Centre de santé et de services sociaux
du Granit

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2013 - 2014

Une organisation sensible aux besoins de sa population

Centre de santé et de services sociaux
du Granit

Le **Rapport annuel de gestion 2013-2014** est publié par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit. Adopté par le conseil d'administration de l'établissement, à son assemblée du mardi 9 septembre 2014, il sera présenté lors de son assemblée générale annuelle, tenue le mardi 14 octobre 2014.

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.

Photos de la couverture et des pages intérieures : Ronald Martel, sauf mention contraire.

Impression : Louise Cameron.

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
3e trimestre de 2014
Tous droits réservés.

Message officiel de la présidente et du directeur général 4
Conseil d'administration 6
Comité de direction et Code d'éthique et de déontologie 7
La mission du CSSS du Granit 7

Présentation de l'établissement

- L'organisation et ses composantes 8
- Les valeurs organisationnelles 9
- Déclaration sur la fiabilité des données et contrôles afférents 9
- Territoire et caractéristiques santé 10
- Priorités organisationnelles 2014-2015 11

Activités de l'établissement

- Direction de la qualité des services et des soins infirmiers 12
- Direction des services professionnels 14
- Direction des programmes des services à la jeunesse et aux adultes et des services multidisciplinaires 16
- Direction du programme de santé physique et des services ambulatoires 18
- Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes aînées (SAPA), de la déficience physique et de la réadaptation 20
- Direction des ressources financières et informationnelles 22
- Direction des ressources humaines 24
- Direction des services techniques 26

Conseils et comités

Conseil des infirmières et infirmiers (CII) et des infirmières auxiliaires (CIIA) 28
Conseil multidisciplinaire (CM) 29
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 30
Comité de gestion des risques 31
Le bénévolat au CSSS du Granit 32
Comité de vigilance et de la qualité 33
Comité de vérification 34
Comité de gouvernance et d'éthique du c. a. 34
Comité des usagers du CSSS du Granit 35
La Fondation du CSSS du Granit, outil de développement indispensable 36
Traitement des plaintes et qualité des services 37
États financiers - État des résultats au 31 mars 2014 38
État des surplus cumulés 40
État de la situation financière 41
État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) 42
État des flux de trésorerie 43
Données statistiques des activités 44
Déclaration des vérificateurs 47
État du suivi des réserves, commentaires et observations 49
Rapport de la direction au sujet des états financiers 50
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 51
Annexe - Reddition de comptes 2013-2014 (ententes de gestion) 55
Organigramme du CSSS du Granit 76

Message officiel de la présidente et du directeur général

Suzanne Boulanger, Présidente

Il nous fait grandement plaisir de vous présenter le présent rapport annuel de gestion des activités du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit pour l'année terminée le 31 mars 2014.

D'entrée de jeu, nous devons informer le lecteur que le parcours de l'année a été affecté, de façon significative, par le triste événement du 6 juillet 2013, une tragédie qui nous a incité, évidemment, à ajuster notre offre de service afin de bien supporter la population de Lac-Mégantic et de toute la MRC, qui en avait grandement besoin.

D'emblée, qu'il nous soit permis de souligner le fort engagement ainsi que la contribution particulière de tout notre personnel et de nos médecins, qui se sont serrés les coudes afin de supporter leur population et leurs collègues de travail et ainsi, d'assurer la continuité des activités de l'établissement. Il faut également souligner à nouveau le support colossal obtenu de nombreux professionnels et partenaires venus de l'extérieur, support qui a fait toute la différence.

Nous tenons également à mentionner l'appui indéfectible du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, qui nous ont fourni un soutien exemplaire, de même que les ressources nécessaires afin de bien traverser la période de crise qui a suivi l'événement et la période de rétablissement de la population qui est toujours en cours.

Considérant la nature exceptionnelle du sinistre, il se révélait nécessaire de combler l'important besoin en services psychosociaux de la population sinistrée, ce qui est encore le cas aujourd'hui. En effet, dans les heures et les jours qui ont suivi la catastrophe, c'est plus d'une centaine d'intervenants sociaux de l'Estrie et de plusieurs autres régions du Québec qui sont venus prêter main-forte aux Méganticois qui en avaient bien besoin.

> Il se révélait nécessaire de combler l'important besoin en services psychosociaux de la population sinistrée

En ce qui concerne la phase du rétablissement de notre population, amorcée en octobre dernier, l'équipe dédiée à ce rôle est composée d'une douzaine d'intervenants de qualité qui multiplient les interventions individuelles et de groupes, selon les besoins évolutifs qui se manifestent. S'il y a un aspect positif qu'on peut retirer de cet événement, c'est que le réseau de la santé et des services sociaux est solide et fonctionne très bien, et qu'on peut compter sur la solidarité de tous ses acteurs lorsque le besoin s'en fait sentir.

Les objectifs annuels de l'établissement pour l'année 2013-2014 ont été tout de même atteints, malgré cet important événement. Ainsi, les actions annuelles prévues pour la réalisation de notre plan

stratégique ont été malgré tout effectuées en majeure partie grâce à l'effort de tous.

Sur le plan des projets d'immobilisations sur la planche à dessein, la préparation des plans et devis du projet majeur prévoyant la relocalisation du service des soins intensifs et de la réadaptation physique ont été poursuivis alors que les travaux débuteront à l'été 2014. Quant au projet majeur concernant l'édification d'une construction neuve, connexe au centre hospitalier et regroupant les lits d'hébergement et de soins de longue durée du 4e étage, ainsi que ceux de notre installation située dans le quartier Notre-Dame-de-Fatima, les discussions se poursuivent avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Également, les travaux préparatoires à la visite d'agrément, initialement prévue en mars 2014, mais reportée en mai, ont suivi leur cours, permettant à l'organisation de poursuivre sa trajectoire en continue concernant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services dédiés à la clientèle. À la suite de cette visite, la direction de l'établissement était d'ailleurs très fière du résultat obtenu de 97 % de conformité aux quelque 2200 normes évaluées.

Sur le plan financier, les résultats de fin d'année indiquent un léger surplus. C'est grâce à la contribution de tous que cet excellent résultat a été obtenu sans apporter de réduction à notre offre de service, malgré l'important effort financier qui nous était demandé pour une quatrième année consécutive. L'équilibre budgétaire sera d'ailleurs un enjeu prioritaire de la prochaine année, étant informés de réductions additionnelles significatives qui seront appliquées à notre budget.

En terminant, nous désirons remercier l'ensemble du personnel ainsi que les nombreux bénévoles de l'établissement pour le travail qu'ils ont réalisé auprès de la clientèle 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 de services offerte à notre population.

Suzanne Boulanger,
Présidente du conseil d'administration

Pierre Latulippe,
Directeur général

Pierre Latulippe,
Directeur général

Le Conseil d'administration

Suzanne Boulanger, présidente

Guy Sénéchal, vice président

Pierre Latulippe, directeur général

Le conseil d'administration du CSSS du Granit se composait, au 31 mars 2014, de Suzanne Boulanger, présidente (Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie), Guy Sénéchal, vice-président (population), Piere Latulippe, directeur général du CSSS du Granit et secrétaire d'office du c. a., Mariette Bédard (Comité des usagers du CSSS du Granit), Madeleine Bélanger (Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie), Valérie Blais (Conseil des infirmières et infirmiers), Sylvie Bureau (population), Dr Gérard Chaput (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens), Roger Charbonneau (membre coopté), Guy Cloutier (membre coopté), Gérard Declerck (membre coopté), Christine Dubé (membre cooptée, représentante des organismes communautaires), Jean-Guy Fredette (Fondation du CSSS du Granit), Lisette Lachance (Comité des usagers du CSSS du Granit), Conrad Lebrun (membre coopté), Manon Monfette (Conseil multidisciplinaire), Alain Rodrigue (personnel non clinique) et Bernard Saucier (membre coopté).

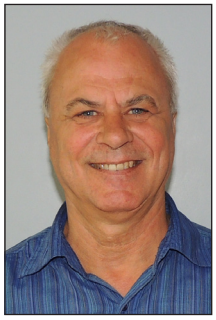
(Entre parenthèses : organisme ou entité que le membre représente. Membre coopté : membre nommé par les élus des instances entre eux, avec certaines spécificités à respecter.)

Mariette Bédard

Madeleine Bélanger

Valérie Blais

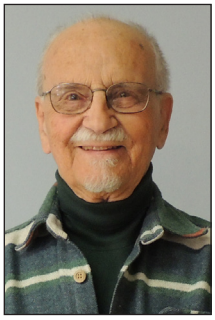
Sylvie Bureau



Gérard Chaput

Roger Charbonneau

Guy Cloutier



Gérard Declerck

Christine Dubé

Jean-Guy Fredette

Lisette Lachance

Conrad Lebrun

Manon Monfette

Alain Rodrigue

Bernard Saucier

Le Comité de direction 7

Le Comité de direction du CSSS du Granit se composait, au 31 mars 2014, des personnes suivantes : assis devant, Vicky Orichefsky, directrice des programmes des services à la jeunesse et aux adultes et des services multidisciplinaires, Pierre Latulippe, directeur général, et Sylvie Lirette, directrice du programme de santé physique et des services ambulatoires. Debout à l'arrière, Denise Arsenault, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers, Sylvain Roy, directeur des ressources financières et informationnelles, Dre Michèle Brochu, directrice des services professionnels, Guy Philippon, directeur des services techniques, Nathalie Bolduc, directrice des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées, de la déficience physique et de la réadaptatiohn, et Marco Audet, directeur des ressources humaines.

Code d'éthique et de déontologie 7

Le Code d'éthique et de déontologie définit avec précision les obligations et les devoirs généraux des administrateurs qui composent le conseil d'administration.

Pour l'année 2013-2014, aucun manquement quant aux règles du Code d'éthique et de déontologie n'a été constaté au conseil d'administration de l'établissement.

La version intégrale de ce document peut être obtenue en s'adressant à la direction générale du CSSS du Granit. Le lecteur peut prendre connaissance également d'un résumé du Code à la page 51.

La mission du CSSS du Granit 7

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

Prenant à coeur sa responsabilité populationnelle, il offre des services de prévention, des soins de santé et de services 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, utilisant des mécanismes de référence optimaux.

L'organisation et ses composantes

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit remplit trois grandes missions, en tant qu'établissement multivocationnel, soit celles de centre hospitalier (CH), de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de centre local de services communautaires (CLSC).

Sa large gamme de soins et services s'étale sur quatre sites établis dans trois agglomérations de la MRC du Granit, soit Lac-Mégantic, Lambton et Saint-Ludger.

1

2

3

SIÈGE SOCIAL (photo 1)

- **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. Il est situé au 3569, rue Laval, à Lac-Mégantic.

CHSLD LAC-MÉGANTIC (photo 2)

- Un deuxième point de service, **CHSLD Lac-Mégantic** au 3675, rue du Foyer, à Lac-Mégantic, dessert la population, avec 46 lits de soins de longue durée au permis.

CHSLD LAMBTON (photo 3)

- **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; son adresse : 310-A, rue Principale, à Lambton.
- **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, au besoin. Si cette prise en charge initiale du patient nécessite une intervention chirurgicale, le CSSS du Granit est en mesure d'effectuer cette intervention, grâce à la disponibilité d'un spécialiste en chirurgie générale.

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 525 employés, au 31 mars 2014, 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 profitant d'activités sportives et de plein air régénératrices sur le plan personnel, pour qui veut en profiter.

L'établissement offre aussi un service de mammographie inscrit au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), un investissement de sa Fondation devenu un bel avantage pour la population féminine locale.

Les valeurs organisationnelles

Voici les valeurs prioritaires du CSSS du Granit, en cohérence avec le choix du conseil d'administration et de la direction de privilégier l'humanisation des soins et la qualité des services offerts à la population de la MRC du Granit.

- **Le RESPECT :** Accueil et accompagnement de qualité pour tous ceux qui se prévalent des services de l'établissement ou qui viennent y travailler, dans le respect de la dignité des usagers et la confidentialité des informations qui les concernent.
- **La COLLABORATION :** Le travail en équipe et l'entraide font partie des valeurs fortes qui distinguent toute personne qui a choisi d'oeuvrer au sein du CSSS du Granit. L'écoute, l'ouverture et la transparence témoignent de la confiance qui y règne et permettent à chacun d'évoluer sereinement.
- **La RESPONSABILISATION :** L'engagement du pesonnel et son professionnalisme reconnu dans l'exécution du travail de tous les jours représentent la base idéale pour garantir une offre de soins et de services sécuritaires et de grande qualité.
- **La PERSONNALISATION DES SERVICES :** Le CSSS du Granit favorise les services et les relations humaines personnalisés et teintés d'humanisme. Ses équipes de travail assurent un accueil chaleureux et souriant aux clientèles ainsi qu'aux collègues de travail. La préoccupation de répondre de façon adéquate aux besoins des usagers a pour conséquence une qualité de l'écoute manifestée par chacun des membres travaillant au sein de l'organisation.

Déclaration sur la fiabilité des données et contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité 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 2013-2014 du CSSS du Granit, ainsi que les contrôles y afférant, sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Pierre Latulippe,
Directeur général

Territoire et caractéristiques santé

Avec ses 2731,8 kilomètres carrés, la MRC du Granit occupe le premier rang en Estrie pour la superficie et elle correspond exactement au territoire desservi par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit.

Sa population, la clientèle donc de l'établissement, compte 22 396 personnes, demeurant dans ses 20 municipalités, dont la ville-centre de Lac-Mégantic (qui représente 26 % de sa population totale).

La MRC du Granit, qui n'est habitée que par 8,2 individus par kilomètre carré, est la moins densément peuplée avec seulement 7,4 % de la population estrienne.

VOLET SOCIOÉCONOMIQUE - Faits saillants

- Le niveau de scolarité des plus de 25 ans reste inférieur à celui du reste du Québec, même s'il s'améliore, d'une année à l'autre. La MRC du Granit reste quand même la moins scolarisée des sept MRC estriennes.
- Cependant, les conditions socioéconomiques évoluent positivement, un facteur d'influence important pour la santé d'une population.
- En 2005, malgré un revenu moyen généralement inférieur à celui de l'Estrie, 10,3 % de la population de la MRC vivait sous le seuil de faible revenu, contre 17,2 % au Québec, ce qui traduit un meilleur tableau quant à la défavorisation économique pour la population granitoise.

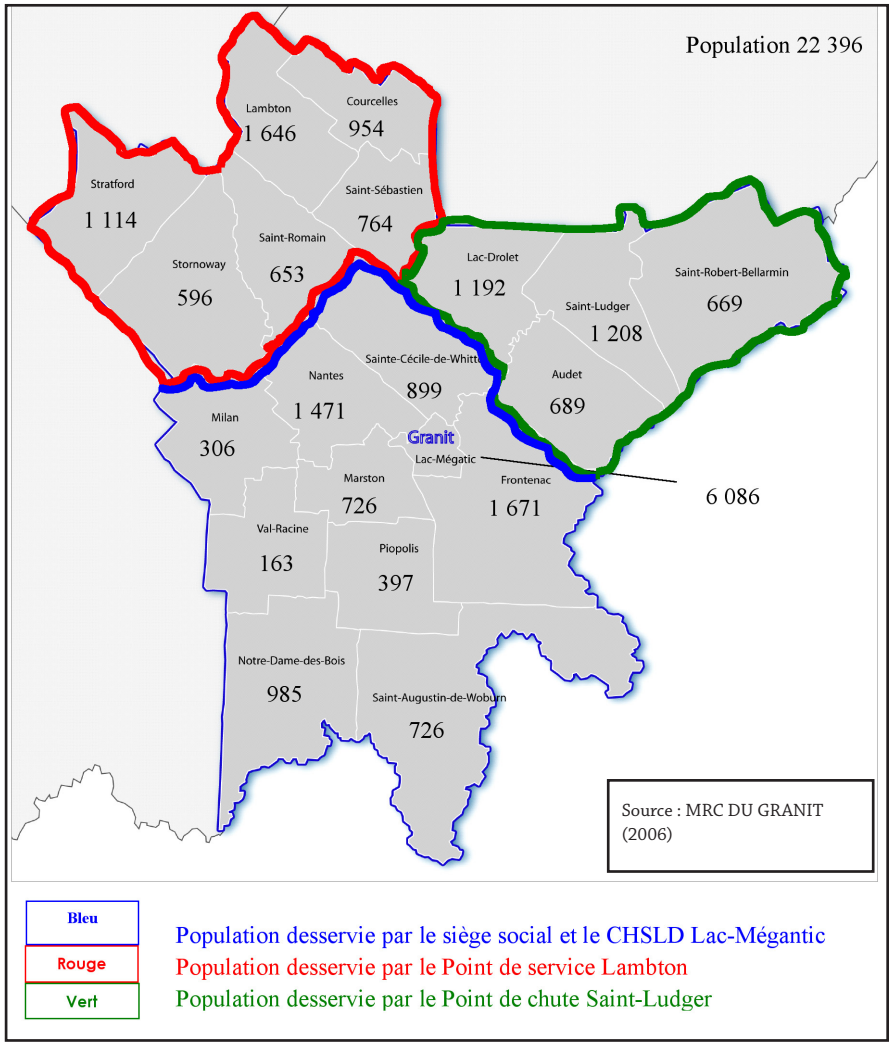
VOLET SANTÉ - Faits saillants

- Les Granitois ont une espérance de vie de 82 ans pour les femmes et de 77 ans pour les hommes, ce qui est comparable au reste du Québec.
- La MRC se caractérise par le déclin démographique de ses jeunes. En effet, la MRC vient au troisième rang pour l'âge moyen parmi les sept MRC de l'Estrie. Sa population vieillit plus rapidement que le reste du Québec.
- Les familles du Granit comptent plus d'enfants qu'ailleurs au Québec, avec 1,71 enfant par rapport à 1,48, ce qui ne suffit pas à renouveler la population de la MRC.

