand total des événements	838	1025
Nombre total d'admission	1690	1740
Taux d'incidenceⁱ / 1000 admissions	495.86	589.08

ⁱ Taux d'incidence : nombre de nouveaux événements survenus par 1000 admissions pour l'année

ⁱⁱ Autres inclut une majorité d'erreurs qui était peu ou pas déclarées auparavant qui sont principalement liées au non-respect de procédure (ex : procédure de surveillance des opiacés, bris d'équipement, erreur de traitement)

Hypothèses concernant l'augmentation observée de l'incidence :

- Les activités de sensibilisation soulignant l'importance de la déclaration et la divulgation
- La nouvelle ensacheuse de médicament a nécessité une période d'adaptation pour le personnel donc une augmentation ponctuelle des rapports d'erreur de médicament
- De plus, une augmentation du taux d'occupation qui s'est élevé jusqu'à 107% en courte durée, à certains moments est aussi un facteur contributif connu de l'augmentation de risque d'erreur.

Le Comité de gestion des risques a participé à la formation dispensée par l'AQESSS concernant le mandat et le fonctionnement du comité selon la Loi (mars 2012).

La création de comité ad hoc (DQSSI, responsable hygiène et salubrité et gestionnaires des unités concernées) dès la déclaration d'une écloison a permis une gestion plus efficace et constitue définitivement un facteur contributif de la résolution rapide des quatre écloisions que nous avons eues durant l'année. Cette pratique fait dorénavant partie du programme de prévention des infections adopté par le Comité de direction. De

plus, la DQSSI a partagé les constats et les activités de prévention et de gestion d'écloison découlant des événements avec les autres services.

Les grands défis 2012-2013

- Diminution du nombre d'erreurs de médicaments liées aux anticoagulants, opiacés et timbres cutanés;
- Implantation du Programme de prévention des chutes;
- Surveillance des infections urinaires chez les usagers hospitalisés porteurs de sonde urinaire;
- Révision du fonctionnement du comité de gestion des risques suite à la formation reçue.

Cumulatif des résultats des suivis des infections nosocomiales pour 2011-2012

	SARM	ERV	C.diff.	Hémoculture à SARM
Acquises en courte durée	5	0	0	0
Acquises en longue durée	0	0	0	0
Présentes en courte durée	33	0	1	0
Présentes en longue durée	15	0	0	0
Nombre d'écloisions en courte durée (gastro-entérite, influenza)				2
Nombre d'écloisions en longue durée (gastro-entérite, varicelle)				2

Composition de l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :

Dr Bernard Gélinas, président;
Dr Patrice Laframboise, vice-président;
Anne Boulet, secrétaire;
Dr Adrian Pusca, conseiller;
Dr Daniel Chouinard, conseiller;
Dr Michèle Brochu, D.S.P.;
Pierre Latulippe, directeur général.

Le conseil a tenu neuf rencontres régulières au cours de l'année, soit à raison d'une rencontre par mois, d'avril 2011 à mars 2012, avec relâche au cours de l'été.

Les objectifs de l'année 2011-2012

- Développement d'un projet en lien avec la philosophie Planetree;
- Partage d'information sur le Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance (AQESSS);
- Optimisation en imagerie médicale;
- Évaluation de la pertinence d'offrir le service de colonoscopie virtuelle;
- Optimisation des ressources humaines au 1^{er} étage de médecine.

Planetree

Le projet Planetree suit son cours. Plusieurs présentations ont eu lieu. Dre Michèle Brochu a travaillé au montage d'un guide d'information qui sera disponible sur Intranet, une source de renseignements utiles, particulièrement pour l'arrivée de nouveaux médecins, dentistes et pharmaciens.

Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance (AQESSS)

La présentation du rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance du CSSS du Granit a été reportée en septembre 2012.

Optimisation en imagerie médicale

Actualisation du projet de mammographie et d'échographie cardiaque.

Diffusion sur les unités de travail du guide «Lignes directrices pour les examens d'imagerie diagnostique», de l'Association canadienne des radiologistes, concernant le choix des types d'examen en imagerie en fonction de la pathologie suspectée.

En ce qui concerne la Colonoscopie virtuelle, ce projet n'a pas été priorisé pour le moment.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Optimisation des ressources humaines au 1^{er} étage de médecine

L'optimisation des ressources humaines au 1^{er} étage a été discutée et se poursuivra l'an prochain. Il y a, entre autres, l'ajout d'un travailleur social ainsi qu'une infirmière pivot, à raison de cinq jours/semaine, ce qui a nettement dynamisé le travail des médecins au 1^{er} étage et facilité le suivi de cette clientèle. Il y a encore quelques améliorations à venir. Le tout sera poursuivi au cours de la prochaine année.

Radiologie

Le Dr Yves Marmen a été nommé au poste de chef du département de radiologie. Avec l'optimisation de l'appareil d'échographie au point de vue informatique et la présence assidue du Dr Marmen, le service d'échographie cardiaque a pu être offert régulièrement, presque à chaque semaine, ce qui a permis d'offrir le service à Lac-Mégantic, de diminuer les délais d'attente et de supporter la pratique médicale.

Le service de mammographie a débuté, plusieurs mammographies ont déjà été faites. Il faut souligner le travail du chef de département ainsi que de son équipe pour le développement de ce nouveau service et pour la prise en charge des patientes afin de diminuer les délais d'attente et le déplacement des femmes dans les grands centres.

Des démarches en vue d'obtenir l'accréditation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) sont en cours.

Arrivée de nouveaux médecins

L'arrivée de trois jeunes nouveaux médecins, soit les docteurs Katherine Labrecque, Kathleen Dulac et Nadia Bolduc, a permis de renforcer l'équipe, particulièrement aux services de l'urgence et de l'hospitalisation.

Urgence

Encore cette année, l'amélioration du positionnement de l'urgence de l'établissement, tel que paru dans le palmarès des urgences du Québec du journal La Presse, concernant la durée moyenne de séjour sur civière, le pourcentage de séjours de 48 heures ou plus, le pourcentage de personnes de 75 ans et plus qui se présentent, ainsi que le pourcentage de cas sur civière qui requièrent une hospitalisation, fait la fierté de tous. La rigueur au quotidien du personnel et des médecins, ainsi que les transformations découlant de la démarche *Lean*, qui fut réalisée il y a quelques années, expliquent ces résultats.