Conséquemment, il n'est pas surprenant que la MRC du Granit domine pour :

- Le taux de personnes âgées vivant en institution;
- Le nombre d'interventions en angioplastie et arthroplastie de la hanche;
- Le taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée;
- L'incidence des lésions professionnelles, accidents de travail, etc.;
- Le pourcentage de mortalité pour des conditions associées à la consommation d'alcool (ex. : cirrhose du foie);
- Le taux de fumeurs chez les jeunes du secondaire.

Par ailleurs, le taux de participation des femmes du Granit à la prévention du cancer du sein, par le biais de la mammographie, qui s'avère plus élevé que celui de la participation des femmes, en général, au Québec.



Conformément aux orientations privilégiées dans la Planification stratégique 2013-2015 du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit, les objectifs prioritaires suivants ont été adoptés pour l'année 2014-2015 :

- Travailler à l'élaboration de la Planification stratégique 2015-2020;
- Réaliser le projet de relocalisation des soins intensifs et de l'unité de réadaptation (PFT), à commencer par le lancement des appels d'offres jusqu'à la fin des travaux;
- Continuer les démarches importantes en vue de l'adhésion du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au projet CHSLD (PFT), soit le dépôt officiel, le financement du projet, etc.;
- Face à l'effort d'optimisation du budget qui est imposé à l'établissement, s'assurer d'adopter les mesures permettant d'atteindre l'équilibre budgétaire, tout en minimisant l'effet sur l'offre de service à la clientèle;
- Réaliser les mesures des plans d'action visant l'augmentation des activités du bloc opératoire et l'optimisation du fonctionnement du service;
- Poursuivre les actions visant l'implantation du concept *Planetree* et démarrer la formation du personnel à cet effet;
- Continuer à investir les efforts nécessaires pour l'actualisation des mesures d'optimisation des ressources;
- Assurer le maintien des activités de rétablissement s'adressant à la population, conséquemment à la tragédie du 6 juillet 2013.

Direction de la qualité des services et des soins infirmiers

Denise Arsenault, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers

MISSION

La Direction de la qualité des services et des soins infirmiers voit au respect de hauts standards de qualité, dans toute l'organisation du CSSS du Granit, et particulièrement au sein des départements ayant à fournir des soins infirmiers.

LES SERVICES DE LA DIRECTION

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

- L'amélioration de façon continue de la qualité en respect des normes;
- L'efficience 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'OIIQ en regard du travail fait par les externes et les candidates à l'exercice de la profession d'infirmière;
- Le rôle de substitut du coordonnateur du plan des mesures d'urgence et la coordination de la lutte contre d'éventuelles pandémies;
- La poursuite de l'implantation de la philosophie Planetree;
- Responsable de l'implantation d'un poste d'infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPS-PL).

LES RÉALISATIONS 2013-2014

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services

Un suivi des rapports du coroner, du protecteur du citoyen et du commissaire régional aux plaintes a mené à l'élaboration de rapports au Comité de vigilance par la DQSSI, qui incluaient des activités de formation, d'évaluation et d'audits. Les activités décrites ont été effectuées ou coordonnées par et/ou avec la collaboration des conseillères Nathalie Goupil et Lucie Foley.

Mise à jour du programme de prévention des chutes.

Révision de la politique sur les mesures de contrôle, en collaboration avec la DSAPA.

Formations données au personnel :

- Prévention du suicide (urg, CD et SAD);
- Participation à la formation Approche adaptée à la personne âgée (CG et urg);
- Soutien à l'équipe santé mentale (PTI et notes au dossier);
- Contribution inf. auxiliaires aux soins et à la thérapie intraveineuse;
- Coordination de la formation sur les pompes à perfusion;
- Évaluation état mentale;
- Soins des cathéters veineux centraux;
- Prévention des infections;
- Prévention et traitement des plaies de pression;
- Soutien à la formation sur la gestion des comportements difficiles liés à la démence (CD et LD);
- AGIR auprès des résidences pour personnes âgées.

Développement de divers outils cliniques pour aider l'évaluation de la douleur, l'évaluation post-chute et la dysphagie.

Activités liées au préceptorat : formation de deux préceptrices infirmières (Manon Fluet et Johanne Faucher) et d'une infirmière auxiliaire (Claudia Drouin);

Coordination de l'activité préparatoire à l'examen de l'OIIQ (ÉCOS);

Participation réseau estrien + national (AQESSS) à la validation des méthodes de soins infirmiers;

Participation au comité d'achat obligation de l'agrément;

Mise en œuvre de la politique d'optimisation des soins de plaie : amélioration de la qualité observée;

Production en coll. avec la DSAPA d'un « Guide décisionnel à l'usage de l'infirmière auxiliaire en l'absence de l'infirmière en soins de longue durée »;

Développement de tableaux de bord pour le suivi des audits qualité pour les différents services.

Des résultats remarquables ont été observés à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (100 % de réponse aux normes) et en longue durée pour la diminution du taux de contentions appliquées :

Sites	Taux avril 2013	Taux mars 2014
Lambton	32 %	25 %
Lac Még	37 %	22 %
USLD	86 %	33 %
Taux visé par le MSSS : 25 %		

Note : Constat d'une diminution des heures de mise en place ainsi que la diminution du nombre. Les contentions sont peu utilisées en CD plutôt service privé.

Formation reçue de l'Institut national santé publique pour gérer plus efficacement les éclosions de grippe saisonnière et de gastro-entérite. Denise Arsenault, DQSSI, et Élise Lacombe sont membres d'office des comités ad hoc lors d'éclosions.

Sûreté des soins et services par la gestion des risques et la PCI

Les activités de surveillance du comité de gestion des risques (CGR) ont été assurées par Élise Lacombe, CQSSI. Voir les tableaux des surveillances des incidents/accidents et des infections nosocomiales.

Elle a repris avec succès les travaux préparatoires à la visite d'agrément, après trois mois d'absence, dont :

- L'élaboration/mise à jour des politiques/procédures suivantes : gestion des éclosions, gestion d'éclosion de grippe saisonnière et de gastro-entérite;
- L'élaboration de formations adaptées en PCI et données aux bénévoles, CEPI, inf. auxiliaires et stagiaires;
- Le suivi de l'inscription au SISSS de la part des chefs de service, tel que demandé par le MSSS;
- La mise à jour, en collaboration avec Mélanie Nogue, du cartable de référence en entretien ménager, avec formation sur les nouvelles affiches;
- La oordination de la formation donnée par Johanne Faucher à des prestataires de soins et services, liée à l'implantation du nouveau formulaire AH-223, le 1er avril 2014.

Ententes de gestion

Nous avons maintenu l'offre de service de l'année précédente avec quelques cibles à la hausse et avons soutenu les travaux de développement de la direction DSAPA (SAD, DI-TED-DP notamment).

À la suite de la retraite de la pilote, Suzie Carrier, les défis 2014-2015 seront d'intégrer l'ensemble des connaissances pour la nouvelle pilote.

Planetree

La DQSSI a accueilli Josée Therrien, à titre de coordonnatrice Planetree, en remplacement d'Alexandra Sivret, en novembre 2013.

Mme Therrien, accompagnée de la DQSSI, a reçu la formation de coordonnatrice, via le Programme québécois d'implantation de Planetree.

Des articles ont été publiés régulièrement dans le journal interne afin de faire connaître les projets. Voici quelques exemples :

- Exposition permanente de photos au 3e étage par la DRH et DRFI;
- Partenariat pour activité de lecture aux résidents (lectomania) avec des étudiants de la Polyvalente Montignac;
- Des étudiants en menuiserie ont décoré de leurs œuvres le sapin de Noël 2013 à l'entrée de l'établissement;
- Aménagement de style bistro de la salle de pause du personnel;
- Une magnifique mosaïque orne la cafétéria, produite par le Groupe de croissance par l'activité;
- Un calendrier 2014 a été réalisé avec des photos imageant les 10 composantes Planetree dans l'établissement.

LES GRANDS DÉFIS 2014-2015

Intensification des activités Planetree;
Poursuite des activités de préceptorat auprès des infirmier(ière)s et infirmier(ère)s auxiliaires;
Intensification des travaux de pérennisation des normes liées à la dernière visite d'agrément et pour celle prévue en mai 2014.

Agrément

Analyse et établissement d'un objectif pour chaque plan d'amélioration continue par équipes qualité, selon les résultats des sondages du Conseil québécois d'agrément reçus en mai 2013 quant à la "Satisfaction de l'expérience client". Voici les résultats globaux dont nous sommes fiers.

Indicateurs	2007	2010	2013
Relation avec le client	87 %	89 %	89 %
Prestation professionnelle	84 %	83 %	86 %
Organisation des services	82 %	82 %	85 %

La compilation mensuelle des commentaires reçus des usagers via les dépliants de satisfaction a permis de constater une grande satisfaction pour les soins et services reçus. Le temps d'attente à l'urgence demeure la seule insatisfaction récurrente, malgré les actions posées et notre excellent positionnement provincial.

Les résultats globaux du sondage "Culture de sécurité" se sont aussi avérés à la hausse. Eux aussi ont fait l'objet d'une analyse et d'une planification d'un objectif d'amélioration par équipe. On observe une sensible amélioration de la perception de la sécurité des services dans l'établissement pour un taux moyen de 95%. En 2010, le taux était de 92%. L'amélioration demandée par le personnel demeure encore cette année d'avoir davantage de rétroaction quant aux résultats obtenus des incidents/accidents et des actions prises.

Comité de soutien à l'éthique clinique

Le comité s'est réuni à sept reprises durant l'année.

Les membres du comité :
Denise Arsenault, DQSSI
Joseph Bado Besson, Aumônier
Raymonde Couture, psychoéducatrice
Florence Michel, md
Nathalie Goupil, CQSSI
Vicky Orichefsky, DPSJA

Sujets pour lesquels, le comité a été interpellé :

- Risque suicidaire élevé chez un usager qui refuse le suivi demandé par sa conjointe;
- Conflits de valeurs entre professionnels, source possible d'incohérence dans les interventions auprès d'un usager;
- Conflit de valeur entre le respect de la confidentialité et la gestion de situation à risque potentiel d'agression chez des mineurs;
- Conflit entre le risque encouru chez les résidents d'être contaminés versus la détérioration de l'état du résident porteur isolé à sa chambre.

Accueil d'une infirmière praticienne en soins de première ligne (IPS-PL) : Deux postes en affichage. Quelques candidates intéressées s'informent, mais le sinistre occasionne des problèmes de locaux retardant l'arrivée de cette IPS-PL au Groupe de médecine familiale (GMF).

Direction des services professionnels

Docteure Michèle Brochu,
Directrice des services professionnels

MISSION

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

LES SERVICES DE LA DIRECTION

La Direction des services professionnels est responsable des départements de :
- médecine générale;
- pharmacie;
- chirurgie et anesthésie;
- médecine spécialisée;
- radiologie;
- et traumatologie.

LES RÉALISATIONS 2013-2014

Effectifs médicaux et pharmaceutiques

- **Pharmacie**
  Entente de service avec le CHUS et une pharmacienne de Lévis pour le remplacement partiel d'un congé de maternité et d'une absence. Membres: 3 ETC pharmaciennes et 5,2 ETC assistantes-techniciennes.
- **Chirurgie**
  Recrutement du Dr Jeff Wackett, arrivée prévue automne 2014.
- **Anesthésie**
  Recrutement de deux anesthésistes : -Dr Quentin Gobert, arrivé en janvier 2014; -Dre Lyndia Dernis, arrivée prévue à l'automne 2014.
- **Omnipratique**
  Dr Jonathan Tremblay, arrivée prévue à l'automne 2014, intérêt principal pour l'urgence.
  Dre Marie-Line Tousignant, arrivée prévue à l'automne 2014, intérêt pour l'obstétrique, l'hospitalisation et la prise en charge.

Agrément

Formation d'un comité interdisciplinaire de gestion du médicament qui travaille sur l'ensemble des processus entourant le médicament et favorise la coordination entre les différents intervenants.
Mise en place d'un programme de gérance des antimicrobiens qui inclut, entre autres, un suivi conjoint avec le médecin en hospitalisation des patients recevant des antibiotiques selon le diagnostic, la fonction rénale et les résultats d'antibiogramme.
Diminution du coût annuel des antibiotiques de 26%, reliée en partie à la surveillance des antimicrobiens, depuis septembre 2013.
La gestion de la pénurie de médicaments s'est poursuivie en 2013-2014.
Dans le cadre de rencontres d'équipes multidisciplinaires en CHSLD, la médication de tous les usagers en hébergement (Maison Paternelle Lac-Mégantic, Lambton et le 4e étage du CSSS du Granit) est révisée une fois par année.
Le programme Intervention multifactorielle personnalisée Prévention des chutes (IMP) du CLSC a été assuré par une pharmacie externe étant donnée les effectifs réduits. L'enseignement sur le Coumadin (warfarine) est effectué lors de référence du médecin traitant.
Le département a reçu une stagiaire au programme d'assistante-technicienne en pharmacie, un stage d'une durée de cinq semaines.

OBJECTIFS DE LA PHARMACIE POUR 2014-2015

- Techniques stériles (salle blanche) : élaboration de politiques et procédures, ainsi que certification du personnel en vue de la visite de l'Ordre des pharmaciens du Québec;
- Techniques non stériles : politiques et procédures ainsi que formation du personnel;
- Ouverture du département de pharmacie les fins de semaine à partir de l'automne 2014;
- Garde (pharmaciennes);
- SARDM phase 3 : cabinets décentralisés à l'urgence ainsi qu'à l'étage de médecine;
- Travaux reliés à l'achat du module informatique pour la vérification contenant-contenu par les assistantes-techniciennes;
- BCM de départ informatisé (CGSI).

Ordonnances collectives

Deux ordonnances collectives ont été travaillées conjointement avec le comité de pharmacologie, soit « Maintenir la perméabilité des cathéters veineux centraux » et « Administration d'acétaminophène (polyvalente) ».

Bloc opératoire

Mise en place du comité du bloc opératoire, lequel regroupe les différents professionnels qui œuvrent au bloc opératoire ainsi que les directeurs. Ce comité évalue divers aspects du fonctionnement.
Par l'entremise du Dr Jeff Wackett, chirurgien et membre associé, le CSSS du Granit offre des cliniques de consultation en chirurgie générale au CSSS du Haut-St-François et dans une clinique privée de Sherbrooke. Les patients né-

cessitant une intervention chirurgicale sont opérés au CSSS du Granit.
Conclusion d'une entente avec le CHUS afin que les patients sur une liste d'attente au CHUS pour saphénectomie (cure de varices) soient opérés au CSSS du Granit.

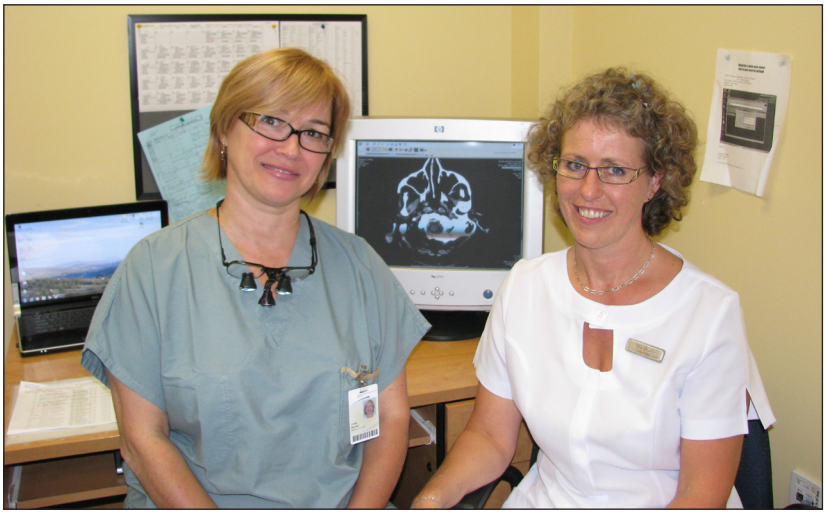
Département de radiologie
Continuité du projet de démonstration de centre satellite de dépistage désigné du cancer du sein du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke au CSSS du Granit.

Évaluation de l'acte médical
Étude des décès en courte durée;
Recommandations:
- le niveau d'intensité thérapeutique devrait être discuté précocement en début d'hospitalisation,
-évaluer la possibilité de déposer un message dans le système informatique de l'urgence sur le niveau de soins souhaité par le patient, afin de rendre l'information rapidement disponible.

Projet Planetree
Dépôt sur les sites internet et intranet de différentes requêtes et protocoles classés par fréquence d'utilisation et par spécialité médicale afin de faciliter la recherche d'information.

Télésanté
Calendrier et accès aux visioconférences offertes par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de Sherbrooke, rendus disponibles sur le site intranet.