Sous-comités du CMDP

L'exécutif du CMDP a supporté les travaux des sous-comités suivants, appuyant les recommandations de ces derniers :

- Comité d'examen des titres;
- Comité de l'évaluation de l'acte médical;
- Comité sur les ordonnances collectives;
- Comité de pharmacologie;
- Comité du développement professionnel continu;
- Comité de prévention des infections nosocomiales;
- Comité de traumatologie;
- Comité des soins de longue durée;
- Comité de recrutement;
- Comité social.

Autres réalisations

- Comité de traumatologie :
Ce comité a effectué d'importants travaux. Il est à peaufiner divers documents qui doivent être présentés au Groupe-conseil et mis sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec.

Le comité est composé de quatre membres et de deux personnes-ressources :
Lise St-Pierre, présidente;
Luc Grondin, membre;
Bernard Saucier, membre;
André Veilleux, commissaire local aux plaintes;
Denise Arsenault, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers (à titre de membre invitée);
Pierre Latulippe, directeur général et membre d'office.

Le comité s'est réuni à trois reprises au cours de l'année 2011-2012. À chacune des rencontres, le commissaire local aux plaintes et à la qualité a fait un rapport complet et détaillé de la nature des plaintes et du suivi apporté.

Les dossiers ont été presque tous résolus avec la collaboration des gestionnaires de l'établissement. Le conseil d'administration est informé régulièrement en cours d'année et un rapport est déposé en fin d'année. À la suite des recommandations transmises au conseil d'administration, des améliorations ont été

Comité de vigilance et de la qualité

apportées, dont, entre autres, au sujet de l'accès aux résultats de tests auprès de la clientèle et de la confidentialité au centre de prélèvement. Également, une mise à jour du Code d'éthique a été effectuée, dans le but de promouvoir les obligations du personnel face au respect de la clientèle et des droits des usagers. La directrice de la qualité des services et des soins infirmiers a fait rapport de ses activités à chacune des rencontres du comité et ce, en ce qui concerne, entre autres, le Comité de gestion des risques. Elle a présenté un registre des accidents/incidents concernant les infections nosocomiales. Également, le comité a eu droit à une présentation du programme de prévention des infections et du résultat des audits réalisés sur le lavage des mains.

De plus, le comité s'est impliqué dans différents dossiers. En effet, afin de connaître les satisfactions ou insatisfactions des clients, des dépliant ont été réalisés et placés dans des boîtes à suggestions, qui ont été installées dans des endroits stratégiques dans l'établissement, afin de recevoir leurs commentaires.

Finale, le Comité de vigilance et de la qualité a procédé à l'appréciation de la contribution du commissaire aux plaintes et à la qualité, alors qu'un rapport a été présenté au conseil d'administration.

La présidente tient à remercier les membres pour leur engagement à l'amélioration continue des services aux usagers du CSSS du Granit.

Comité de vérification

La composition du comité est la suivante :

Jean-Guy Fredette, président;
Suzanne Boulanger, membre;
Roger Charbonneau, membre;
Gérard Declerk, membre substitut;
Sylvain Roy, directeur des ressources financières et matérielles (à titre de membre invité);
Pierre Latulippe, directeur général (à titre de membre invité).

Au cours de l'année 2011-2012, le Comité de vérification du CSSS du Granit a tenu neuf réunions.

Le principal rôle du comité de vérification est d'exercer un suivi de l'évolution budgétaire des activités de l'établissement et de faire des recommandations au conseil d'administration sur les différents rapports à produire pour le ministère ou sur tout autre dossier impliquant des ressources financières de

l'établissement. Il a également à assumer son rôle de vigie en regard des différentes mesures de contrôle à maintenir afin d'assurer la saine gestion des ressources financières de l'établissement. Il accompagne la démarche de vérification

externe annuelle de l'établissement.

Par un suivi rigoureux de ses différents postes de dépenses, l'établissement a terminé l'année avec un surplus de 251 757 \$.

Au 31 mars 2012, le Comité de vérification se composait, assis à l'avant, de **Suzanne Boulanger, présidente du c.a., Jean-Guy Fredette et Roger Charbonneau, et, debout à l'arrière, Sylvain Roy, directeur des ressources financières et informationnelles, et Pierre Latulippe, directeur général. Absent au moment de la prise de la photo, Gérard Declerk.**



Comité des usagers du CSSS du Granit

**La composition
du Comité des usagers
est la suivante :**

**Réal Vachon, président;
Luc Grondin, vice-président;
Lorraine Despatis, trésorière;
Lisette Lachance, secrétaire;
Lucille Rouillard-Guay;
Thérèse Beaudoin;
Bruno Roy;
Carmen Guay;
Andrée David.**

Le Comité des usagers a tenu quatre rencontres durant l'année. Voici les principales réalisations du Comité des usagers :

- Désignation de deux candidats au conseil d'administration du CSSS du Granit;
- Participation à différentes activités, dont la journée mondiale Alzheimer au Centre d'action bénévoles, le forum sur la semaine des droits des usagers, la journée santé prévention, la rencontre régionale des comités des usagers et des comités des résidents et l'atelier thématique déficit cognitif au Centre d'action bénévole;
- Le Comité des usagers et les Comités des résidents ont rencontré les membres de l'Agrément et ce, dans les trois sites de l'établissement.

Cette année, un local a été prêté par l'établissement afin que les membres du comité, selon un horaire établi, puissent recevoir les plaintes et suggestions des usagers et surtout faire connaître à la population « les droits et obligations des usagers ». À cet effet, un dépliant a été élaboré et installé dans différents endroits stratégiques des sites du CSSS permettant de recueillir les commentaires.

De plus, dans le but de se faire connaî-

tre et de faire connaître les services, le Comité des usagers a financé le Bottin des services du CSSS du Granit qui a été distribué dans toutes les résidences de la MRC du Granit.

Le Comité des usagers a fait parvenir une lettre à Mme Dominique Vien, ministre déléguée aux Services sociaux, relativement à la « dénonciation d'un milieu de vie inadmissible en soins de longue durée », soit à l'USLD du siège social. Cette correspondance est en lien avec l'élaboration et le dépôt au MSSS d'un PFT pour la construction d'un nou-

veau CHSLD connexe au siège social.

Le président, M. Réal Vachon, a transmis un rapport intérimaire en cours d'année, ainsi qu'un rapport de fin d'année au conseil d'administration, qui a soutenu le comité des usagers en regard des observations et recommandations apportées.

Nous tenons à souligner le travail exceptionnel réalisé par chacun des membres du Comité des résidents, qui se soucie de la qualité du milieu de vie et du bien-être des personnes hébergées.



Au 31 mars 2012, le Comité des usagers du CSSS du Granit se composait, assis devant, de Lorraine Despatis, Pierre Latulippe, d.g., Réal Vachon, président du comité, Lisette Lachance et Mariette Bédard, directrice PALV. Debout à l'arrière, Lucille Rouillard, Carmen Guay, Luc Grondin, Thérèse Beaudoin, Andrée David et Bruno Roy.

État des résultats (tous les fonds) au 31 mars 2012

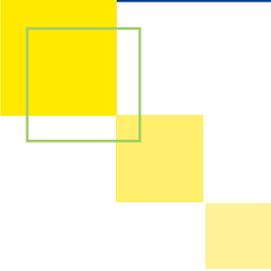
	2012	2011
Revenus		
Subventions Agence et MSSS	33 531 518 \$	30 549 342 \$
Contributions des usagers	2 427 938 \$	2 346 918 \$
Ventes de services et recouvrements	426 563 \$	431 857 \$
Donations	178 394 \$	129 266 \$
Revenus de placement	22 903 \$	21 838 \$
Revenus de type commercial	43 625 \$	42 177 \$
Autres revenus	48 843 \$	20 101 \$
	36 679 784 \$	33 541 499 \$
Charges		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	25 320 501 \$	22 767 487 \$
Médicaments	450 144 \$	430 226 \$
Produits sanguins	267 324 \$	225 678 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	971 563 \$	889 593 \$
Denrées alimentaires	372 639 \$	358 763 \$
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	1 028 905 \$	1 065 956 \$
Frais financiers	908 332 \$	877 427 \$
Entretien et réparations	1 251 360 \$	910 766 \$
Créances douteuses	2 500 \$	4 726 \$
Amortissement des immobilisations	1 585 946 \$	1 544 703 \$
Perte sur disposition d'immobilisations	7 896 \$	6 663 \$
Autres charges	4 260 917 \$	4 274 576 \$
	36 428 027 \$	33 356 564 \$
Surplus (Déficit) de l'exercice	251 757 \$	184 935 \$

État de la situation financière au 31 mars 2012

	2012	2011
ACTIFS FINANCIERS		
Encaisse	224 539 \$	620 868 \$
Placements temporaires	1 825 673 \$	1 800 000 \$
Débiteur -Agence et MSSS	1 606 640 \$	779 873 \$
Autres débiteurs	280 839 \$	282 039 \$
Subvention à recevoir - réforme comptable	5 814 073 \$	4 758 332 \$
Frais reportés liés aux dettes	29 253 \$	24 254 \$
Autres éléments	131 882 \$	150 057 \$
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	9 912 899 \$	8 415 423 \$
PASSIFS		
Emprunts temporaires	630 931 \$	1 097 290 \$
Autres créditeurs	5 291 373 \$	5 258 332 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence	1 188 905 \$	701 424 \$
Intérêts courus à payer	145 532 \$	149 969 \$
Revenus reportés	1 179 588 \$	983 572 \$
Dettes à long terme	22 483 655 \$	21 858 512 \$
Autres éléments	94 370 \$	78 443 \$
TOTAL DES PASSIFS	31 014 354 \$	30 127 542 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	-21 101 455 \$	-21 712 119 \$
ACTIFS NON FINANCIERS		
Immobilisations	21 504 190 \$	21 953 559 \$
Stocks de fournitures	415 103 \$	362 020 \$
Frais payés d'avance	256 311 \$	218 932 \$
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	22 175 604 \$	22 534 511 \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	1 074 149 \$	822 392 \$

Données statistiques CH - CHSLD

Imagerie médicale (Examens – Unités)	2011-2012	2010-2011
Nombre d'examens	20 993	20 257
Nombre d'unités – effectuées	333 077	310 085
Médecine de Jour : (Jours-soins, Usagers)		
Nombre de jours-soins	1 897	1 734
Nombre d'usagers	1 459	1 342
Courte Durée : (jours-présences)		
Médecine générale	8 343	7 465
Obstétrique	382	413
Pouponnière	323	411
Pédiatrie	208	149
Soins intensifs	774	661
Totaux	10 030	9 099
Longue Durée : (jours-présences)		
USLD 4 ^e étage – Présences	13 572	13 704
USLD 4 ^e étage – % Occupation	84 %	85 %
CHSLD Lac-Mégantic – Présences	14 625	15 043
CHSLD Lac-Mégantic – % Occupation	87 %	90 %
CHSLD Lambton – Présences	10 121	9 696
CHSLD Lambton – % Occupation	84 %	80 %
Totaux – Présences	38 318	38 443
Totaux – % Occupation	85 %	86 %
Obstétrique : (accouchements)		
Accouchements	150	160
Césariennes	20	19
Totaux	170	179
Bloc opératoire		
Chirurgie mineure (usagers)	397	307
Chirurgie majeure (usagers)	141	132
Endoscopie (examens)	1 178	986
Chirurgie d'un jour (usagers)	651	614
Totaux	2 367	2 039
Laboratoire (procédures – unités)		
Procédures	336 943	319 671
Unités	841 533	788 500



Données statistiques CH - CHSLD (suite)

Cliniques externes : (nombre de consultations)

	2011-2012	2010-2011
Cardiologie	794	668
Chirurgie	855	1 003
Endocrinologie	283	296
Gériatrie	81	101
Gynécologie	478	445
Médecine interne	2 043	2 191
Néphrologie	147	169
Neurologie	125	140
Ophtalmologie	2 852	1 883
Orthopédie	1 918	1 887
Oto-rhino-laryngologie	1 092	1 048
Pneumologie	640	563
Urologie	397	505

Totaux 11 705 10 899

Salle d'urgence : (nombre de visites)

Usagers ambulants	16 468	16 694
Usagers sous observation	3 789	3 549
Totaux	20 257	20 243

Électrocardiologie : (examens-unités)

ECG – Examens	6 818	6 036
ECG – Unités	81 816	72 432
Holters – Examens	447	404
Holters – Unités	33 525	30 300
ECG Effort – Examens	569	536
ECG Effort – Unités	17 070	16 080
Monitoring TA – Examens	70	----
Monitoring TA – Unités	4 550	----