Qualité sécurité
Désignation d'un médecin répondant pour s'assurer du suivi des résultats d'examens lors d'absence prolongée d'un médecin.
Élaboration et application de la « Procédure cheminement des requêtes de pathologie et de Cytologie » impliquant les services suivants : bloc opératoire, clinique externe, secrétariat regroupé et laboratoire.



En 2013-2014, le monde médical du CSSS du Granit s'est révélé des plus dynamique. C'est le docteur Patrice Laframboise qui s'est mérité le prix de reconnaissance du CMDP, que lui a remis docteure Michèle Brochu (photo du haut). Docteure Linda Bernier, pour sa part, a continué sa collaboration en ORL à la clinique externe (photo du milieu), photographiée avec l'infirmière Lise Boulet. Enfin, le docteur Jeff Wackett, chirurgien, a débuté, quant à lui, sa collaboration au bloc opératoire de l'établissement (photo du bas).

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

LES SERVICES DE LA DIRECTION

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 généraux :
- Accueil psychosocial;
- Consultations psychosociales;
- Urgence-Détresse (intervention de crise/urgences 24 heures/7 jours).

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

Santé mentale :
- Services psychosociaux, infirmiers, ergothérapie, éducation spécialisée et psychologie;
- Services résidentiels et mesures alternatives à l'hébergement.

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.

FAITS MARQUANTS 2013-2014

L'ampleur du sinistre du 6 juillet 2013 et ses impacts importants sur les membres de la communauté desservie par le CSSS du Granit ont fait en sorte de mobiliser tous les professionnels des différents programmes. Une équipe complémentaire de travailleurs sociaux a d'ailleurs dû être ajoutée aux services réguliers afin d'assurer l'accompagnement d'une population éprouvée, pour son rétablissement et ce, depuis plus d'une année. La collaboration et l'implication de tous ont donc été essentielles, tout au long de l'année 2013-2014, et le seront encore pour l'année à venir.

1. Planification et organisation des activités psychosociales de soutien et d'intervention dans le cadre des mesures d'urgence, durant les premières semaines suivant ces événements de juillet 2013.
2. Mise en place d'une équipe psychosociale dédiée au volet rétablissement, à la suite du sinistre, afin de déployer les ressources requises dans la communauté, et auprès des clientèles ciblées (interventions de groupes et individuelles; présence aux différents comités mis en place dans la communauté,...).
3. Collaboration spéciale avec la Croix-Rouge, dans le cadre du sinistre, afin de maximiser et être complémentaire dans l'offre de services auprès des clientèles touchées.
4. Poursuite des travaux liés au plan d'action défini visant la réorganisation de l'offre de service du programme santé mentale. Poursuite du développement des mesures autres au niveau des services résidentiels en santé mentale;
5. Poursuite du déploiement du Programme en négligence, en collaboration avec le projet de Recherche AIDES 2;
6. Poursuite des actions reliées aux stratégies ciblées régionalement pour la vaccination des enfants de 0-2 ans;
7. Poursuite de la formation de trois jours sur les bonnes pratiques en prévention du suicide, en lien avec la vaste démarche provinciale d'amélioration des pratiques en prévention du suicide auprès de notre personnel et de partenaires, en collaboration avec JEVI;
8. Contribution à la démarche d'Agrément pour les équipes des services de santé communautaires, les services de santé mentale communautaires et le soutien offert aux clients.

LES GRANDS DÉFIS 2014-2015

1. Poursuivre le travail auprès de la population dans le volet rétablissement à la suite du sinistre;
2. Poursuivre les travaux afin de développer des opportunités d'insertion socioprofessionnelle en santé mentale;
3. Poursuivre le déploiement des stratégies retenues localement en prévention du suicide, dont le suivi étroit;
4. Collaborer aux travaux régionaux visant le déploiement d'activités pour la prévention des ITSS;
5. 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;

6. Assurer l'intégration des connaissances sur les cadres de référence élaborés, soit celui sur l'interdisciplinarité;
7. Poursuivre les travaux afin d'actualiser le plan d'action *Initiative Amis de tous les Bébés* (IAB), tel que recommandé dans le rapport final d'évaluation, et ce, dans l'objectif de la préparation à la prochaine visite prévue en 2015;
8. Réaliser le projet de réaménagement de la salle de vaccination dans le cadre de la démarche Planetree.
9. Concrétiser la démarche d'appréciation du personnel de la Direction.

Quelques statistiques 2013-2014

Services	Usagers		Interventions	
Services psychosociaux généraux	359	420	1653	1473
Services Jeunes en difficulté	404	388	2033	2107
Santé mentale	394	394	5141	5276
Soutien intensif variable (SIV)	26	32	--	
Services en périnatalité et en petite enfance	470	494	1574	1837
Santé dentaire	221	246	--	
Orthophonie	60	73	197	322

En rouge : chiffres 2012-2013; En noir : chiffres 2013-2014

Services	Usagers	Interventions
Tragédie Lac-Mégantic	865	2922
	11 groupes	90 interv. groupe
	114 activités ponct. groupe	--

L'année 2013-2014 aura été assez éprouvante pour les équipes psychosociales du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit, qui auront dû composer avec les conséquences, dans la population, de la tragédie du 6 juillet 2013 au centre-ville de Lac-Mégantic. Autant dans les bureaux du siège social que dans les lieux publics, sur le site même du territoire desservi, les équipes psychosociales régulières et de rétablissement ont pris les bouchées doubles pour mettre un baume sur les blessures psychologiques de la population. Isabelle Leriche, à gauche, reçoit une personne en consultation, alors que Hélène Giroux, travailleuse sociale, et Michel Bédard, infirmier, incarnent, photo du haut, les anges blancs au service du public, sur le terrain...

Direction du programme de santé physique et des services am

Sylvie Lirette,
Directrice du programme de santé physique et des services ambulatoires

MISSION

La Direction du programme de santé physique et des services ambulatoires regroupe plusieurs soins et services en milieu hospitalier ainsi qu'en première ligne. Les problématiques particulières de ce programme couvrent les services d'urgence, les services spécialisés, les services en continu exigeant un suivi systématique (ex : maladies chroniques, cancer) et les soins palliatifs.

LES SERVICES DE LA DIRECTION

Volet hospitalier

Les soins spécialisés :
Ils regroupent la salle d'urgence de niveau primaire en traumatologie et l'unité des soins intensifs, qui permet l'hospitalisation d'une clientèle exigeant des soins critiques.

Les services diagnostics :
- L'imagerie médicale, incluant le service de mammographie qui permet l'accessibilité au Programme Québécois de Dépistage du Cancer du Sein (PQDCS);
- Le laboratoire et le centre de prélèvement;
- Électrophysiologie pour les services de tapis roulant, de monitoring ambulatoire pression artérielle (MAPA), d'holter de 24 heures et de l'électrocardiogramme(ECG).

Le bloc opératoire :
- Deux salles permettent les chirurgies générales et spécialisées;
- La stérilisation assure le retraitement du matériel.

Les cliniques externes :
- 16 spécialités avec l'aide de plus de 38 consultants.

La médecine – chirurgie :
- Donne des soins à la clientèle présentant des problèmes de santé physique divers, ainsi que des soins palliatifs.

La pédiatrie :
- S'adresse à la clientèle 0-18 ans avec des besoins de soins physiques.

L'unité mère-enfant :
- Services pendant la grossesse;
- Services d'accouchement;
- Services post partum.

Volet première ligne

- Soins de santé courants (secteurs Lac-Mégantic et Lambton);
- Programmes des maladies chroniques :
  - Réadaptation cardiaque;
  - Diabète;
  - Cessation tabagique;
  - Insuffisance cardiaque;
  - Clientèle vulnérable orpheline;
  - Saines habitudes de vies;
- Services oncologiques et soins palliatifs;
- Services de nutrition;
- Services d'inhalothérapie;
- Services infirmiers en groupe de médecine familiale (GMF);
- Services des archives;
- Personnel de secrétariat présent pour supporter tous les secteurs.

LES RÉALISATIONS 2013-2014

- Implantation de la numérisation pour le Groupe de médecine familiale (GMF);
- Déploiement du Dossier Santé Québec dans différents secteurs;
- Aménagement de la pédiatrie grâce aux dons de la Fondation du CSSS du Granit;
- Planification et déménagement du local de l'électrophysiologie;
- Élaboration de mécanismes de transferts et d'accessibilité vers la Maison de fin de vie La Cinquième Saison;
- Visite d'inspection de l'Ordre professionnel des technologistes biomédicales (OPTM);
- Déploiement de sept heures/semaine de services en inhalothérapie pour la médecine;
- Début des travaux visant le déménagement des soins intensifs;
- Réalisation à 75 % du plan d'action visant l'amélioration de la performance au bloc opératoire;
- Tous les secteurs ont travaillé intensément pour mettre à jour leurs politiques et procédures (± 140), réaliser et intégrer plus de 30 nouvelles procédures afin de répondre aux normes requises par Agrément Canada;
- Mise à niveau du processus de triage à l'urgence, en lien avec les nouvelles normes de l'Échelle de Triage Canadien;
- Élargissement de l'offre de service de l'équipe des maladies chroniques dans la communauté pour l'accompagnement aux saines habitudes de vie, en partenariat avec la Croix-Rouge;

- On ne peut passer sous silence l'implication des équipes lors de la tragédie ferroviaire de juillet 2013. Dans la nuit, les employés de l'urgence, du laboratoire, de la radiologie et de la médecine étaient mobilisés sur place pour prêter secours. Dans les jours qui ont suivi, c'est avec la Croix-Rouge que les équipes se sont investies pour apporter l'aide nécessaire au site d'hébergement de la polyvalente.

LES GRANDS DÉFIS 2014-2015

- Réaliser la migration du logiciel inscription-admission-départ vers le module Ariane;
- Finaliser la démarche de gestion par activité au bloc opératoire;
- Assurer la mise en œuvre du cadre de référence régional « Réseau intégré en oncologie et soins palliatifs de l'Estrie » auprès des équipes de soins du CSSS du Granit;
- Déployer le nouveau programme régional des services en maladies chroniques et maladies cardio-métaboliques;
- Préparer l'intégration du nouveau continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral;
- Intégrer les soins intensifs dans les nouveaux locaux.

Quelques statistiques		
	2012-2013	**2013-2014**
SANTÉ PHYSIQUE-URGENCE		
Séjour moyen sur civière	9,48 heures	9,85 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	11,0 heures	10,92 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0,1 %	0,08 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0,2 %	0 %
SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE		
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	287	302
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	332	340
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées	149	144
Pourcentage de patients inscrits et traités dans les délais pour une chirugie de la cataracte (6 mois)	100 %	100 %

Les techniciennes en radiologie, Yolande Sullivan et Louise Poirier, ont pris la pause, au local de mammographie, avec le responsable du département, Docteur Yves Marmen, et se sont félicités que le service de mammographie offert aux femmes de la MRC du Granit ait atteint ses objectifs, en 2013-2014, et réponde bien aux besoins de la population de son territoire.

Nathalie Bolduc,
Directrice des programmes des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), de la déficience physique et de la réadaptation

MISSION

Offrir une gamme de services pouvant répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie en lien avec le vieillissement, ou avec une déficience physique ou intellectuelle.

LES SERVICES DE LA DIRECTION

Soutien à domicile

Les soins à domicile sont offerts à une population non-ambulatoire qui désire demeurer à domicile de façon sécuritaire et le plus longtemps possible.

La clientèle visée plus spécifiquement, se compose des personnes suivantes :

- Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Les personnes convalescentes ou post-opérées;
- Les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme;
- Les personnes en soins palliatifs;
- Les proches aidants de ces personnes.

Un service d'accueil et d'évaluation des demandes de la clientèle est réalisé afin d'orienter les usagers vers des services répondant à leurs besoins.

Les services professionnels offerts :

- Soins infirmiers;
- Services psycho-sociaux;
- Services de réadaptation (physiothérapie et ergothérapie);
- Services spécialisés (nutrition, inhalothérapie).

Autres services offerts :

- Soutien d'assistance;
- Mesures de soutien aux proches aidants;
- Aide financière pour les personnes handicapées (déplacement pour réadaptation, pour soutien assistance ou aide domestique, répit);
- Centre de Jour (Lac-Mégantic, Lambton et St-Ludger);
- Service de prêt d'équipements pour suppléer à des incapacités.

Services d'hébergement et de soins de longue durée

Nous offrons des services d'hébergement pour des personnes ayant des pertes d'autonomies liées au vieillissement.

Nous disposons d'une gamme de ressources réparties sur le territoire :

- En hébergement institutionnel :

112 lits dressés (incluant un lit d'hébergement temporaire), réparties dans trois sites : 43 lits au CHSLD de Lac-Mégantic, 29 lits au CHSLD de Lambton et 40 lits à l'USLD au siège social.

- En ressources intermédiaires :

33 places pour la clientèle SAPA.

- En ressources de type familiales :

Deux places.

- En alternative à l'hébergement :

Huit mesures de soutien à la personne vivant en résidences privées.

- En convalescence :

Une place réservée à la résidence privée Village Harmonie et mise en place de mesures de soutien lors de convalescence selon les besoins.

Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) - Trois lits situés à l'USLD

Clientèle visée : Personnes âgées présentant une détérioration de son autonomie fonctionnelle à la suite d'une hospitalisation ou d'un problème de santé physique. Ce service vise à recouvrer de l'autonomie en vue d'un retour à domicile et/ou de son maintien à domicile dans des conditions optimales. Durant l'année, 38 personnes ont bénéficié de ce service, pour un taux d'occupation de 67,5%.

Service de la réadaptation physique

Ce service comprend la physiothérapie (TRP et physiothérapeute) et l'ergothérapie. Il s'adresse à une clientèle admise en courte durée et en soins de longue durée, ainsi qu'à une clientèle ambulatoire (clinique externe) et à domicile.

Service de pastorale

Soutien spirituel auprès des personnes admises au CSSS du Granit.

Services de bénévoles

Les bénévoles sont principalement très présents auprès des résidents des centres de soins de longue durée. (Voir la section Bénévolat à la page 32.)

LES RÉALISATIONS 2013-2014

a) Soutien à domicile

Il est difficile de passer sous silence la tragédie de juillet 2013. Les professionnels du soutien à domicile ont dû adapter les services afin de répondre aux besoins émergeants (relocalisation, choc post-trauma, répits aux aidants, support aux partenaires, etc.). Nous avons également travaillé avec nos partenaires afin de bonifier notre offre de service. La Croix-Rouge s'est avérée un partenaire important.

Poursuite et pérennisation de la démarche Lean au SAD. Nous avons

constaté une augmentation du nombre d'heures passées auprès des usagers, ainsi que du nombre d'interventions à domicile de façon significative.
Les développements budgétaires SAPA et soins palliatifs ont été actualisés. Les postes ont été comblés au niveau de l'ergothérapie, physiothrapie, travailleur social et infirmière auxiliaire.
Mise en place d'un service d'évaluation en psychologie afin d'émettre des diagnostics de déficience intellectuelle.
Début des travaux liés à l'Assurance Autonomie.
Obtention d'un budget en Services généraux permettant, entre autres, de bonifier les services en réadaptation pour la clientèle ambulatoire, ainsi que pour les soins infirmiers en soutien à domicile.

b) Ressources non institutionnelles

Signature des contrats, formellement, comme précisé par les règles d'association et ce, pour toutes les RI / RTF.
Suivi de l'application de la loi en lien avec l'Association des RI /RTF.

c) CHSLD

Poursuite d'un projet visant l'optimisation des mesures pour la gestion de la sécurité dans un contexte de réduction des mesures de contrôle.
Suivi du modèle d'organisation du travail PARTAGE.
Transformation d'une salle de loisirs pour les résidents et leur famille au CHSLD Lac- Mégantic.
Réorganisation des heures de repas et de l'offre de loisirs à la manière Planetree dans les trois sites.
Mise en place de formations et bonifications du travail interdisciplinaire lié aux besoins spécifiques des clientèles ayant des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence.

d) Quelques statistiques 2013-2014

Notez que toutes les cibles fixées ont été atteintes. (voir tableau 1)

AGRÉMENT

Préparation et réalisation des normes d'Agrément Canada en prévision de sa visite, en mai 2014, autant en SAD qu'en hébergement. Dans le cadre de cette démarche d'amélioration de la qualité des services, un sondage sur la satisfaction de la clientèle a été réalisé en mai 2013, ayant pour but d'estimer la satisfaction de la clientèle en regard de la qualité des soins et des services dispensés au Centre de santé et de services sociaux du Granit.

Voici les résultats de nos secteurs : (voir tableau 2)

LES DÉFIS POUR 2014-2015

A) Poursuivre la pérennisation des modèles d'organisation du travail :
a. Lean au soutien à domicile (SAD);
b. Partage en soins de longue durée;
B) Rendre accessibles les services de l'UTRF pour la clientèle du SAD;
C) Poursuivre la consolidation du réseau de services intégrés aux personnes âgées;
D) Assurer la mise en place du plan d'action visant l'optimisation des mesures pour la gestion de la sécurité dans un contexte de réduction des mesures de contrôle;
E) 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;
F) Mettre en place le nouveau cadre de référence des ressources intermédiaires en lien avec *la Loi sur la représentation des ressources (LRR);*
G) Mettre en place les recommandations liées à la visite d'Agrément Canada;
H) Poursuivre la préparation en lien avec la visite du MSSS en CHSLD;
I) Implanter l'approche interdisciplinaire en CHSLD;
J) Consolider la fonction ASI en CHSLD;
K) Actualiser le budget Services généraux.