Totaux – Examens 7 904 6 976

Totaux – Unités 136 961 118 812

Données statistiques CLSC

CENTRES D'ACTIVITÉS	2011-2012		2010-2011	
	Usagers	Interventions	Usagers	Interventions
5910 – Services psychosociaux Jeunes en difficultés	394	1 427	345	1 381
5930 – Services ambulatoires de santé mentale	348	2 680	368	2 590
5940 – Soutien dans la communauté santé mentale	38	1 433	38	1 330
6170 – Soins à domicile	795	10 592	800	10 695
6300 – Services de santé courants	1 898	8 107	1 684	6 848
6350 – Inhalothérapie à domicile	91	578	110	595
6510 – Santé parentale et infantile	1 119	2 545	1 003	2 259
6530 – Aide à domicile	138	8 820	150	8 359
6540 – Services dentaires préventifs	365	526	353	530
6560 – Services psychosociaux	1 061	7 127	1 010	6 558
6580 – Prév. et protection de la santé publique	3 524	4 091	3 183	3 761
6590 – Services scolaires	751	1 125	823	1 215
6860 – Audiologie et Orthophonie	83	288	61	353
7110 – Nutrition	306	418	310	403
7160 – Ergo et physiothérapie MAD	376	1 555	242	917
TOTAL	11 287	51 312	10 480	47 794
Usagers différents	8 145		7 638	
Activités médicales	270	588	872	1 609
Prélèvements		4 477		4 433
Action communautaire	20 groupes	101 rencontres	15 groupes	101 rencontres

La Fondation du CSSS du Granit, outil de développement indispensable

Un don à la Fondation du CSSS du Granit constitue le meilleur moyen d'améliorer et de maintenir l'offre de service et les équipements de pointe dédiés à la santé de la population locale et régionale.

La composition du conseil d'administration de la Fondation est la suivante :

Berthier Arguin, président
Monique Dallaire,
1^{ère} vice-présidente
Léon Ducharme,
2^e vice-président
André Veilleux, trésorier
Nicole Bilodeau, secrétaire
Lorraine Cloutier,
directrice
Luc Grondin, directeur
Gaétane Lacroix, directrice
Jean-Paul Pouliot, directeur
Pierre Latulippe, directeur général
du CSSS du Granit.

Au cours de l'année financière de la Fondation prenant fin le 31 décembre 2011, les dons perçus ont totalisé la somme de 154 579 \$ dont, entre autres, 41 449 \$ pour le tournoi de golf organisé par le personnel de l'établissement, 16 652 \$ pour la vente de billets pour le tirage de la Maison Desjardins, 44 557 \$ concernant les dons réguliers, 600 \$ en provenance du tournoi de quilles et 6 741 \$ pour les dons In Memoriam, grâce aux bonnes attentions et bons services du personnel de l'établissement. La présidence d'honneur du tournoi de golf tenu le 10 septembre 2011 et organisé par le personnel de l'établissement a été assumée avec succès par M. Claude Charron, homme d'affaires de Lac-Mégantic et pharmacien propriétaire du Jean-Coutu. Mme Maryse Boulanger a dirigé encore cette année avec virtuosité l'organisation du tour-

noi qui a accueilli 194 golfeurs et près de 235 personnes pour le souper.

Le tournoi constitue l'activité principale de la campagne de financement annuelle au profit de la Fondation du CSSS du Granit, qui permet à l'établissement d'acquiescer, au fil des ans, des équipements spécialisés que les budgets réguliers ne peuvent couvrir.

Les dons amassés auront permis de faire l'acquisition de plusieurs appareils et autres, parmi lesquels nous retrouvons notamment :

- Remplacement d'équipements au local de la pédiatrie;
- Laser en ophtalmologie;
- Stimulateur du nerf facial pour le traitement de la glande thyroïde;
- Mise à jour du logiciel d'échographie cardiaque en imagerie médicale.

En plus d'obtenir une contribution de 5 000 \$ du Groupe Jean-Coutu, le

président d'honneur et son épouse ont transformé les cadeaux reçus de leur mariage, en un don de 11 000 \$ à la Fondation.

L'établissement a également bénéficié de la générosité de sa Fondation en recevant un don de 231 748 \$ pour l'achat de divers équipements médicaux, tels que : mammographie, laser ophtalmique, rehaussement échographe, matelas thérapeutiques et fauteuils gériatriques.

La Fondation tient à souligner la contribution particulière de ses fidèles partenaires qui supportent généreusement ses activités, année après année : Promotuel Monts et Rives, les Caisses Desjardins de la MRC du Granit, le restaurant McDonald, le personnel de Tafisa Canada qui contribue à la source à toutes les semaines, ainsi que les dirigeants de l'entreprise qui doublent le total des dons de leurs employés.



À l'occasion du Tournoi de golf des employés du CSSS du Granit, une plaque honorifique a été dévoilée pour remercier le président d'honneur, Claude Charron, et son épouse Monique Cliche, objet qui aura sa place en pédiatrie, au siège social.

Traitement des plaintes et qualité des services

Le nombre de plaintes reçues durant l'année est passé de 26 à 19 pour l'exercice 2011-2012, et ce, au niveau des trois missions (CH – CHSLD – CLSC). Également, six plaintes ont été reçues concernant des professionnels, membres du CMDP. Celles-ci ont été traitées par le médecin examinateur. De plus, le commissaire a conclu trois interventions et effectué une consultation durant la période.

Le délai moyen pour conclure un dossier de plainte, par le commissaire, a été de 35 jours. Quant au médecin examinateur, le temps a été en dehors du délai prescrit de 45 jours, principalement en raison de difficulté à rencontrer les personnes concernées. Un dossier a été porté au Protecteur du citoyen et a été rejeté.

Le tableau ci-contre fait état des motifs de plaintes déposées selon la mission de l'établissement...

Les dossiers ont tous été analysés et diverses actions ont été posées dans les différents départements de soins et services concernés.

Le commissaire peut vous assurer du professionnalisme et de la volonté du personnel à contribuer à la démarche d'amélioration continue que la direction a mise en place. Il veut également souligner tous les efforts déployés par la directrice de la

qualité des services et des soins infirmiers pour sensibiliser le personnel à la nécessité d'appliquer toutes les recommandations concernant les mesures mises en place pour limiter les infections au CSSS du Granit.

Le médecin examinateur a poursuivi ses démarches afin d'améliorer le développement des connaissances du personnel médical, en milieu hospitalier et en lien avec les plaintes traitées.

Concernant la promotion du régime des plaintes, deux articles ont été publiés dans les journaux locaux à ce sujet et à celui des conséquences sur l'amélioration des services et de la qualité de ces services. De plus, des interventions ont eu lieu lors des assemblées publiques.

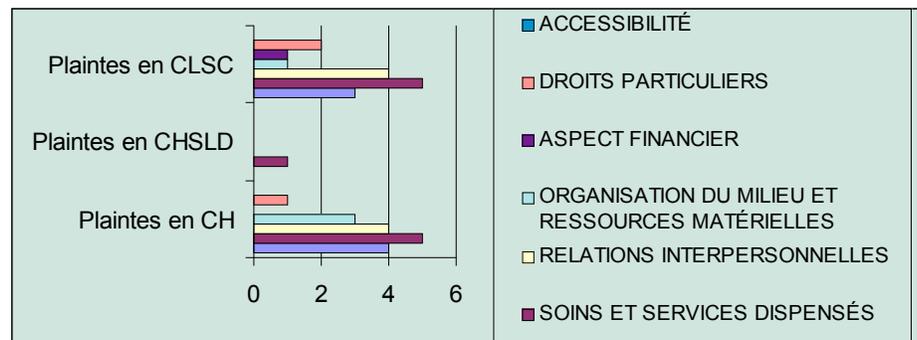
Le commissaire est présent aux réunions de rencontres avec les familles, lors des admissions en CHSLD. Il participe aussi à

l'assemblée annuelle du comité des usagers. Il assiste également à quelques assemblées régulières des Comités de résidents et de certaines assemblées du Comité des usagers.

Un rapport complet portant sur les plaintes reçues a été présenté au conseil d'administration de l'établissement, en fin d'année, ainsi qu'à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Il est à noter que le commissaire reçoit régulièrement des lettres ou des courriels commentant le professionnalisme du personnel de l'établissement et des médecins, et au sujet de la qualité des services reçus par les usagers.

Le commissaire tient à remercier les professionnels et les gestionnaires pour la grande collaboration de tous face à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services et de la satisfaction de la population du territoire.



Priorités organisationnelles 2012-2013

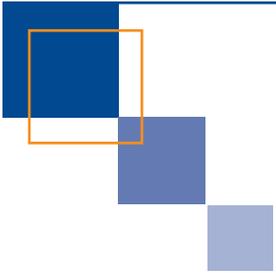
- Assurer le cheminement des projets majeurs en immobilisations :
 - Déposer le PFT à l'Agence ainsi qu'au Ministère et promouvoir son acceptation et l'obtention du budget le concernant;
- Relocalisation des soins intensifs – Promouvoir sa réalisation;
- Équilibre budgétaire de fin d'année :
 - Proposer et actualiser les mesures qui permettront à l'établissement de faire face à l'effort d'optimisation additionnel qui lui est imposé, tout en minimisant l'effet sur son offre de service;
 - Assurer les représentations requises auprès de l'Agence régionale;
 - Optimisation : analyser et actualiser différents scénarios d'optimisation des ressources : (administratif, soutien, clinique);
 - Collaborer aux différents travaux régionaux en cours;
 - Analyser et actualiser selon le cas différents travaux d'optimisation locaux;
 - Réaliser la démarche *Lean* aux

- soins à domicile (SAD);
- Assurer les travaux de pérennité des démarches *Lean* réalisées;
 - Analyser la clientèle utilisatrice des services de l'urgence et de la courte durée dans le but d'assurer les meilleurs modes de prise en charge;
 - Plan stratégique :
 - Assurer la mise à jour du plan stratégique (2015);
 - Atteindre les cibles des ententes de gestion;
 - Poursuivre des actions prévues aux projets cliniques;
 - Assurer l'actualisation des mesures des différentes démar-

- ches qualité en cours au sein de l'établissement :
- Agrément;
 - Ampro;
 - Trajectoire de la femme enceinte;
 - Initiative Ami des bébés;
 - Autres;
 - Planetree : Élaborer le plan d'action suite à la réalisation du diagnostic et poursuivre l'élaboration du concept;
 - Planification de la main-d'oeuvre :
 - Identifier les enjeux spécifiques;
 - Convenir de mesures d'attraction et de rétention du personnel.



Photo Robert Bellefleur



Annexe - Reddition de comptes 2011-2012 (ententes de gestion)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer*

Objectifs de résultats 2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.09.39 – Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	N/D	100%	N/D

Commentaires

L'indicateur 1.09.39 n'a pas été suivi en 2011-2012.

Nom : *Pierre Latubaye*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe :	<i>Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance</i>
--------------	--

Objectifs de résultats	2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté
-------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Réalisée</i>	<i>Non réalisée</i>
1.06.10 – Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	X	
1.06.11 – Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert		X

Commentaires

Indicateur 1.06.11

- Sera réalisé au plus tard à la période 13 en 2012-2013, tel que prévu selon l'échéancier des travaux régionaux.

Nom : *Pierre Latulippe*

Date : 30 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	<i>Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance</i>
-----------------------------	--

Objectifs de résultats	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire
	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves
	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.08.09 – Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS (mission CLSC)	347	355	305
1.08.05 – Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	23,8	35,0	22.5
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	N/D	Augmentation	64

Commentaires	
<p>Indicateur 1.08.09 La nouvelle méthode de calcul affecte notre résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des usagers ont été vus aux services généraux avec profil 410 soit 15 usagers (non retenu dans la méthode de calcul). - L'ajustement de la codification a fait en sorte d'augmenter le nombre d'usagers en services généraux et de diminuer le nombre en santé mentale soit 36 usagers. - Cette différence de 51 usagers traduit l'écart (50) avec la cible. - Notre cible 2012-2013 a été ainsi ajustée à 313 usagers. <p>Indicateur 1.08.05</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les usagers suivis en SIV ont été vus au moins 2 fois par période. Suite à la demande de service, cette clientèle est vue dans un délai de 2 jours. Il n'y a aucune liste d'attente. <p>Indicateur 1.07.05</p> <ul style="list-style-type: none"> - N'est pas calculé dans l'indicateur : 6 usagers ont été vus au programme alcochoix mais ne ressortent pas dans l'indicateur car ils ne sont pas vus par une équipe dépendance (profil 610) mais par les services généraux et santé mentale (profil 410 ou 420) 	
Nom : <i>Pierre Latulype</i>	Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Personnes ayant une déficience et leur famille*

Objectifs de résultats 2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.55 – Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) a été coordonné par l'établissement.	N/D	Augmentation	N/D

Commentaires

L'indicateur 1.55 n'a pas été suivi en 2011-2012.