Tableau 1 - Statistiques, activités annuelles

	Usagers		Interventions	
Clientèle SAPA	**2013-2014**	**2012-2013**	**2013-2014**	**2012-2013**
Soutien à domicile	743	725	25043	22720
Gestion de cas	271	266	2699	2383
Programme Proche-aidants	53	65	3908	7982 heures
Déficience physique **Mesure de soutien**	159 30	142 27	5751	5094
Déficience intellectuelle et TED **Mesure de soutien**	69 37	58 36	875	746
SAD-soins palliatifs	70	72	2268	2028

Notez que toutes les cibles fixées ont été atteintes.

Centre de jour	**2649 jours présence** équivalent à l'an passé

Taux d'occupation des lits d'hébergement	**96% comparativement** à 92% l'an passé

Taux d'occupation de l'UTRF	**67.5%**

On note une augmentation par rapport à l'an dernier où le taux d'occupation était de 55.7%.
57% des usagers de ce service ont pu retourner à leur domicile comparativement à 60% l'an dernier.

Taux d'implantation des composantes du Réseau de services intégrés Personnes Âgées	**85.94%**

On note une augmentation par rapport à l'an dernier où le taux était à 84.62 %

Tableau 2 - Résultats d'un sondage sur la satisfaction de la clientèle

CLIENTÈLE HÉBERGÉE EN SOINS DE LONGUE DURÉE (PROCHES ET RÉSIDENTS)	
Relation avec le client	93%
Prestation professionnelle	92%
Organisation des services	92%

SOUTIEN À DOMICILE ET RÉADAPTATION	
Relation avec le client	88,72%
Prestation professionnelle	86,27 %
Organisation des services	84,73%

Direction des ressources financières et informationnelles

Sylvain Roy,
Directeur des ressources financières et informationnelles

MISSION

La Direction des ressources financières et informationnelles agit à titre de direction soutien auprès de l'ensemble des autres directions de l'organisation. Elle est responsable de la gestion optimale des ressources financières et informationnelles de l'établissement. Elle dirige l'ensemble des activités des services de la comptabilité, de l'approvisionnement et de l'informatique.

LES SERVICES DE LA DIRECTION

Ressources financières

Le budget global de fonctionnement de l'année 2013-2014 est de 40 089 904$. Le surplus généré par les opérations se chiffre à 151 232$ et se répartit de la façon suivante : surplus de 185 611$ au niveau des activités d'exploitation et déficit de 34 379$ au niveau des activités immobilières.

L'établissement a bénéficié au cours de l'exercice d'un budget de développement totalisant 346 492$ visant à soutenir principalement l'autonomie des personnes âgées, les services généraux, de façon spécifique l'augmentation du coût des médicaments et des fournitures médicales et également l'amélioration de l'offre de service des soins généraux de santé physique.

En regard de la Loi 100 et des mesures d'optimisation visant à contenir la croissance des dépenses du réseau de la santé et des services sociaux, l'établissement a pris des mesures afin de respecter les obligations qui en découlent et de compenser la compression budgétaire cumulative de 798 016$ depuis les quatre dernières années.

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. L'établissement participe également aux travaux d'optimisation régionaux entrepris dans différents secteurs.

L'établissement a réduit de 10,52 % le total de ses dépenses des centres d'activités administratifs depuis les quatre 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 :

- Les travaux préparatoires de la Phase 2 du projet régional regroupant les services de gestion de la paie, la rémunération et les avantages sociaux;
- Les travaux d'optimisation des activités du bloc opératoire, spécifiquement en regard du financement;
- Le contrôle et le suivi des dépenses de nature administratives;
- La présentation d'un tableau de bord sur l'évaluation globale et intégrée de la performance de notre organisation;
- La participation aux travaux préparatoires à la visite d'agrément.

Fondation du CSSS du Granit

L'établissement a également bénéficié de la générosité de sa Fondation en recevant un don de 57 600$ pour l'achat de divers équipements médicaux et autres.

Approvisionnement et services

Le secteur de l'approvisionnement a appliqué les règles de gestion contractuelle définies dans la Loi sur les contrats des organismes publics et ses règlements. Nous avons produit la reddition de comptes requise en vertu de la Politique de gestion contractuelle concernant la reddition de comptes des organismes publics.

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

- La participation aux travaux d'optimisation régionaux sur la logistique hospitalière.
- La création d'un comité d'achats favorisant l'harmonisation des fournitures médicales et autres dans l'établissement.

Ressources informationnelles

Le service des ressources informationnelles gère l'ensemble des activités reliées aux systèmes informatiques, ce qui comprend les opérations d'installation, de maintenance et de remplacement des postes informatiques et des imprimantes, de même que le support technique aux utilisateurs, en partenariat avec le Centre d'assistance régional de l'Estrie.

Le service voit aussi au respect des exigences de la nouvelle Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes et des entreprises du gouvernement, entrée en vigueur en juin 2011. Cette Loi encadre les établissements de santé dans un plan de gestion en ressources informationnelles, dont le but est d'instaurer une gouvernance intégrée et concertée,

d'optimiser les façons de faire, de favoriser la mise en commun du savoir-faire et d'assurer une gestion rigoureuse et transparente des sommes consacrées en ressources informationnelles.
En lien avec les objectifs du secteur des ressources informationnelles pour la dernière année, notons :

- La participation au comité régional sur la sécurité des actifs informationnels;
- La planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI);
- La réalisation d'une journée thématique en ressources informationnelles;
- La participation aux travaux régionaux d'optimisation et d'actualisation des orientations régionales en matière de technologie de l'information, et plus particulièrement, le projet de déploiement des postes en client léger.

DÉFIS ET OBJECTIFS 2014-2015

Parmi les grands enjeux de la Direction des ressources financières et informationnelles pour la prochaine année, mentionnons :

- L'implication dans les différents travaux d'optimisation;
- Le suivi de l'évaluation globale et intégrée de la performance de l'établissement;
- L'analyse du niveau de performance des secteurs d'activités;
- Le suivi de l'équilibre budgétaire.

Gestion du parc d'équipements

Au cours de l'exercice financier, l'établissement a fait des acquisitions d'équipements d'une valeur de 591 593$.
Parmi les acquisitions d'équipements les plus importantes, on retrouve :

Analyseur coagulateur	27 056 $
Réfrigérateurs à médicaments	33 308 $
Armoire d'endoscope flexible	17 439 $
Surface thérapeutique	25 414 $
Rehaussement appareil d'anesthésie	120 410 $
Gastroscope	23 037 $
Colonoscope	13 211 $
Four de cuisine	46 938 $
Rehaussement système téléphonique	54 022 $
Ordinateurs et imprimantes	46 406 $

Une partie de l'équipe des ressources informationnelles du CSSS du Granit, lors d'une activité tenue dans le cadre d'une Semaine des ressources informationnelles.

Direction des ressources humaines

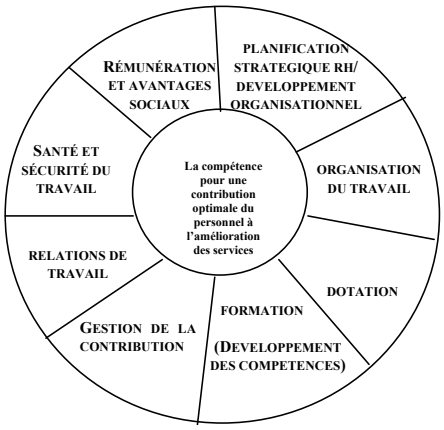
Marco Audet,
Directeur des ressources humaines

MISSION

Dans le but d'offrir une large gamme de services favorisant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, la Direction des ressources humaines du CSSS du Granit contribue à l'actualisation de la vision, de la mission et des orientations stratégiques de l'établissement, en créant une dynamique de gestion des ressources humaines propice à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services rendus à la population du territoire.

LES SERVICES DE LA DIRECTION

Afin de s'acquitter de sa mission, la Direction des ressources humaines assure des services conseil et de support dans les huit domaines-clés généralement reconnus de la gestion des ressources humaines (voir le tableau circulaire au haut de la colonne suivante).



LES RÉALISATIONS MARQUANTES DE L'EXERCICE 2013-2014 :

- Support à la phase d'urgence à la suite de l'événement du 6 juillet 2013, par l'accueil et l'hébergement des ressources régionales et provinciales venues prêter main-forte. Mise en place de mesures de soutien de nature psychologique et psychosociale destinées au personnel. Contribution à la phase de rétablissement par le recrutement, la sélection et l'embauche d'une équipe temporaire de rétablissement;
- Adoption d'une politique sur les antécédents judiciaires de toute personne désirant exercer ou exerçant des fonctions ou sa profession au sein de l'établissement, conformément aux attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de pratique d'embauche et par la suite;
- Accueil des recrues de la première cohorte de formation du programme *Assistance à la personne en établissement de santé* au titre d'emploi de préposé aux bénéficiaires et démarrage de la cohorte *Santé, Soins et soins infirmiers* pour la formation d'infirmiers et d'infirmières auxiliaires. Une réalisation en collaboration avec le Centre de formation professionnelle Le Granit;
- Concrétisation du partenariat entre l'établissement et le CPE Sous les étoiles par l'annonce, le 30 janvier 2014, du développement de 42 nouvelles places en garderie avec une priorité pour les besoins du personnel du CSSS du Granit et l'expérimentation des services avec horaires atypiques.

LES ACTIVITÉS DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES EN CHIFFRES

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, la disponibilité et l'utilisation optimale

a) Tableau des indicateurs des ententes de gestion

Indicateurs	Résultats 2012-2013	Cibles 2013-2014	Résultats 2013-2014(note 1)
1. Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5.38 %	< 5.33 %	6.12%
2. Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	5.64 %	< 5,62%	5.40 %
3. Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers :			
• personnel infirmier	0,17 %	< 0,28 %	0,14 %
• infirmier auxiliaire	0,00 %	0,00 %	0,00 %
• préposés aux bénéficiaires	0,00 %	0,00 %	0, 00 %

Commentaires

Cible 1 : Le résultat s'explique en partie par l'événement du 6 juillet 2013. Toutefois, des mesures rapides et appropriées ont permis de contenir le phénomène;

Cible 2 : L'établissement réussit à contrôler les heures supplémentaires et maintient les mesures pour favoriser sa réduction;

Cible 3 : L'établissement maintient son orientation de recourir le moins possible 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) : *Les résultats ont été obtenus par la compilation des données disponibles jusqu'au 8 mars 2014*

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 A dans le bas de la page précédente.)
Le lecteur pourra prendre connaissance de certaines statistiques concernant les ressources humaines de l'organisation, natamment en termes de mouvement de personnel, d'un sondage de mobilisation du personel, etc. (Voir les tableaux B, C et D présentés dans cette page.)

LES DÉFIS POUR 2014-2015

- Amorcer les travaux pour la planification de main-d'œuvre quinquennale (2015-2020) afin de s'arrimer à ceux de la planification stratégique de l'établissement et aux nouvelles exigences ministérielles;
- Réviser le modèle d'offre de service et le plan d'organisation de la Direction des ressources humaines en fonction des nouvelles réalités et afin d'optimiser les activités de gestion des ressources humaines;
- Réviser les programmes généraux d'orientation du nouveau personnel et ceux plus spécifiques des groupes d'emplois reconnus comme prioritaires;
- Actualiser le transfert des activités de paie, rémunération et avantages sociaux au nouveau service régional.

b) Mouvement de personnel :

Mouvement de personnel:	**Exercice 2013-2014**	**Exercice 2012-2013**
Embauche: (excluant l'équipe temporaire de rétablissement)	50	52
Embauche équipe temporaire de rétablissement – tragédie 6 juillet 2013	15	(sans objet)
Transfert vers le nouveau service régional Paie, rémunération et avantages sociaux de l'Estrie (PRASE)	2	(sans objet)
Départs	59	46
Stages :	78	69
Stages d'observation :	19	12

c) Les ressources humaines de l'établissement

Effectifs de l'établissement en date du 31 mars 2014	**Exercice 2013-2014**	**Exercice 2012-2013**
Les cadres:		
- Temps complet…… (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	16	14
- Temps partiel…… Nombre de personnes: Equivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	2	2
Nombre de cadres en stabilité d'emploi……..…..……..	0	0
Les employés réguliers:		
- Temps complet…… (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	212	208
- Temps partiel…… Nombre de personnes: Equivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	297	299
Nombre d'employés en sécurité d'emploi…….……	0	1
Les occasionnels:		
- Nombre d'heures H37+L23+E38urs de l'exercice……	119 740	114 124
- Équivalents temps complet (b)…..……..		

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

(b) L'équivalent temps complet se calcule de la facon suivante pour les occasionnels:
Nombre d'heures rémunérées;
divisé par: 1826 heures

d) Évolution des résultats obtenus aux indicateurs - sondage sur la mobilisation des ressources humaines
En préparation de la visite d'agrément, un sondage sur le degré de mobilisation du personnel a été réalisé. Les résultats obtenus en date du 4 juin 2013, présentés ci-dessous, font état d'une amélioration globale au niveau de chacune des composantes de la mobilisation:

	2007	**2010**	**2013**
Réalisation	76,11%	76,95%	82%
Implication	71.96%	70,24%	79%
Collaboration	70,04%	72,02%	78%
Soutien	66,51%	67,85%	75%
Communication	61,90%	63,56%	71%
Leadership	65,46%	67,90%	77%

Direction des services techniques

Guy Philippon,
Directeur des services techniques

MISSION

La Direction des services techniques a la responsabilité de répondre aux normes, standards et pratiques concernant l'hygiène, la salubrité, la sécurité et la gestion des immobilisations.

LES SERVICES DE LA DIRECTION

Les secteurs sous la responsabilité de la Direction des services techniques sont les suivants :
- Communications (téléphonie, téléavertisseurs et cellulaires);
- Gestion des déchets biomédicaux ;
- Gestion des équipements ;
- Gestion des immobilisations ;
- Mesures d'urgence ;
- Sécurité ;
- Service alimentaire ;
- Service d'entretien – Hygiène et salubrité ;
- Service de la buanderie – lingerie ;
- Service des installations ;
- Stationnement.

La Direction des services techniques soutient l'ensemble des services du CSSS du Granit dans la réalisation de leurs activités respectives.

LES RÉALISATIONS 2013-2014

Participation aux comités suivants :
- Comité des gestionnaires Agrément;
- Comité de Planification et d'intervention (COPIN), ex. : Pandémie ;
- Comité de planification des mesures d'urgence (sinistre interne et sinistre externe);
- Comité régional des mesures d'urgence ;
- Comité de gestion des risques et de la qualité ;
- Comité de prévention des infections ;
- Comité SST ;
- Participation à la Table régionale des ressources financières et matérielles (Agence) ;
- Groupe de travail régional en hygiène et salubrité ;
- Comité évaluation et harmonisation des fournitures.

Appréciation de la contribution
En lien avec le plan d'amélioration continue de la qualité, il est à noter que le processus en vue de rencontrer les employés de la Direction des services techniques se fait en continu tout au long de l'année.

Communication
La direction des services techniques est responsable du volet communication concernant la téléphonie (incluant le système de reconnaissance vocale), les téléavertisseurs et les cellulaires.
Au cours du dernier exercice financier, la Direction a procédé à la mise en place de la téléphonie IP pour le site CHSLD Lac-Mégantic. Cette orientation se veut un premier pas vers cette migration technologique alors que la technologie IP sera installée à chacune des phases où des travaux importants seront réalisés.

Gestion des déchets biomédicaux
Dans le but de respecter la réglementation en vigueur, le CSSS du Granit s'assure que les déchets biomédicaux produits par les services de l'établissement soient traités en toute conformité. (voir tableau 1)

Service alimentaire
Poursuite des travaux visant l'implantation des six grandes orientations de la politique alimentaire adoptée en juin 2010 par le conseil d'administration. Cette politique s'applique aux trois sites du CSSS du Granit. (voir tableau 2)
Fait très intéressant à souligner pour cet exercice, tous les employés des services alimentaires du CSSS du Granit ont participé à une formation spécifique en lien avec les troubles de la déglutition et la dysphagie. Cette formation, du nom de TACA (Textures alimentaires, Consistances adaptées), présentée par une nutritionniste du CSSS du Granit, sensibilise les employés à ces problématiques associées à l'alimentation. Cette activité aura également permis aux participants, à l'aide de simulations, de comprendre les difficultés auxquelles les résidents ont à faire face à chaque repas.

Service de la buanderie – lingerie
(voir tableau 3)

Entretien des équipements et des bâtiments
Au printemps 2011, la Direction des services techniques a fait l'acquisition d'un système informatisé pour la gestion et l'entretien de tous les équipements. À même leur poste informatique, les employés sont en mesure de produire une requête de demande de service. Que ce soit pour la réparation et/ou un entretien préventif planifié, le système gère les requêtes et collige les informations afin d'en assurer le suivi.
Le CSSS du Granit s'assure de mettre et de maintenir à la disposition du personnel soignant et des patients des espaces et des équipements médicaux fiables, sécuritaires et performants, qu'ils soient utilisés à des fins de diagnostic, de traitement ou pour la surveillance des patients.

Gestion des équipements biomédicaux
Depuis le dernier exercice financier, le CSSS du Granit a recourt à une équipe de techniciens en génie biomédical assurant la conformité des équipements médicaux. En ce qui concerne l'entretien des équipements plus spécialisés où des techniques spéciales et/ou des équipements spéciaux de calibration sont requis, l'entretien est alors confié aux fabricants.

Gestion des immobilisations
Entretien des immeubles - Maintien des actifs
Voici une brève énumération des travaux réalisés au cours du dernier exercice financier :
- **Siège social**
  - Aménagement de la salle d'électrophysiologie ;
  - Réparation majeure sur l'enveloppe

extérieure de la façade de l'établissement ;
- Dépôt à l'Agence de la santé et des services sociaux du document PFT longue durée ;
- Processus d'appel d'offres et début des travaux (plans et devis) en vue du déménagement du service de réadaptation et relocalisation des soins intensifs, projet de plus de 3,5 millions qui sera réalisé au cours de 2014-2015.

- **Point de service Lambton**
  - Remplacer la bouilloire électrique.
- **Point de service Lac-Mégantic**
  - Démantèlement du vieux système de chauffage à l'huile, retrait du réservoir souterrain.

À la suite de l'adoption des règlements concernant la limitation de la température de l'eau chaude pour les bains et les douches dans les CHSLD, le CSSS du Granit a procédé à l'installation d'un système de régularisation de la température de l'eau chaude dans les trois sites et a mis en place une procédure de suivi du contrôle des températures.

Service d'entretien – hygiène et salubrité

Au cours du présent exercice, l'établissement a assuré la mise à niveau des connaissances d'un employé, afin qu'il puisse, à son tour, former l'équipe locale en hygiène et salubrité.

Cette orientation régionale permet une harmonisation des pratiques en matière d'exigence en prévention des infections. L'ensemble du personnel a obtenu une formation en hygiène et salubrité axée principalement sur ces pratiques et la rigueur à observer lors des techniques de désinfection. Le fait d'avoir sur place un formateur aguerri permet un suivi rigoureux des pratiques et un net avantage lors de l'embauche du nouveau personnel, alors que ce dernier peut recevoir, dès son entrée en fonction, les formations spécifiques au milieu de soins.

Développement durable

Au cours de la dernière année, nous avons assisté à plusieurs rencontres en vue de réaliser une planification en développement durable. L'établissement travaille actuellement à la rédaction de la politique sur le développement durable, et ce, en lien avec la nouvelle norme BNQ 21000. Les deux premiers volets qui seront traités sont les matières résiduelles ainsi que la gestion de l'eau potable.

Au cours de la prochaine année, un comité « développement durable » verra le jour au CSSS du Granit.

L'établissement est actuellement en processus pour l'installation de bornes de recharges pour véhicules électriques. Ces bornes devraient être installées à l'été 2014.

Mesures d'urgence

La tragédie du 6 juillet dernier aura mis à l'épreuve l'ensemble de nos activités reliées aux mesures d'urgence. Nous avons, entre autres,...

- Déployé le code orange (arrivée massive de blessés à l'urgence) la nuit du 6 juillet 2013;
- Mis en place une aire de décontamination dans le garage des ambulances;
- Hébergé temporairement dans nos locaux les résidents de foyers privés évacués;
- Évacué complètement le site Point de service Lac-Mégantic comprenant la relocalisation de résidents au 4e étage du siège social, au Point de service de Lambton de même qu'à Sherbrooke. Le choix du site était en fonction du profil du résident;
- Assuré une présence active à la polyvalente Montignac, en support logistique aux intervenants psychosociaux, de même qu'à la Croix-Rouge (infirmerie);
- Participé à la logistique pour l'aménagement des espaces des équipes psychosociales à l'arrière du Centre sportif Mégantic;
- Installé le parc de roulottes (6) à l'arrière du siège social (électricité, sanitaire, communication, etc.) afin d'héberger l'équipe psychosociale.

Bien que ces activités auront permis de mettre à l'épreuve de façon bien réelle nos processus, plusieurs activités ont été 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.

LES DÉFIS POUR 2014-2015

- Réaliser les travaux d'agrandissement pour le service de réadaptation et le déménagement des soins intensifs à proximité de l'urgence;
- Poursuivre les démarches auprès des différentes instances afin d'obtenir le feu vert pour le PFT longue durée;
- Réaliser les travaux de planification en vue de l'agrandissement du centre de prélèvement et l'agrandissement de la salle d'attente de la clinique externe, au niveau sous-sol 1;
- Réaliser tous les projets inscrits au Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière(PCFI);
- Poursuivre toutes nos démarches déjà entreprises en processus d'amélioration continue, en soutien aux services de soutien : alimentation, hygiène et salubrité, buanderie-lingerie, etc.

TABLEAU 1

Nombre de kilogrammes de déchets biomédicaux traités	
2013-2014	2012-2013
11 670	10 422

TABLEAU 2

Nombre de repas servis		
2013-2014	2012-2013	2011-2012
207 046	199 758	201 370

TABLEAU 3

Poids de linge lavé			
Années de référence	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Literie-lingerie	284 583 kg	280 698 kg	275 739 kg
Buanderie (entretien des vêtements des usagers)	18 959 kg	17 482 kg	17 811 kg

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

MEMBRES DE L'EXÉCUTIF

- Jessica Faucher, présidente
- Stéphanie Gagné, vice-présidente intérimaire
- Brigitte Lacroix, vice-présidente infirmière auxiliaire
- Frencheska Lessard, secrétaire
- Vicky Grondin, agente de communication
- Valérie Blais, officier
- Catherine Lachance, officier
- Élise Lapierre, officier
- Pierre Latulippe, directeur général du CSSS du Granit
- Denise Arsenault, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers au CSSS du Granit

L'exécutif du CII-CIIA se composait d'Élise Lapierre, Jessica Faucher, présidente, Brigitte Lacroix, Valérie Blais, Denise Arsenault, DQSSI, Frencheska Lessard, Vicky Grondin, Catherine Lachance et Stéphanie Gagné. Absent : Pierre Latulippe, directeur général.

BILAN DE L'ANNÉE

Cet exécutif a tenu six séances régulières et cinq comités de travail au cours de la dernière année. Les CII-A se sont impliqués au CSSS du Granit par le biais des dossiers et comités suivants :

1. Promotion

a) Messages dans le journal Info-Action pour augmenter la visibilité du CECII;
b) Rafraîchissement du babillard du CECII-A au 1er sous-sol avec une boîte à suggestions;
c) Modification de la lettre de bienvenue aux nouveaux et nouvelles collègues infirmier(ère)s et infirmier(ère)s auxiliaires;
d) Modification du logo du CECII-A;
e) Préparation de la semaine thématique des infirmières et des infirmières auxiliaires qui aura lieu en mai 2014;
f) Dépôt de documents du CII (plan d'action et rapport annuel) sur Intranet.

2. Communication

a) Résumé de la revue Synergie de l'AQESSS aux membres ayant pour objectif de susciter l'intérêt pour faire avancer certains dossiers.
b) Transmission d'informations aux membres du CII reçus de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ].

3. Avis et recommandation

a) Recommandation concernant l'ordonnance collective 0025 (analyse d'urine);
b) Recommandation concernant la fréquence du remplacement des sondes urinaires permanentes en CHSLD.

4. Suivi et participation

a) Consultation et recommandation concernant le Protocole/procédure clinique interdisciplinaire sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement;
b) Participation et suivi des travaux quant à l'élaboration de la *Philosophie et conception des soins infirmiers au Centre de santé et de services sociaux du Granit*;
c) Suivi sur la prévention des infections;
d) Suivi des indicateurs de la qualité des services et des soins infirmiers;
e) Suivi des rapports d'incidents/accidents;
f) Suivi des travaux d'amélioration continue des équipes qualité – Agrément;
g) Suivi du préceptorat;
h) Participation et élaboration des catégories pour les prix de reconnaissance au Gala du mérite :

1 - Infirmier(ère) s'étant le(la) plus démarqué(e);
2 - Infirmier(ère) auxiliaire s'étant le(la) plus démarqué(e);
3 - Relève infirmier(ère);
4 - Relève infirmier(ère) auxiliaire;
5 - Mention spéciale : Projet novateur réalisé soit par l'infirmier(ère) ou par l'infirmier(ère) auxiliaire;
6- Mention spéciale : Fonctions méconnues soient par l'infirmier(ère) ou par l'infirmière auxiliaire;

i) Remise d'un certificat d'excellence aux membres ayant 30, 35 et 40 ans de vie professionnelle.

PERSPECTIVES 2014-2015

a) Développement d'ordonnances collectives dans différents secteurs, afin de répondre aux besoins exprimés par les membres du CII-A;
b) Suivi de la mise en place de l'approche adaptée à la personne âgée en courte durée;
c) Reconnaissance du travail accompli par des collègues en soulignant la journée de l'infirmière auxiliaire et de l'infirmière, respectivement les 5 et 12 mai 2014;
d) Participation au Gala du Mérite 2014;
e) Feuilles de rédaction de notes au dossier / signes vitaux / PTI;
f) Rendre plus accessible l'information concernant la formation continue via le babillard.

En conclusion, les activités réalisées au cours de l'année 2013-2014 démontrent un désir constant comme membres de l'exécutif de participer activement à l'amélioration de la qualité des services et des soins infirmiers au sein du CSSS du Granit. Afin de répondre au mandat qui nous est conféré par la LSSS, notre présence et notre implication à titre de CII-A se doivent d'être toujours plus grandes au sein de l'organisation.

MEMBRES DE L'EXÉCUTIF

- Marie-Ève Allard, présidente
- Julie Laplante, vice-présidente
- Véronique Labrecque, secrétaire (en remplacement de Stéphanie St-Hilaire)
- Geneviève Lalonde (en remplacement de Nathalie Trépanier)
- Josée Mainville
- Danielle Vallières
- Pierre Latulippe, directeur général du CSSS du Granit
- Vicky Orichefsky, directrice des programmes services à la jeunesse et aux adultes, et aux services multidisciplinaires au CSSS du Granit

BILAN DE L'ANNÉE

Le Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit a poursuivi en 2013-2014 la réalisation des mandats et engagements déjà enclenchés dans les dernières années et ce, en lien direct avec les prérogatives de la *Loi sur la santé et les services sociaux* (LSSS).
Le nombre de membres actifs du Conseil multidisciplinaire du CSSS du Granit a dépassé le cap des cent-dix (110), provenant de 20 professions différentes.

Comité de pairs
Le dossier des comités de pairs a été mené en duo, dans la dernière année, par Danielle Vallières et Josée Mainville. Les efforts de recrutement des dernières années semblent porter fruit, car les membres ont développé un début de réflexe en interpellant les responsables pour leur présenter leurs projets. De nombreux projets ont été présentés et un retour sur les critères a été nécessaire pour s'assurer de sélectionner les travaux qui répondent aux objectifs des comités de pairs. Le but des comités de pairs consiste toujours à s'assurer de l'appréciation et de l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle en établissement de santé et services sociaux.

Comité de l'activité reconnaissance
Depuis plusieurs années, cette activité se tient dans le cadre de l'Assemblée générale annuelle pour la reconnaissance professionnelle. À noter qu'en 2013-2014, deux nouvelles catégories ont été retenues par Véronique Labrecque, Julie Laplante et Josée Mainville. Les membres ont été appelés à proposer des candidatures («Personnalité presque parfaite» et «Employé motivé et dévoué»). Les gagnants ont été dévoilés au Gala du Mérite de juin 2014.

Planification de la main-d'œuvre, garderie et actualisation de la Loi 21
Peu de développements ont été enregistrés en regard de ces trois comités.

Comité de gestion des risques (CGR) et Comité de prévention des infections nosocomiales
Le comité exécutif a mis en suspens son implication au sein de ces deux comités dû à l'absence indéterminée de la personne déléguée par le Conseil multidisciplinaire. À la demande du CGR, un nouveau membre de l'exécutif devra être présent pour s'assurer d'un suivi concernant ces différents enjeux. Denise Arsenault, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers, se joint aux rencontres pour effectuer le suivi qualité de différents dossiers, tels que l'Agrément.

Planetree
Actuellement, avec la nouvelle formule, il n'y a pas de représentant du CÉCM qui participe aux rencontres. Or, le CECM démontre toujours un intérêt pour l'approche et a émis le souhait de s'impliquer à nouveau.

CMURE
Depuis quelques années, le CECM délègue un de ses membres afin d'assumer une représentation au sein du Conseil multidisciplinaire unifié de la région de l'Estrie (CMURE). C'est Danielle Vallières qui a assumé ce mandat et a participé aux rencontres régionales.

Comité de promotion et de visibilité
Ce sous-comité a mis en place un plan d'action afin de mousser la promotion et la visibilité du Conseil multidisciplinaire auprès de ses membres. Ce comité est composé de Marie-Ève Allard et Geneviève Lalonde. Entre autres, afin d'améliorer la visibilité du Conseil multidisciplinaire, des informations sont ajoutées sur intranet dans la section des instances professionnelles dont, entre autres, les comptes-rendus de rencontres, etc. Une adresse courriel a été créée pour rejoindre directement l'exécutif et des textes sont publiés dans le journal interne Info-Action.

PERSPECTIVES 2014-2015

Au cours de la prochaine année, le CECM du CSSS du Granit poursuivra son implication active au sein des différents comités de l'établissement, en plus d'émettre des recommandations et avis sur des sujets touchant ses membres. La poursuite des travaux sur la promotion et la visibilité du Conseil multidisciplinaire sera un objectif important pour son exécutif. Toutefois, les membres du CECM demeurent ouverts aux suggestions de mandats ou de travaux, qui pourraient être proposées afin de faire évoluer la qualité de la pratique professionnelle au sein de l'organisation.

L'exécutif du Conseil multidisciplinaire se composait, entre autres, à l'avant, de Julie Laplante, Marie-Ève Allard, présidente et Vicky Orichefsky, directrice des programmes services à la jeunesse et aux adultes. À l'arrière, Véronique Labrecque, secrétaire, Pierre Latulippe, d. g., Geneviève Lalonde, Danielle Vallières et Josée Mainville.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

MEMBRES DE L'EXÉCUTIF

- Dr Bernard Gélinas, président
- Dr Patrice Laframboise, vice-président
- Adrian Pusca, administrateur
- Dre Michèle Brochu, administratrice
- Dre Kathleen Dulac, administratrice
- Dr Daniel Chouinard, administrateur
- Anne Boulet, pharmacienne
- Pierre Latulippe, directeur général

BILAN DE L'ANNÉE

Tous ont été affectés par cette énorme tragédie du 6 juillet dernier. Il n'y a pas de mots pour traduire l'ampleur de ce drame. Une forte solidarité a été démontrée de la part de l'équipe médicale et de tout le personnel du CSSS du Granit. Le service de soutien psychologique et psychosocial a été mis en place. Il y a eu également la relocalisation des cliniques médicales Le Frontenac et Lac-Mégantic.

Les membres de l'exécutif du CMDP se sont réunis tous les mois (à l'exception du mois de mars), soit de septembre 2013 à juin 2014. Encore cette année, le comité exécutif du CMDP a fonctionné dans des conditions très agréables avec des discussions enrichissantes et de beaux échanges, et ce, toujours dans le but d'améliorer la qualité des soins au CSSS du Granit.

Comme c'est le cas depuis plusieurs années, il y a eu très peu de discussions au sujet de plaintes ou de mauvais services rendus par les membres.

Le comité exécutif a vu au bon fonctionnement de ces différents comités. Certains comités ont été relativement peu actifs, mais nous verrons pour l'année 2014-2015, à ce qu'il y ait une recrudescence au niveau des activités de certains comités.

Agrément

Cette année, nous avons reçu l'équipe visiteuse du Conseil québécois d'Agrément (CQA) la semaine du 4 au 9 mai 1014. Les membres du CMDP les plus sollicités pour la préparation à la visite d'agrément ont été les pharmaciennes et les membres du personnel du département de pharmacie.

Les médecins, employés, gestionnaires, administrateurs et bénévoles reliés au CSSS du Granit étaient invités à une rencontre, à la fin de la visite de l'équipe d'évaluation d'Agrément Canada, le vendredi 9 mai, afin de recevoir les résultats du rapport préliminaire de la visite.

Nous pouvons être fiers au CSSS du Granit d'avoir atteint un niveau de conformité des normes de 97%, note qui fait la fierté de tous. Nous recevrons le rapport final dans les prochaines semaines.

Département de pharmacie :

Le département de pharmacie a eu recours aux pharmaciens du CHUS au cours de cette dernière année. Depuis avril dernier, nos effectifs sont à 100%.

Pour l'année 2013-2014, les objectifs visés étaient :

- Radiologie – offre de service;
- Planetree – communication clientèle, aménagement salle d'attente et locaux à l'urgence.

Un objectif a déjà été réalisé au niveau du volet Planetree. Un écran mentionnant le délai d'attente est maintenant fonctionnel à la salle d'attente de l'urgence. Cet écran est très apprécié par la clientèle.

L'autre objectif était de rencontrer les radiologistes, les Dr Yves Marmen et Dr Raymond Ste-Marie, pour évaluer nos équipements, ainsi que les procédures actuelles et nouvelles que nous pourrions améliorer au CSSS du Granit.

Omnipratique:

Au cours de l'année, nous avons connu une diminution du nombre de médecins réguliers oeuvrant à la salle d'urgence pour des raisons personnelles et professionnelles. De nombreux médecins dépanneurs ont couvert le service au cours de l'année, nous avons vu à ce que la qualité et la continuité des services soient préservées.