Nom : *Pierre Latubiege*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du

** Résultats en date du

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.03.06 – Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux de services	57,6%	55,0%	

Commentaires

Suite à un comité directeur PALV, l'indicateur sera transmis le 25 mai 2012.

Nom : *Pierre Latulipe*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Adaptation des services*

Objectifs de résultats 2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

<i>Indicateurs</i>	<i>Réalisée</i>	<i>Non réalisée</i>
1.03.07 – Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier		N/A

Commentaires

- L'indicateur n'a pas été suivi par le MSSS en 2011-2012.

Nom : *Pierre Latubaye*

Date : 30 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Services de soutien à domicile*

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.03.01 – Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	570	>565	661
1.03.02 – Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	26,7	Suivi	25,7
<i>1.03.02 Numérateur – Somme des interventions différentes</i>	<i>15 232</i>	<i>16 001</i>	<i>16971</i>

Commentaires

Dans le cadre du développement PALV, nous avons augmenté considérablement le nombre d'utilisateurs vus soit 91 nouveaux utilisateurs.

Le nombre d'interventions a aussi connu une importante croissance de 11% soit 1739 de plus qu'en 2010-2011.

Nom : *Pierre Latulipe*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Diversification des milieux de vie*

Objectifs de résultats 2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.03.08 – Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	N/D	Augmentation	

Commentaires

RI-RTF : 35 RI
14 RTF (PALV et santé mentale)

Nombre de places dans d'autres ressources non institutionnelles associés au centre d'activité 5540 (RNI) : 7 (PALV et santé mentale)

Nombre de places dans des ressources résidentielles associées aux centres d'activités 7040 et 7050 : 0

Nombre de places disponibles en ressources d'habitation collectives visées par un projet novateur : 0

Nom : *Pierre Latulype*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	<i>Services sociaux et de réadaptation</i>
-----------------------------	--

Objectifs de résultats	<p>3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an
-------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.45.04.01 – taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Tous	N/A	90,0%	100%
1.45.04.02 – taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Urgent	N/A	90,0%	N/A
1.45.04.03 – taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Élevé	N/A	90,0%	100%
1.45.04.04 – taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – Priorité Modéré	N/A	90,0%	100%
1.45.05.01 – taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Tous	N/A	90,0%	100%
1.45.05.02 – taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Urgent	N/A	90,0%	100%
1.45.05.03 – taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Élevé	N/A	90,0%	100%
1.45.05.04 – taux des demandes de services traités, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – Priorité Modéré	N/A	90,0%	100%

Nom : <i>Pierre Zatulyspe</i>	Date : 30 mai 2012
--------------------------------------	---------------------------

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Médecine et chirurgie*

Objectifs de résultats 3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.09.20.03 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme centrale traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98%	90%	97%
1.09.20.04 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme centrale traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte)	90%	90%	96%
1.09.20.05 - Pourcentage de patients inscrits au mécanisme centrale traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	98%	90%	100%

Commentaires

Nom : *Pierre Lathuypere*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Médecine et chirurgie*

Objectifs de résultats 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.09.33.01 – Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (de calendrier)	100%	90%	67%

Commentaires

Un petit nombre soit 3 patients affecte rapidement les résultats car 1 patient a été vu hors délai.

Nom : *Pierre Lathuysse*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Urgences*

Objectifs de résultats 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière (pour un problème de santé mentale)
* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.08.07 – Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	8,4	<7,4	9,0
1.08.08 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	0,0%	0,0%	0,0%
1.08.81 – Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	1,9%	<15,0%	2,3%

Commentaires

- Pour les transferts des personnes ayant des problèmes de santé mentale, nous sommes dépendants du centre hospitalier Hôtel-Dieu puisque nous n'offrons pas de soins en santé mentale.

Nom : *Pierre Latubaye*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : Urgences

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.09.31 – Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	3,6%	<13,0%	5%
1.09.03 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0,1%	0,0%	0,4%
1.09.01 – Séjour moyen sur civière	9,1	<6,9	9,9

Commentaires

- Augmentation des personnes sur civière à l'urgence.
- Taux d'occupation de la médecine à 107%, ce qui amène un engorgement en courte durée.
- Nouveau personnel à l'urgence depuis septembre, moins à l'aise avec la méthode LEAN.
- 2 éclosions (gastro et influenza) ont rendu l'accès en courte durée plus difficile.

Nom : *Pierre Dato*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Urgences*

Objectifs de résultats 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière (des personnes de 75 ans et plus)
* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.09.02 – Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	9,9	<7,7	11,5
1.09.04 – Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0,2%	<0,1%	0,6%
1.09.41 – Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,3%	<15,0%	7,6%

Commentaires

Indicateur 1.09.02

- Augmentation des personnes sur civière à l'urgence.
- Taux d'occupation de la médecine à 107%, ce qui amène un engorgement en courte durée.
- Nouveau personnel à l'urgence depuis septembre, moins à l'aise avec la méthode LEAN.
- 2 éclosions (gastro et influenza) ont rendu l'accès en courte durée plus difficile.

Indicateur 1.09.04

- Représente seulement 5 séjours hors cible dans toute l'année

Nous tenons à préciser que dans le dernier palmarès provincial des urgences, nous sommes 2^e sur 44 établissements dans notre catégorie. Nous avons obtenu A-.

Nom : *Pierre Latulype*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Santé mentale*

Objectifs de résultats 3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès :

- aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours
- aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats*</i> 2010-2011	<i>Cibles</i> 2011-2012	<i>Résultats**</i> 2011-2012
1.08.11 – Pourcentage d'utilisateurs dont les services spécifiques de santé mentale 1 ^{re} ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 30 jours	N/D	90,0%	N/D

Commentaires

L'indicateur 1.08.11 n'a pas été suivi en 2011-2012.