Au cours de l'année 2014-2015, avec l'arrivée du Dr Jonathan Tremblay, on peut penser que le nombre de médecins dépanneurs au secteur de l'urgence devrait diminuer.

Le groupe de médecins oeuvrant en hospitalisation s'est bien maintenu et, avec le retour de congés de maternité des Dres Florence Michel et Katherine Labrecque, on devrait s'attendre à ce que tout se déroule très bien.

Anesthésiologie :

Nos deux postes en anesthésiologie sont comblés avec l'arrivée du Dr Quentin Gobert et de sa conjointe, Dre Lyndia Dernis.

En février dernier, les membres de l'exécutif du CMDP ont recommandé la nomination du Dr Quentin Gobert au poste de chef du département d'anesthésiologie.

Chirurgie générale :

Dr Paul Paradis maintient le poste de chef du département de chirurgie. Avec l'arrivée prochaine du Dr Jeff Wackett, celui-ci sera nommé à ce poste au courant de l'automne prochain.

Le comité exécutif du CMDP s'est impliqué au niveau de la chirurgie pour améliorer le débit du bloc opératoire et les conditions de travail. Des représentations ont été faites, entre autres, à Sherbrooke et Cookshire, pour que cette clientèle soit référée au CSSS du Granit.

Dr Wackett, chirurgien, a donc débuté sa clinique à Sherbrooke et à Cookshire pour recruter une nouvelle clientèle, afin de permettre qu'un chirurgien permanent rehausse notre bloc opératoire et le rende beaucoup plus performant au niveau des statistiques. Dans un avenir peu lointain, il est visé de recruter un deuxième chirurgien.

Le comité exécutif du CMDP s'est penché également, avec son personnel administratif, sur les différents projets PFT, pour tenir compte des préoccupations d'ordre médical. Nous avons eu une très bonne écoute de notre directeur général et de notre directrice des services professionnels.

Somme toute, l'année 2013-2014 a fourni des discussions constructives et la préparation à une visite de l'équipe de l'Agrément, clôturant l'année de façon positive. Donc, nous aurons encore plusieurs défis pour la prochaine année. Cette année, les membres ont été très proactifs.

L'année 2014-2015 devrait débuter sur une note tout à fait écologique, puisqu'à compter de septembre prochain, l'exécutif du CMDP fonctionnera sans papier. Une volonté très claire exprimée par les Dr Chouinard et Laframboise, de sorte que l'on pourrait ainsi contribuer au virage écologique du CSSS du Granit.

MEMBRES DU COMITÉ

- Élise Lacombe, prés. et conseillère à la qualité des services et des soins infirmiers [CQSSI]
- Denise Arsenault, vice-prés. et DQSSI représente le directeur général et le CII-A
- Alexandra Sivret, secrétaire et chef d'unité mission CHSLD
- Dre Michèle Brochu, DSP, présente en alternance avec Dr Wadih-Pierre Saad, interniste et spécialiste en maladies infectieuses, désignés par le CMDP;
- Simon Grondin, inhalothérapeute, pour le Conseil multi;
- Manon Veilleux, assistante infirmière-chef (AIC) en courte durée;
- Marilyn Goulet, coordonnatrice du soutien à domicile [SAD], représentante de la mission CLSC de l'établissement;
- Nancy Rosa, AIC du bloc op.;
- Diane St-Pierre, ass. supérieur immédiat [ASI] du labo;
- Mélanie Nogue, coordonnatrice des services techniques,
- Marie-Ève Maillé, avocate, représentante des usagers de l'établissement.

BILAN DE L'ANNÉE

Le Comité de gestion des risques (CGR) est composé de douze membres recrutés en fonction de leur intérêt pour la gestion des risques et la prévention des infections, tout en privilégiant une représentativité des diverses missions du CSSS, de ses programmes et services.

Mandat
Le CGR a pour fonctions de **:**
Rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident (inc/acc).

- Dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
- S'assurer de la mise en place d'un système de surveillance (registre local des acc/inc) aux fins d'analyse des causes et des recommandations au c. a., quant à la prise de mesures visant à prévenir la récurrence et le contrôle, s'il y a lieu.
- Assurer au c. a. que les obligations de sécurité des usagers, mais aussi celles des employés, des médecins et des tiers sont remplies, que des mécanismes sont en place pour diminuer les risques d'accident causant des dommages et pour protéger les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles de l'établissement.

Tenue des réunions
Le CGR a tenu cinq rencontres régulières et quatre rencontres ad hoc (comité de gestion d'éclosions) entre le 1er mars 2013 et le 31 mars 2014.
Taux de participation aux rencontres : 73%. En raison des événements du 6 juillet dernier et des nombreuses absences des membres, le comité de GDR et PCI n'a pas pu tenir les six rencontres régulières comme convenues. Malgré tout, les suivis et les recommandations du comité ont été faits aux instances concernées.

Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du registre local de surveillance :
On compte 1231 événements déclarés cette année pour l'ensemble des secteurs comparativement à 1265 l'année dernière, ce qui correspond à une diminution de 2,7 % des déclarations.

De façon générale, les erreurs de médicaments représentent 46,9 % des événements déclarés au CSSS du Granit, suivies des chutes, 27,0 % et des erreurs de tests diagnostiques, 8,4 %.
Voir le Tableau 1 à la fin du texte : Registre des incidents et accidents par année financière du CSSS du Granit.

Actions prises pour la déclaration et la divulgation des incidents/accidents
Notre personnel est sensibilisé à l'importance de la déclaration et fait, selon les commentaires des chefs de services, la déclaration de la majorité des événements indésirables.
Par contre, nous devons mettre davantage d'efforts actuellement à la divulgation auprès des usagers, lorsque la situation le requiert. La CDQSSI fait ce rappel régulièrement auprès du personnel et des chefs de services.

Actions prises pour le suivi des mesures de soutien aux usagers et, le cas échéant, à leurs proches :
Les usagers visés par les événements sentinelles ont été, pour la majorité, rencontrés afin que l'événement indésirable leur soit divulgué, telle que la politique de divulgation le stipule. Dans certains cas, des mesures de soutien ont été offertes.

Actions prises pour le suivi des événements indésirables :
Chacun des événements considérés comme sentinelles (les plus fréquents ou ceux ayant des conséquences graves) a fait l'objet d'une analyse approfondie avec les personnes concernées (chef de service, ASI, directeur, etc.). Ceci a permis de déployer des moyens afin d'éviter la récurrence.
Certaines procédures ont été élaborées et des formations ont été données aux équipes.
Un tableau de suivi des événements sentinelles a été créé afin que le comité de GDR puisse suivre l'évolution des mesures prises afin d'en éviter la récurrence. Puis le Comité de vigilance et de la qualité en est informé.

Voici quelques exemples d'actions prises :

- Poursuite des audits permettant de réduire les erreurs de médicaments, puisque malgré une réduction notée, ça demeure l'indicateur le plus élevé des incidents (interceptée avant administration) et des accidents sans conséquences (omission, mauvaise heure ou mauvaise dose ou mauvais médicament à la mauvaise personne). Les événements avec conséquences sont majoritairement des chutes pour lesquels des actions de prévention diverses

sont prises (Programme de prévention des chutes);

- L'étiquetage des lits comportant un certain risque, lors de l'application de contentions abdominales, à été fait et certains lits peu sécuritaires ont été remplacés;
- Un programme de protection respiratoire pour le personnel;
- La sécurité des usagers, prestataires de services, bénévoles et tierces personnes nous tient à cœur et nous poursuivons nos efforts pour toujours améliorer nos actions, afin de prévenir les événements indésirables ou en atténuer les conséquences.

Tableau 1 : Registre des incidents et accidents par année financière du CSSS du Granit

	2011-2012	2012-2013	**2013-2014**
Erreurs concernant les médicaments	478	640	⬇ **577**
Chutes	239	356	⬇ **332**
Erreurs concernant les tests diagnostiques	160	159	⬇ **104**
Autres	148	110	⬇ **97**
Total des événements	1025	1265	⬇ **1231**
Nombre total d'admissions **Nombre total de jours-présence des usagers**	1740 37 519	1921 47 823	⬇ **1830** ⬆ **49 384**
Taux d'incidence[i] /1000 jours-présence	27.32	26.45[i]	⬇ **24.92[ii]**

[i] Le taux d'incidence représente le nombre de nouveaux événements survenus par 1000 jours-présence pour une période déterminée.
[ii] La diminution du taux d'incidence témoigne d'une réduction du nombre d'événements indésirables par tranche de 1000 jours-présence pour l'année 2013-2014 comparativement aux années précédentes. Il est intéressant de constater une baisse de l'incidence des incidents/accidents, et ce, malgré une augmentation du nombre de jours-présence des usagers.

32 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, le Comité des usagers et des résidents, les membres du conseil d'administration du CSSS du Granit et les membres individuels.
Nous avons 117 bénévoles inscrits au registre de l'établissement. Ils ont réalisé 2042 heures de bénévolat recensées, l'année dernière.
Deux éducatrices spécialisées encadrent les actions faites par les bénévoles et accueillent tout nouveau bénévole désirant s'impliquer auprès de nos résidents.

La direction du CSSS du Granit tient à remercier tous les bénévoles d'avoir choisi l'établissement pour accorder leur temps précieux et, par le fait même, d'apporter du support et du bonheur à la clientèle du CSSS du Granit. La direction assure chacun des bénévoles que toutes les actions qu'ils posent sont grandement appréciées, du fait qu'elles contribuent au mieux-être de cette clientèle.

MEMBRES DU COMITÉ

- Guy Cloutier, président
- Bernard Saucier, administrateur
- Lisette Lachance, administratrice
- André Veilleux, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
- Pierre Latulippe, directeur général

Personnes ressources :

- Denise Arsenault, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers
- Louise Cameron, adjointe administrative et secrétaire de réunion

BILAN DE L'ANNÉE

Le Comité de vigilance et de la qualité a tenu cinq réunions durant l'année. Un administrateur, Réal Vachon, a laissé le Comité en janvier 2014 et a été remplacé par Lisette Lachance.

Actions menées par le comité :
À chacune des rencontres, suivi des dossiers du commissaire local aux plaintes et à la qualité, ainsi que suivi de la mise en place des recommandations.
Mise à jour du *Règlement d'examen des plaintes des usagers* en lien avec le traitement d'une plainte qui pourrait être reçue par l'établissement à l'égard du travail du commissaire local aux plaintes.
Vérification pour s'assurer de la disponibilité, à des endroits stratégiques pour la clientèle, des dépliants concernant les plaintes.
Présentation du rapport annuel « *Régime d'examen des plaintes en santé et services sociaux* ».
Présentation des résultats du sondage *Culture de sécurité*, dans le cadre de l'Agrément.
Présentation, par la directrice de la qualité des services et des soins infirmiers, de la mise à jour du *Plan de gestion lors d'éclosion de l'influenza et/ou de gastro-entérite*.
Présentation du *Plan de sécurité des usagers 2013-2014*.
La directrice de la qualité des services et des soins infirmiers présente, à chacune des rencontres, le rapport du Comité de gestion des risques (registre des accidents/incidents, tableau concernant les infections nosocomiales, rapports d'investigation du coroner) et autres dossiers pertinents.
Préparation et dépôt, au besoin, de recommandations au conseil d'administration.

Principales recommandations :

- Relance faite auprès du personnel à l'effet d'assurer une meilleure communication entre départements, pour le bien de l'usager. Ex. : courte durée - bloc opératoire, urgence - soins de santé courants, etc.
- Révision de la procédure concernant les « dons d'organes et de tissus » du CSSS du Granit et transmission aux personnes concernées en vue de son application.
- Une mise à jour du logiciel au triage a fait l'objet d'un examen à la suite d'une demande de médication d'un usager pour soulager la douleur, en attendant de voir le médecin. Une formation a été donnée au personnel concerné par la suite.
- Mise en place de mesures à la suite d'un retour prématuré d'un usager à sa résidence, à savoir :
- -l'annonce d'un congé devra être explicite;
- -une attention particulière devra être portée à la période d'observation;
- -la politique concernant les opiacés sera ajustée en conséquence;
- -des communiqués seront acheminés aux médecins et aux différentes instances.
- Mesures administratives appliquées auprès d'employé(e)s lorsque pertinent.

Le Comité de vigilance et de la qualité se composait, en 2013-2014, du président, Guy Cloutier, d'André Veilleux, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, Bernard Saucier, administrateur, Denise Arsenault, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers, et du directeur général, Pierre Latulippe. Absente sur la photo : Lisette Lachance.

- Relance de la philosophie Planetree auprès du personnel pour une meilleure approche au client.
- Formation spécifique donnée à tout le personnel qui travaille avec la clientèle en unité prothétique en CHSLD (comportements difficiles des résidents).
- Information transmise auprès de la population concernant la procédure à suivre lors d'une absence prolongée d'un médecin traitant (secteur de Lambton).
- Élaboration d'une procédure à suivre concernant la vérification des résultats d'examens lors d'une absence prolongée d'un médecin de famille.

Dossiers en cours d'examen :

Des dossiers sont toujours en cours d'analyse à la suite de demandes reçues et/ou de plaintes déposées :

- Politique concernant les vols d'effets personnels au CSSS du Granit.

Demandes du conseil d'administration :
Lorsque des demandes lui sont transmises par le conseil d'administration, le Comité de vigilance et de la qualité s'assure d'y répondre dans les meilleurs délais.

34 Comité de vérification

MEMBRES DU COMITÉ

- Jean-Guy Fredette, président
- Suzanne Boulanger, administratrice
- Roger Charbonneau, administrateur

Personnes ressources :

- Pierre Latulippe, directeur général
- Sylvain Roy, directeur des ressources financières et institutionnelles
- Louise Cameron, adjointe administrative et secrétaire de réunion

Le Comité de vérification 2013-2014 se composait, de gauche à droite, de Pierre Latulippe, directeur général, Jean-Guy Fredette, président, Suzanne Boulanger et Roger Charbonneau, administrateurs, et Sylvain Roy, directeur des ressources financières et informationnelles.

BILAN DE L'ANNÉE

Le Comité de vérification a tenu huit réunions durant l'année.

Liste des dossiers saisis par le Comité de vérification :

- Démarche bloc opératoire;
- PFT - Soins intensifs;
- Rapports statistiques aux périodes 5, 7 et 11;
- Rencontre avec l'auditeur externe;
- État des placements;
- Volumes de transactions - carte de crédit et cartes de débit;
- Reddition de comptes ministérielle sur les contrats - nouvelle politique du Ministère :
  - -Liste des contrats octroyés;
  - -Déclaration du directeur général;
- PFT - CHSLD;
- Vérification des livres comptables de l'établissement par Revenu Québec;
- Corruption et collusion/rappel sur l'application des politiques en lien avec ce volet;
- Projet d'agrandissement salle d'attente - cliniques externes et centre de prélèvement;
- Reddition de compte - Loi 100;
- Allocations budgétaires DP-DI-TED;
- Élimination du tarif BT (2006) évaluation des économies réalisées.

Activités réalisées :

- Vérification des comptes de dépenses de la présidente du conseil d'administration et du directeur général;
- Choix de la firme des auditeurs externes pour l'exercice financier 2013-2014.

Activités en cours de réalisation :

- Rapport du vérificateur général du CHUM : -Devoirs et responsabilités du conseil d'administration;
- Planification budgétaire 2014-2015;
- Plan d'action - Gestion intégrée des risques;
- Politique sur la gestion intégrée des risques.

34 Comité de gouvernance et d'éthique du c. a.

MEMBRES DU COMITÉ

- Suzanne Boulanger, présidente
- Jean-Guy Fredette, administrateur
- Guy Cloutier, administrateur
- Manon Monfette, administratrice
- Pierre Latulippe, directeur général

BILAN DE L'ANNÉE

Le Comité de gouvernance et d'éthique a tenu trois réunions durant l'année.

Le comité a saisi les dossiers suivants et a réalisé les activités suivantes :

- Planification stratégique 2013-2015;
- Révision du calendrier statutaire des séances du conseil d'administration;
- Proposition d'activités Ressources humaines pour les présidents du c. a., les membres des comités Ressources humaines des conseils d'administration et les directeurs généraux;
- Évaluation du c. a. - élaboration de la grille d'évaluation du fonctionnement du c. a. et évaluation des conseils professionnels;
- Composition du c. a. (compétences recherchées) - élaboration de la politique - profils de compétences et d'expérience des administrateurs;
- Politiques de l'établissement - mise à jour de la politique visant l'émission des politiques organisationnelles et des procédures administratives au c. a. du CSSS du Granit;

- Plan d'organisation;
- Nombre de rencontres du c. a.;
- Rapport annuel du comité de gouvernance et d'éthique 2012-2013;
- Révision du Code d'éthique et de déontologie des membres du c. a.

MEMBRES DU COMITÉ

- Réal Vachon, président
- Lisette Lachance, secrétaire
- Lorraine Despatis, trésorière
- Diane Maheu, directrice
- Lucille Rouillard, directrice
- Carmen Guay, directrice
- Mariette Bédard, directrice
- Claire Dostie, directrice

Personnes ressources :

- Nathalie Bolduc, directrice SAPA
- Pierre Latulippe, directeur général
- André Veilleux, commissaire aux plaintes et à la qualité
- Renée Fortin

Le Comité des usagers du CSSS du Granit se composait, en 2013-2014, assis à l'avant, de Lisette Lachance, Mariette Bédard, Réal Vachon, président, Diane Maheu et Carmen Guay. À l'arrière, Pierre Latulippe, directeur général, Bruno Roy, Lorraine Despatis, Claire Dostie et Renée Fortin. Absente sur la photo : Lucille Rouillard.