Nom : *Pierre Latubaye*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du

** Résultats en date du

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	<i>Contrôle des infections nosocomiales</i>
-----------------------------	---

Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis
-------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
1.01.19 – Pourcentage des taux d'infections nosocomiales inférieures ou égaux aux taux établis	50%	100%	N/D

Commentaires

Malgré que nous ne soyons pas en mesure de transmettre les résultats en provenant de la santé publique (disponibles en juin seulement), nous avons posées ou maintenues différentes actions afin prévenir les infections nosocomiales dans notre établissement, par exemple :

- La création d'un programme de PIN s'adressant à tous le personnel, les prestataires de services, les usagers, les stagiaires, les visiteurs et les bénévoles identifiant le but d'un tel programme et les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs des soins et services du CSSS du Granit.
- La description de tâches de chacun des employés a aussi été modifiée pour y inclure la notion d'imputable pour tous dans la prévention des infections nosocomiales.
- Une mise à jour de notre politique relative à la gestion de cas de gastro-entérite
- La création d'une politique sur la présence d'animaux dans l'établissement (Planetree)
- Intensification de nos mécanisme de collaboration quant à l'application des politiques et procédures auprès des différents acteurs concernés par :
 - l'élaboration d'un outil rapide de gestion des éclosions pour les gestionnaires de garde
 - l'élaboration d'un outil de suivi des infections des champs opératoire et de l'antibioprophylaxie en temps opportun
 - des visites quotidiennes aux unités de soins;
 - une sensibilisation accrue des gestionnaires à l'importance de l'application des politiques et procédures et à l'augmentation des problèmes infectieux émergents dans la communauté
 - Références à quelques reprises à la santé publique et à l'équipes de médecins infectiologies et infirmière en PIN du CHUS
 - Nouvelle distribution dans notre CSSS, des bilans des éclosions des établissements limitrophes et des avis du MSSS en vue de dépistage de la clientèle en provenance des ces établissements (Ex : ERV)
 - Gestion plus efficace des éclosions par des rencontres pré et post éclosions avec les acteurs concernés (chef de service, directeur, infirmière en PIN, responsable hygiène salubrité et cuisine) et par une analyse approfondie des situations d'éclosion et un plan d'amélioration.
 - Les résultats d'analyse des taux d'infection sont partagés systématiquement aux équipes de soins afin de les amener à adopter des mesures de prévention appropriées et de changer leurs comportements.

- Sensibilisation et formation dans l'action par l'infirmière en PIN sur les pratiques de base et les précautions additionnelles du personnel notamment dans les périodes d'éclosion
- Entretiens téléphoniques en support à deux résidences privées de personnes âgées au prise avec des éclosions de gastroentérite avec augmentation des visites des infirmières de soutien à domicile responsable des résidences. (prévenir visites en CH)
- Communication/information à la population par des articles dans le journal interne, affichage, capsule à la radio locale, dépliant sur le lavage des mains remis dans nos pochettes d'accueil.

Nom :

Pierre Datalyffe

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau*

Objectifs de résultats	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

<i>Indicateurs</i>	<i>Réalisée</i>	<i>Non réalisée</i>
3.08 – Pourcentage d'établissements et d'Agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	X	
3.09 – Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation de travail	X	

Commentaires

Indicateur 3.08

- PMO révisé pour la période 2013-2015 pour s'ajuster au plan stratégique de l'établissement.
- Interventions terminales pour le plan 2008-2012.
- Présentation au comité local PMO prévue le 23 mai 2012.

Indicateur 3.09

- Démarche d'optimisation LEAN pour les services d'urgence et de soins de courte durée.
- Démarche de réorganisation du travail pour les soins de longue durée (MOPP).

Nom : <i>Pierre Latulype</i>	Date : 30 mai 2012
-------------------------------------	---------------------------

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau*

Objectifs de résultats	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
3.05.01 – Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du réseau - Infirmières	6,62%	<5,62%	6,39%
3.05.02 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières et par l'ensemble du réseau – Ensemble du réseau	3,39%	<3,26%	3,59%
3.06.01 – Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers - Infirmières	0,03%	0,50%	0,0%
3.06.02 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers – Infirmières auxiliaires	0,00%	0,00%	0,0%
3.06.03 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers – Préposé aux bénéficiaires	0,00%	0,00%	0,0%

Commentaires

Résultats à la période 12

Indicateurs 3.05.01 et 3.05.02

- Effets de la pénurie chronique de main-d'œuvre.
- Effets des absences pour congés parentaux.
- Recrudescence de la demande pour les soins et les services dans plusieurs centres d'activités.

Indicateurs 3.06.01 – 3.06.02 – 3.06.03

- L'établissement s'est déjà positionné à l'effet de ne pas ou peu recourir à la M.O.I.

Nom : *Pierre Latubaye*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 26 février 2011 (P12)

** Résultats en date du 25 février 2012 (P12)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Rétention et mieux-être au travail*

Objectifs de résultats 5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
3.01 – Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	4,79%	<5,50%	4,83%

Commentaires

Résultats à la période 12

Indicateur 3.01

- Suivi rigoureux et systématique des dossiers d'absence.
- Recours systématique aux mesures pour favoriser la présence au travail tels que réadaptation, assignation temporaire, travaux légers modifiés.
- Formule d'aménagement du temps de travail pour la période estivale 2011 destinée au personnel infirmier/infirmier auxiliaire.

Nom : *Pierre Latulype*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 26 février 2011 (P12)

** Résultats en date du 25 février 2012 (P12)

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention : *Rétention et mieux-être au travail*

Objectifs de résultats

5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé

5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

<i>Indicateurs</i>	<i>Réalisée</i>	<i>Non réalisée</i>
3.13 – Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail		X
3.14 – Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	X	
3.10 – Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat		X

Commentaires

Indicateur 3.13

- L'établissement s'est inscrit à titre de membre affilié au Réseau Planetree comme première démarche vers son accréditation.

Indicateur 3.14

- Agrément obtenu avec certaines conditions sous forme rapport en avril 2011.

Indicateur 3.10

Nous avons un pourcentage d'atteinte qui varie grandement de 100 % pour la première cohorte à 20 % pour la seconde.

En début d'année, une première cohorte de 2 infirmières et 2 infirmières auxiliaires qui ont toutes été rencontrées pour une moyenne de 8.9 heures par personne (de mai à août 2011).

Nous avons 3 précepteurs (2 infirmiers et 1 infirmière auxiliaire). Ratio 1précepteur :1 inf. en raison de celles-ci sur différents quart de travail. Un sondage de satisfaction s'est révélé positif.

Pour la deuxième cohorte de 6 infirmières (pas d'auxiliaire au départ de celle-ci), nous avons dû cesser le programme après quelques rencontres seulement. Malgré le ratio diminué de 1 précepteur : 6 inf. L'arrêt du programme s'est fait pour les raisons suivantes :

- Nous n'étions plus en mesure de libérer le précepteur re : grave pénurie de personnel et l'intensification de la demande de services (occupation lit Courte Durée de 127%)
- Nous avons eu 2 refus consécutifs des deux projets d'entente présentés à la FIQ (enjeux contextuels)
- Refus de la FIQ de faire participer les membres à la retraite à titre de précepteur.
- Actuellement, des travaux se poursuivent avec le syndicat afin d'instaurer une nouvelle façon d'appliquer le programme qui correspondrait davantage aux attentes du personnel qu'il représente.