BILAN DE L'ANNÉE

Le Comité des usagers a tenu quatre réunions régulières et une autre informelle, durant l'année. Régulièrement, plusieurs membres agissent comme bénévoles pour des activités auprès des personnes résidentes en longue durée, dans chacun des trois sites du CSSS du Granit. L'année 2013-2014 en fut une de remise en fonction du Comité des usagers et d'amélioration pour les trois Comités des résidents qui en dépendent, soit un par site.

Les réalisations du comité :

- Consultation pour établir un règlement sur l'heure des visites aux malades au CSSS-CHSLD-USLD, dans le but de sensibiliser la population afin de faciliter le travail des médecins et du personnel;
- Au début de mai 2014, visite de l'Agrément prévue au CSSS du Granit, dans les CHSLD-USLD. Depuis plus d'un an, le personnel du CSSS travaille fort pour en intégrer les critères dans l'organisation;
- Pour la clientèle ambulatoire à l'urgence, un système d'affichage a été implanté permettant au patient de voir le délai moyen d'attente, ce qui semble apprécié;
- Participation financière à un système d'écrans en circuit fermé pour diffuser des informations sur les services et règlements relatifs aux droits des usagers et le respect envers le personnel soignant;
- Mise en place de trois Comités de milieu de vie, regroupant les sites CHSLD et USLD;
- Les membres du comité ont été invités à souligner la Semaine de l'action bénévole, organisée par le CSSS du Granit;
- Projet de changement d'heures des repas pour les résidents en CHSLD-USLD, en les harmonisant dans les trois sites, dans le but de favoriser un climat agréable lors des repas, selon l'approche Planetree;
- Formation en CHSLD en lien avec le comportement des gens : savoir dépister et détecter les crises et développer une approche en soins cognitifs et en santé mentale;
- Tragédie du 6 juillet 2013 : À la suite du déraillement du train et des explosions au centre-ville, les services psychosociaux ont assisté les gens dans leur détresse. Une équipe est mise en place, le temps qu'il faudra, pour assurer le suivi. La population peut consulter jour et soir;
- Le Comité a invité la population à se prévaloir du vaccin contre la grippe;
- Une formation de trois heures dans les CHSLD-USLD, sur la maladie Alzeimer (FAE), a été offerte à tous les intervenants et au personnel, alors que les bénévoles, les membres des Comités des résidents et des usagers, les membres des familles, les aidants et les intervenants ont été invités à suivre le bloc 2 de cette formation;
- Recrutement de bénévoles pour supporter les éducatrices spécialisées lors des activités de loisirs ou les fêtes d'anniversaire des résidents;
- La liste d'attente pour un médecin de famille indique seulement 500 noms, ce qui est appréciable comparativement à d'autres régions. Les personnes affectées par la tragédie du 6 juillet ont pu obtenir un médecin;
- Concernant les soins d'ostéopathie donnés aux enfants, le CSSS a eu recours à un spécialiste. Ce dernier a vu 12 enfants en consultation, une belle initiative;
- Présentation d'un nouveau concept qui favorise la mobilité et l'autonomie lors d'un séjour à l'hôpital, l'approche adaptée à la personne âgée;
- Il y a eu une rencontre régionale des comités des usagers et des résidents en avril;
- Le commissaire local aux plaintes et à la qualité fait rapport au Comité des usagers du résultat de ses interventions au moins deux fois par année, parfois davantage.

La Fondation du CSSS du Granit, outil indispensable

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Berthier Arguin, président
- Monique Dallaire, 1ère vice-présidente
- Léon Ducharme, 2e vice-président
- André Veilleux, trésorier
- Nicole Bilodeau, secrétaire
- Lorraine Cloutier, directrice
- Luc Grondin, directeur
- Alexandra Sivret, directrice
- Céline Vigneault, directrice
- Pierre Latulippe, directeur général du CSSS du Granit

BILAN DE L'ANNÉE

Un don à la Fondation du CSSS du Granit, c'est aussi donner à un membre de votre famille, à un proche ou à un ami qui, tôt ou tard, aura besoin des services du Centre de santé et de services sociaux du Granit.

Donner à la Fondation 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. Que ce soit pour le bloc opératoire, les soins intensifs, l'obstétrique, l'urgence, tous les services portent la marque de la générosité des donateurs de la Fondation.

Au cours de l'année financière de la Fondation prenant fin le 31 décembre 2013, les dons perçus ont totalisé la somme de 124 656 $ dont, entre autres, les montants recueillis de 34 617 $ lors du tournoi de golf organisé par le personnel de l'établissement, 22 399 $ par la vente de billets pour le tirage de la Maison Desjardins, 20 518 $ provenant de donateurs à la suite de la tragédie du 6 juillet 2013 à Lac-Mégantic, 22 182 $ par le biais des dons réguliers, 7 690 $ pour les dons In Mémoriam, grâce aux bonnes attentions et bons services du personnel de l'établissement.

La présidence d'honneur de cette 21e édition du tournoi de golf, tenue le 7 septembre 2013 et organisée par le personnel de l'établissement, a été assumée avec succès par M. Denis Bolduc, commerçant de Lac-Mégantic. M. Sylvain Roy, directeur des ressources financières et informationnelles, et M. Alain Veilleux, cuisinier du CSSS du Granit, coprésidents, ont dirigé pour une première année, avec brio, l'organisation du tournoi, qui a accueilli 175 golfeurs et 225 personnes pour le souper.

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

L'objectif retenu pour l'année 2013 visait l'acquisition des équipements suivants, permettant encore et toujours l'amélioration de l'offre de service pour le bénéfice des clientèles de l'établissement :

- Renouvellement des équipements spécialisés des soins intensifs (moniteurs et autres) en lien avec la réalisation du projet de relocalisation du service des soins intensifs et du service de réadaptation physique;
- Divers équipements dans les CHSLD, tels que des équipements de contention, fauteuils berçants, écrans TV, chariots d'urgence, GPS, Oreillers ROHO, équipements d'ergothérapie, tables de lit, protecteurs de hanche, amplificateurs, concentrateurs O_2, kits thérapickels, coussins, tables de chevet, housse-civières, marchettes et chariots à médicaments;
- Accès aux services de première ligne non financés par les programmes réguliers.

La Fondation tient à souligner la contribution particulière de ses fidèles partenaires qui supportent généreusement les activités de la Fondation, année après année, et à les remercier très chaleureusement : Promotuel Monts et rives, les Caisses Desjardins Région de Mégantic et le personnel de Tafisa Canada, qui contribue à la source toutes les semaines, ainsi que les dirigeants de l'entreprise qui doublent le total des dons de leurs employés.

Le Scan du CSSS du Granit, acquis grâce à la Fondation de l'établissement, rend de grands services à la population de la MRC du Granit, sans qu'elle doive se déplacer outre mesure pour subir un test important.

Voici une synthèse des plaintes traitées durant l'année 2013-2014, ainsi que les interventions et assistances réalisées durant cette même période, par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, en conformité avec le rapport présenté au conseil d'administration du CSSS du Granit, le 12 juin 2014. Ce rapport peut être consulté sur le site Internet de l'établissement à l'adresse www.csssgranit.qc.ca

VOLET TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECOMMANDATIONS

- Au total 28 plaintes ont été traitées durant la période par le commissaire local et le médecin examinateur, comparativement à 27 l'année dernière.
- Deux assistances ainsi qu'une intervention consultation ont été faites par le commissaire durant la période.

1. Six plaintes relativement à des médecins travaillant au CSSS du Granit ont été acheminées par le commissaire au médecin examinateur et elles ont été conclues durant la période. Aucune plainte médicale n'a fait l'objet d'une demande de révision.
2. En tout, 16 plaintes relativement à des services dispensés au CSSS du Granit ont été reçues par le commissaire durant la période et 15 ont toutes été traitées et réglées, puisqu'une est en cours d'examen à la fin de la période.
3. Une plainte relativement à des services dispensés au Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) a été traitée et réglée.
4. Quatre plaintes relativement à des services dispensés au CLSC ont été traitées et réglées.
5. Une intervention a été faite en milieu hospitalier, les deux assistances ont été faites en CLSC relativement à des demandes d'accès à des médecins de famille;
6. Aucune plainte traitée durant l'exercice n'a fait l'objet d'un appel au Protecteur du Citoyen.

Le délai moyen du traitement des plaintes est de 24 jours. Toutes les plaintes traitées par le commissaire et le médecin examinateur l'ont été à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours, sauf une.

Si l'on compare l'objet total des plaintes relativement à leur niveau de traitement, l'objet des plaintes se concentre sur les soins et services dispensés (41%), les relations interpersonnelles (26%), l'accessibilité aux services (15%) et une catégorie autres (5%).

Les 23 dossiers traités par le commissaire ont donc fait l'objet de 27 motifs différents; les 6 plaintes traitées par le médecin examinateur ont fait l'objet de 7 motifs.

Les plaintes au niveau des soins et services dispensés concernaient particulièrement les compétences techniques et professionnelles au niveau infirmier et médical. Le médecin examinateur a redoublé d'efforts pour sensibiliser le personnel médical aux symptômes des différentes maladies. Certains problèmes de communication ont été identifiés provoquant un congé prématuré à l'urgence et un mauvais transfert de données entre les quarts de travail. Les recommandations pour corriger ces lacunes ont été retenues et mises en place. La direction de la gestion des risques a mis en place des outils visant l'importance de communiquer les incidents et accidents. Au niveau de la confidentialité et des comportements du personnel, l'éthique a été rappelée à tout le personnel. Les valeurs de l'établissement élaborées dans la mise en place du plan stratégique sont constamment rappelées au personnel dans une démarche d'amélioration continue. Les plaintes concernant les délais à l'urgence se traduisent maintenant par des insatisfactions.

Concernant les plaintes en matière de relations interpersonnelles, certaines ont fait l'objet de mesures disciplinaires sur recommandations du chef d'unité et du commissaire, envoyant un message clair au personnel à l'effet de maintenir une tolérance zéro quant au non-respect du code d'éthique.

Des recommandations portent sur l'accueil de la clientèle, qui devra être priorisé et faire l'objet d'un suivi constant, étant donné que cette clientèle, provenant de la génération des baby-boomers, est plus exigeante sinon intolérante.

André Veilleux,
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

VOLET QUALITÉ DES SERVICES

Considérant que le régime des plaintes vise l'amélioration de la qualité des soins et services, le commissaire tient à souligner qu'une plainte antérieure sur les lacunes quant à l'offre de service sur les dons d'organes a permis de mettre maintenant en place un programme relatif aux dons d'organes dans notre centre de santé, en collaboration avec Transplant Québec et Héma Québec, mettant l'accent sur les dons d'organes et de tissus après décès. Ce programme implanté dans les petits centres hospitaliers en province a provoqué une hausse de 30% des greffes au Québec.
Soulignons, par ailleurs, l'installation des boîtes pour recevoir les formulaires sur la satisfaction de la clientèle quant aux soins et services reçus et signalons que les commentaires sont en grande majorité positifs. Les réponses négatives sont en lien avec les plaintes traitées.
Également la baisse remarquée des plaintes en CHSLD et en soins de santé courants est sûrement attribuable aux efforts déployés par les professionnels qui ont implanté un programme exemplaire auprès des préposés aux soins, s'appuyant sur la responsabilité en milieu clinique.
Quant à la **Promotion du Régime**, un article est publié annuellement sur la promotion des droits des usagers dans le journal local.

André Veilleux,
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Statistiques - État des résultats au 31 mars 2014

	2014				2013
	Budget	Activités d'exploitation	Activités immobilières	Total	Total
Revenus					
Subventions Agence et MSSS	35 670 929 $	33 512 726 $	2 819 808 $	36 332 534 $	35 241 515 $
Contributions des usagers	2 581 151 $	2 694 192 $	–	2 694 192 $	2 494 409 $
Ventes de services et recouvrements	388 661 $	423 759 $	–	423 759 $	464 818 $
Donations	125 000 $	143 546 $	129 256 $	272 802 $	186 050 $
Revenus de placement	20 000 $	21 045 $	–	21 045 $	20 881 $
Revenus de type commercial	0 $	43 893 $	–	43 893 $	44 245 $
Autres revenus	188 222 $	301 538 $	141 $	301 679 $	49 090 $
	38 973 963 $	**37 140 699 $**	**2 949 205 $**	**40 089 904 $**	**38 501 008 $**
Charges					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	27 175 316 $	28 170 518 $	–	28 170 518 $	26 223 372 $
Médicaments	525 670 $	488 862 $	–	488 862 $	523 333 $
Produits sanguins	356 892 $	216 271 $	–	216 271 $	383 706 $
Fournitures médicales et chirurgicales	970 743 $	1 038 787 $	–	1 038 787 $	968 483 $
Denrées alimentaires	373 008 $	394 894 $	–	394 894 $	380 481 $
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	1 389 294 $	1 326 931 $	–	1 326 931 $	1 166 140 $
Frais financiers	901 600 $	–	750 564 $	750 564 $	895 697 $
Entretien et réparations	1 407 009 $	627 063 $	696 316 $	1 323 379 $	1 765 345 $
Créances douteuses	–	11 820 $	–	11 820 $	1 194 $
Amortissement des immobilisations	1 675 000 $	–	1 527 617 $	1 527 617 $	1 585 404 $
Perte sur disposition d'immobilisations	–	–	7 904 $	7 904 $	0 $
Autres charges	4 296 231 $	4 679 942 $	1 183 $	4 681 125 $	4 453 570 $
	39 070 763 $	**36 955 088 $**	**2 983 584 $**	**39 938 672 $**	**38 346 725 $**
Surplus de l'exercice	**(96 800 $)**	**185 611 $**	**(34 379 $)**	**151 232 $**	**154 283 $**

Note 1: L'établissement détient un intérêt économique dans la Fondation du Centre de santé et de services sociaux du Granit puisque la fondation organise des levées de fonds annuelles pour l'établissement. Au cours de l'exercice, La Fondation a fait des dons totalisant 57 600$ pour l'achat d'équipements divers.

État des résultats - Activités d'exploitation au 31 mars 2014

	2014				2013
	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total	Total
Revenus					
Subventions Agence et MSSS	32 219 329 $	33 510 580 $	2 146 $	33 512 726 $	31 645 086 $
Contributions des usagers	2 581 151 $	2 694 192 $	–	2 694 192 $	2 494 409 $
Ventes de services et recouvrements	388 661 $	423 759 $	–	423 759 $	464 818 $
Donations	–	26 523 $	117 023 $	143 546 $	52 531 $
Revenus de placement	20 000 $	21 045 $	–	21 045 $	20 881 $
Revenus de type commercial	–	–	43 893 $	43 893 $	44 245 $
Autres revenus	188 222 $	292 858 $	8 680 $	301 538 $	46 059 $
	35 397 363 $	**36 968 957 $**	**171 742 $**	**37 140 699 $**	**34 768 029 $**
Charges					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	27 175 316 $	28 077 813 $	92 705 $	28 170 518 $	26 223 372 $
Médicaments	525 670 $	488 862 $	–	488 862 $	523 333 $
Produits sanguins	356 892 $	216 271 $	–	216 271 $	383 706 $
Fournitures médicales et chirurgicales	970 743 $	1 038 787 $	–	1 038 787 $	968 483 $
Denrées alimentaires	373 008 $	394 894 $	–	394 894 $	380 481 $
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	1 389 294 $	1 326 931 $	–	1 326 931 $	1 166 140 $
Entretien et réparations	407 009 $	627 063 $	–	627 063 $	516 186 $
Créances douteuses	–	11 820 $	–	11 820 $	1 194 $
Autres charges	4 296 231 $	4 605 995 $	73 947 $	4 679 942 $	4 452 408 $
	35 494 163 $	**36 788 436 $**	**166 652 $**	**36 955 088 $**	**34 615 303 $**
Surplus (déficit) de l'exercice	**(96 800 $)**	**180 521 $**	**5 090 $**	**185 611 $**	**152 726 $**

État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2014

	2014			2013
	Activités d'exploitation	Activités immobilières	Total	Total
Surplus cumulés au début	917 885 $	310 547 $	1 228 432 $	1 074 149 $
Surplus (déficit) de l'exercice	185 611 $	(34 379 $)	151 232 $	154 283 $
Surplus cumulés à la fin	**1 103 496 $**	**276 168 $**	**1 379 664 $**	**1 228 432 $**
Constitués des éléments suivants				
Affectations d'origine externe	–	–	–	–
Affectations d'origine interne	–	–	–	–
Solde non affecté	–	–	1 379 664 $	1 228 432 $
Total			**1 379 664 $**	**1 228 432 $**