Nom : *Pierre Latulippe* **Date :** 30 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe : Maladies infectieuses - Vaccination

Objectifs de résultats L'augmentation des enfants recevant leurs vaccins dans les délais convenus

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats*</i> 2010-2011	<i>Cibles</i> 2011-2012	<i>Résultats**</i> 2011-2012
1.01.14 – Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-Polio Hib dans les délais	73,2%	85,0%	90,4%
1.01.15 – proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	45,2%	85,0%	73,6%
1.01.16.01 – Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1 ^{re} dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	N/D	85,0%	73,1%

Commentaires

Indicateurs 1.01.15 et 1.01.16.01

- Nous travaillons à l'implantation des 11 stratégies ciblées au plan d'action pour la vaccination des 0-2 ans.

Nom : *Pierre Latubay*

Date : 30 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe : *Trajectoire des clientèles gériatriques et clientèles transitant par l'hôpital*

Objectifs de résultats

- Respecter la cible quotidienne de trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS pour chacune des catégories;
- Le taux respectifs de déclaration en hébergement à partir du centre hospitalier doit diminuer pour se situer à moins de 5%

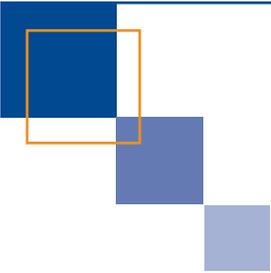
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats** 2011-2012</i>
4.01.01 – Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	<3,0	0,0
4.01.02 – Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	0,2	<3,0	0,0
4.01.03 – Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	<3,0	1,6
4.01.04 – Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	<3,0	0,0
4.01.05 – Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	0,1	<3,0	0,0
4.01.06 – Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	0,0	<3,0	0,0
4.01.07 – Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	<3,0	0,0
4.01.08 – Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	5,79%	<5,00%	4,75%

Nom : *Pierre Latulipe*

Date : 30 mai 2012

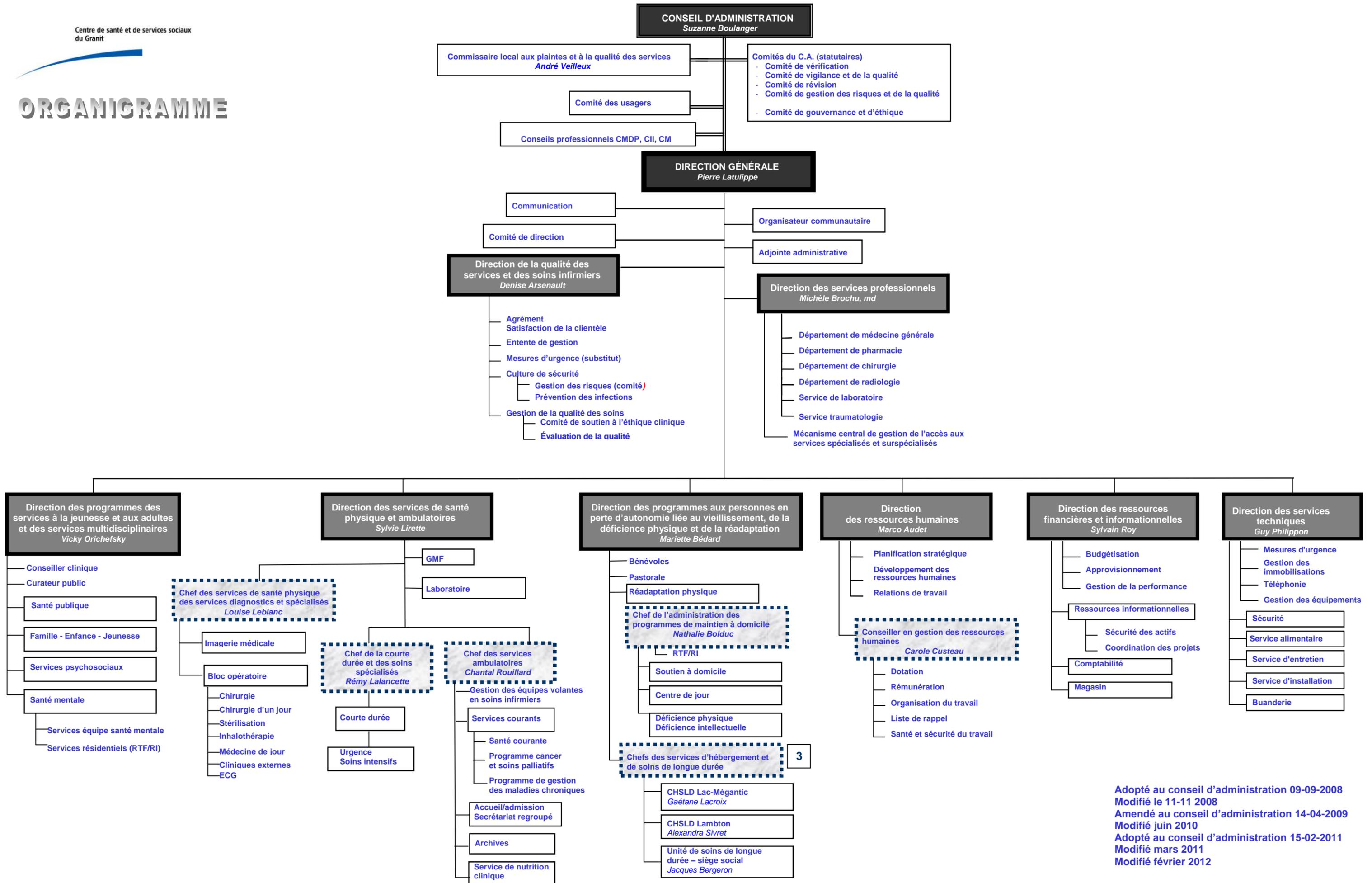
* Résultats en date du 31 mars 2011

** Résultats en date du 31 mars 2012



Organigramme du CSSS du Granit

ORGANIGRAMME



Adopté au conseil d'administration 09-09-2008
Modifié le 11-11 2008
Amendé au conseil d'administration 14-04-2009
Modifié juin 2010
Adopté au conseil d'administration 15-02-2011
Modifié mars 2011
Modifié février 2012