	2014			2013
	Activités d'exploitation	Activités immobilières	Total	Total
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	771 535 $	361 665 $	1 133 200 $	1 074 006 $
Placements temporaires	1 100 319 $	–	1 100 319 $	1 675 297 $
Débiteur –Agence et MSSS	2 106 275 $	169 005 $	2 275 280 $	1 548 789 $
Autres débiteurs	598 883 $	67 731 $	666 614 $	322 185 $
Créances interfonds (dettes interfonds)	24 890 $	(24 890 $)	–	–
Subvention à recevoir – réforme comptable	2 862 306 $	5 613 801 $	8 476 107 $	7 679 037 $
Frais reportés liés aux dettes	–	62 448 $	62 448 $	29 240 $
Autres éléments	116 111 $	–	116 111 $	120 489 $
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	**7 580 319 $**	**6 249 760 $**	**13 830 079 $**	**12 449 043 $**
PASSIFS				
Emprunts temporaires	–	602 327 $	602 327 $	659 647 $
Autres créditeurs et autres charges	2 737 451 $	42 365 $	2 779 816 $	2 970 448 $
Avances de fonds en provenance de l'agence	–	880 524 $	880 524 $	1 306 716 $
Intérêts courus à payer	–	169 005 $	169 005 $	146 438 $
Revenus reportés	795 879 $	573 563 $	1 369 442 $	1 199 906 $
Dettes à long terme	–	23 816 152 $	23 816 152 $	23 100 485 $
Passif au titre des avantages sociaux futurs	3 422 038 $	–	3 422 038 $	3 214 310 $
Autres éléments	104 771 $	–	104 771 $	123 300 $
TOTAL DES PASSIFS	**7 060 139 $**	**26 083 936 $**	**33 144 075 $**	**32 721 250 $**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**520 180 $**	**(19 834 176 $)**	**(19 313 996 $)**	**(20 272 207 $)**
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	–	20 110 344 $	20 110 344 $	20 867 101 $
Stocks de fournitures	403 807 $	–	403 807 $	395 588 $
Frais payés d'avance	179 509 $	–	179 509 $	237 950 $
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**583 316 $**	**20 110 344 $**	**20 693 660 $**	**21 500 639 $**
SURPLUS CUMULÉS	**1 103 496 $**	**276 168 $**	**1 379 664 $**	**1 228 432 $**

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) au 31 mars 2014

	2014				2013
	Budget	Activités d'exploitation	Activités immobilières	Total	Total
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT	(20 272 207 $)	284 347 $	(20 556 554 $)	(20 272 207 $)	(21 101 455 $)
Surplus de l'exercice	0 $	185 611 $	(34 379 $)	151 232 $	154 283 $
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	(1 000 000 $)	–	(778 764 $)	(778 764 $)	(948 315 $)
Amortissement de l'exercice	1 675 000 $	–	1 527 617 $	1 527 617 $	1 585 404 $
Perte sur disposition	–	–	7 904 $	7 904 $	–
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	675 000 $	0 $	756 757 $	756 757 $	637 089 $
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	(1 300 000 $)	(1 558 135 $)	–	(1 558 135 $)	(1 689 969 $)
Acquisition de frais payés d'avance	(350 000 $)	(473 968 $)	–	(473 968 $)	(591 306 $)
Utilisation de stocks de fournitures	1 300 000 $	1 549 916 $	–	1 549 916 $	1 709 484 $
Utilisation de frais payés d'avance	350 000 $	532 409 $	–	532 409 $	609 667 $
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	0 $	50 222 $		50 222 $	37 876 $
AUGMENTATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**675 000 $**	**235 833 $**	**722 378 $**	**958 211 $**	**829 248 $**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	**(19 597 207 $)**	**520 180 $**	**(19 834 176 $)**	**(19 313 996 $)**	**(20 272 207 $)**

État des flux de trésorerie au 31 mars 2014

	2014	2013
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus	151 232 $	154 283 $
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Créances douteuses	11 820 $	1 194 $
Stocks et frais payés d'avance	50 222 $	37 876 $
Perte sur disposition d'immobilisations	7 904 $	–
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(129 256 $)	(133 519 $)
Amortissement des immobilisations	1 527 617 $	1 585 404 $
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	23 743 $	7 139 $
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	1 492 050 $	1 498 094 $
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	(1 260 773 $)	1 331 891 $
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	**382 509 $**	**2 984 268 $**
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations:		
Acquisitions	(778 764 $)	(948 315 $)
Flux de trésorerie utilisé pour les activités d'investissement en immobilisations	**(778 764 $)**	**(948 315 $)**
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation d'autres éléments:		
Subvention à recevoir – Réforme comptable	(797 070 $)	(1 864 964 $)
Flux de trésorerie utilisé pour les activités d'investissement	**(797 070 $)**	**(1 864 964 $)**
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes:		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	13 244 444 $	1 781 517 $
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(1 238 166 $)	(1 164 687 $)
Emprunts remboursés – Refinancement de dettes à long terme	(11 290 611 $)	–
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	13 248 198 $	1 853 672 $
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(69 475 $)	(52 346 $)
Emprunts temporaires remboursés – refinancement fonds d'immobilisations	(13 236 043 $)	(1 772 610 $)
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	**658 347 $**	**645 546 $**
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	**(534 978 $)**	**816 535 $**
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	**2 908 603 $**	**2 092 068 $**
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	**2 373 625 $**	**2 908 603 $**
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent:		
Encaisse	1 273 306 $	1 233 306 $
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	1 100 319 $	1 675 297 $
Total	**2 373 625 $**	**2 908 603 $**

Données statistiques CH - CHSLD

	2014	2013
Imagerie médicale		
Examens	22 294	21 880
Unités techniques	373 110	354 590
Médecine de jour		
Jours-soins	1 106	1 888
Usagers	764	1 483
Courte durée (jours-présence)		
Médecine générale	8 165	8 122
Obstétrique	378	373
Pouponnière	342	323
Pédiatrie	107	127
Soins intensifs	686	785
Total	**9 678**	**9 730**
Longue durée (jours-présence)		
USLD (4ième étage Siège social)	14 113	13 666
CHSLD Lac-Mégantic	15 454	15 119
CHSLD Lambton	9 787	9 021
UTRF	759	610
Total	**40 113**	**38 416**
Taux d'occupation	**96%**	**92%**
Obstétrique		
Accouchements	143	140
Césariennes	22	22
Total	**165**	**162**
Bloc opératoire		
Chirurgie externe (usagers)	406	392
Chirurgie hospitalière (usagers)	144	150
Endoscopie (examens)	1 076	1 262
Chirurgie d'un jour (usagers)	643	618
Total	**2 269**	**2 422**
Laboratoires		
Procédures	354 759	359 336
Procédures pondérées	1 020 781	997 452

	2014	2013
Cliniques externes (consultations)		
Cardiologie	443	331
Chirurgie	802	831
Endocrinologie	308	296
Gériatrie	107	120
Gynécologie	567	470
Médecine interne	2 357	2 190
Néphrologie	170	168
Neurologie	121	121
Ophtalmologie	3 169	2 789
Orthopédie	1 914	1 818
Oto-rhino-laryngologie	1 151	1 189
Pneumologie	611	614
Urologie	404	427
Total	**12 124**	**11 364**
Salle d'urgence (visites)		
Usagers ambulants	15 508	15 147
Usagers sous observation	3 405	3 843
Total	**18 913**	**18 990**
Électrophysiologie		
ECG-examens	5 861	6 934
ECG-unités	70 332	83 208
Holters-examens	404	429
Holters-unités	30 300	32 175
ECG effort-examens	628	591
ECG effort-unités	18 840	17 730
Monitoring TA-examens	68	86
Monitoring TA-unités	4 420	5 590
Total examens	**6 961**	**8 040**
Total unités	**123 892**	**138 703**

Données statistiques CLSC

Centres d'activités		2014 Usagers	2014 Interventions	2013 Usagers	2013 Interventions
4110	Développement, adapat. Intégr. sociale	206	1 218	191	1 082
4120	Habitudes de vie et maladies chroniques	13	33	28	70
4130	Maladies infectieuses	4 946	5 681	4 756	5 853
5910	services psychosociaux Jeunes en difficultés	388	1 637	404	1 516
5930	Services ambulatoires de santé mentale	361	3 223	368	3 327
5940	Soutien dans la communauté santé mentale	49	1 985	43	1 765
6170	Soins à domicile	887	12 589	842	11 703
6300	Services de santé courants	2 329	8 248	1 905	7 312
6350	Inhalothérapie à domicile	332	1 104	311	908
6510	Santé parentale et infantile	344	681	334	576
6530	Aide à domicile	209	14 862	186	12 657
6540	Services dentaires préventifs	1 177	570	1 183	493
6560	Services psychosociaux	1 999	10 747	1 093	7 749
6590	Services scolaires	191	343	178	322
6860	Audiologie et orthophonie	73	322	60	197
7110	Nutrition	293	327	304	366
7160	Ergothérapie et physiothérapie à domicile	678	3 434	498	2 187
Total		**14 475**	**67 004**	**12 684**	**58 083**
Usagers différents		9 276		8 325	
Activités médicales		199		161	
Prélèvements			4 280		4 309
Action communautaire		20 groupes	121 rencontres	16 groupes	85 rencontres

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
5320, rue Frontenac
Lac-Mégantic (Québec) G6B 1H3

Téléphone : 819 583-0611
Télécopieur : 819 583-5995
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de
Centre de santé et services sociaux du Granit

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et l'état des résultats, des résultats – activités d'exploitation, des surplus cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux du Granit pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2014 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux du Granit pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément

2

aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre de santé et de services sociaux du Granit au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. [1]

Lac-Mégantic
Le 28 juillet 2014

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique nº A108884

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

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

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2014**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Compilation des unités de mesure du centre d'activité "6600-Laboratoires de biologie médicale" et des sous-centres d'activités 6601-6604-6606-6607.	2012-13	R	La problématique a été soulevée auprès de notre fournisseur informatique. Nous sommes toujours en attente du correctif.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

Rapport de la direction au sujet des états financiers

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux du Granit ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

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

La direction du Centre de santé et de services sociaux du Granit reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Pierre Latulippe
Directeur général

Sylvain Roy
Directeur des ressources financières et Informationnelles

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CSSS DU GRANIT

La présente version du Code d'éthique et de déonthologie des administrateurs a été adoptée par le conseil d'administration de l'établissement le 12 novembre 2013.

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux, tel le Centre de santé et de services sociaux du Granit, se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du Conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux du Granit, afin de garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

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

Le présent Code d'éthique et de déontologie s'inscrit dans le cadre de la mission de l'établissement, de sa vision et de ses valeurs, notamment, le respect, la collaboration, la responsabilisation et la personnalisation des services.

De plus, l'établissement se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

1. OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration de l'établissement, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, il ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration.

Effectivement, ce Code :

- traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs, même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code, dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur de l'établissement du Centre de santé et de services sociaux du Granit. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code, ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

2. DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

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

a) **Administrateur** désigne un membre du Conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;

b) **Conflit d'intérêts** désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

c) **Entreprise** désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services, ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions, ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;

d) **Proche** signifie membre de la famille immédiate de l'administrateur, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père, ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa soeur, incluant leur conjoint respectif, de même que l'associé de l'administrateur.

3. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

1. L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie. Il est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus au présent Code. Il remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

2. L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

3. L'administrateur souscrit aux principes de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés par l'établissement.

4. L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales, en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'établissement.

5. L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'établissement, en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

6. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions, en étant régulièrement présent aux séances du

Conseil d'administration et prend une part active aux décisions de celui-ci. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

7. L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables.

8. L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

9. L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.

10. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers, ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit. Il doit placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

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

12. L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement.

13. L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres, ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'établissement.

14. L'administrateur respecte la politique de l'établissement sur les relations avec les médias.

15. L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

16. L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'établissement.

17. L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

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

19. L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, de manoeuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

20. L'administrateur doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il se trouve en conflit d'intérêts, notamment, lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'étabissement, ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

21. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions, en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

22. L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, entre autres, constituer des conflits d'intérêts :

a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil dadministration;

b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;

c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;

d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;

e) Se laisser influencer par des considérations extérieures, telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

23. L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement, en

remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

24. L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent, à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration, doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

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

26. L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance, dans l'exercice de ses fonctions, au sein du Conseil d'administration.

27. L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

28. À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

29. L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

4. APPLICATION DU CODE

Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code, ainsi que les lois applicables.

Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement.

Le Comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement a pour fonctions de :

a) Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;

b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du Conseil d'administration;

c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;

d) Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;

e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;

g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

Il est convenu que le Comité de gouvernance et d'éthique assume le rôle du Comité de discipline. Ce dernier peut avoir recours à une ressource externe à l'établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur. Un membre du Comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité. Le Comité de discipline a pour fonctions de :

a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

b) Déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;

c) Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant, prévue au processus disciplinaire.

Le Comité de gouvernance et d'éthique initie une démarche à l'égard de l'un de ses administrateurs, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.

Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.

L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du Comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

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

Le Comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) Un état des faits reprochés;

b) Un résumé des témoignages et des documents consultés, incluant le point de vue de l'administrateur visé;

c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;

d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

Le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide, ou dans un cas présumé de faute grave.

Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en oeuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives*.

5. DIFFUSION DU CODE

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

Le rapport annuel de gestion de l'établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration, ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

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

Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement tous les quatre (4) ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

(*Ce Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CSSS du Granit est ici présenté de façon sommaire. La version intégrale de ce Code a préséance et devrait être consultée en priorité pour toute question d'intérêt le concernant. Un exemplaire de la version intégrale de ce Code et de ses annexes peut être obtenue en s'adressant à la direction générale du CSSS du Granit, auprès de l'adjointe administrative, Louise Cameron, au numéro de téléphone* ***819 583-0330, poste 2278***.)

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Santé publique***

Objectifs de résultats	Augmentation progressive jusqu'à l'atteinte du nombre moyen de visites à domicile prescrit par période de suivi dans le cadre de référence des SIPPE. Seuil non chiffré.

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.01.12B - Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatales), au cours de l'année de référence			
1.01.12B1 - Prénatale	0,53	0,50	0,43
1.01.12B2 - Postnatale 1	0,70	1,00	0,87
1.01.12B3 - Postnatale 2	0,38	0,50	0,33
1.01.12B4 - Postnatale 3	0,30	0,25	0,32

Commentaires

1.01.12B1 : À la période 13, nous atteignons la cible en plus d'avoir un pourcentage de 93% d'interventions À DOMICILE.

1.01.12B2 : À la période 13, notre résultat est de 0,87. Notre pourcentage très élevé d'interventions à domicile a un impact sur l'intensité.

1.01.12B3 : À la période 13, notre résultat est de 0,33. Notre pourcentage très élevé d'interventions à domicile a un impact sur l'intensité.

1.01.12B4 : À la période 13, notre résultat est de 0,32 donc nous atteignons la cible.

Noms : Denise Gosenault	**Date :** 29 mai 2014.

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Santé publique***

Objectifs de résultats	Atteinte de l'engagement de l'année de référence (entente entre les établissements, les agences de santé et de services sociaux et le MSSS). Seuil non chiffré.

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.01.13 - Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	100 %	Suivi	100 %

Commentaires

1.01.13 : Tel qu'indiqué à la période 10, toutes nos écoles ont l'approche École en santé.

Noms : Denise Grenault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Maladies infectieuses - Vaccination***

Objectif de résultats	90 % des enfants vaccinés en CSSS mission CLSC reçoivent leur 1re dose de vaccin DCaT-VPI-Hib (Pediacel) ou DCaT-HB-VPI-Hib (Infanrix-Hexa) en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) au cours de l'année de référence. 90 % des enfants vaccinés en CSSS mission CLSC reçoivent leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) au cours de l'année de référence.

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.01.14 - Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre DCaT-Polio Hib dans les délais	92,7 %	90 %	91,8 %
1.01.15 - proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	76,2 %	90 %	82,1 %

Commentaires	
1.01.15 : Poursuite des travaux par l'actualisation du plan d'action (11 stratégies).	
Nom : Denise Gosselin	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Services médicaux et infirmiers***

Objectifs de résultats	• 100 % des établissements de soins généraux et spécialisés doivent avoir un comité fonctionnel. Seuil fixé à 100 %. • 100 % des CHSGS ont adopté le programme de PCI. Seuil fixé à 100 %.

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.01.17 - Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	En place	En place	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
1.01.18 - Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Adopté	Adopté	☒ Réalisé ☐ Non réalisé

Commentaires	
Noms : Denise Grenault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Contrôle des infections nosocomiales***

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

Indicateurs	***Résultats* 2012-2013***	***Engagements 2013-2014***	***Résultats** 2013-2014***
1.01.19.01 - Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - **diarrhées associées au Clostridium difficile**	3,10	4,40	1,00
1.01.19.02 - Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - **bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline**	0,00	0,56	0,00

Commentaires

1.01.19.01 : Notre résultat est de 1,0. Nous sommes donc largement inférieurs à la cible.

1.01.19.02 : Notre résultat est de 0. Nous sommes donc largement inférieurs à la cible.

Nom : Denise Gosselin	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Hygiène et salubrité***

Objectif de résultats	À la fin de l'année 2012-2013, un résultat de 75 % doit être obtenu pour l'indicateur (trois premières étapes) au niveau provincial. Un résultat de 80 % doit être obtenu à la fin de 2013-2014 (quatre étapes), et 100 % à la fin de 2014-2015 (quatre étapes).

Indicateur	*Résultat* 2012-2013*	*Engagement 2013-2014*	*Résultat** 2013-2014*
2.02.02 - Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	80 %	75 %

Commentaires

2.02.02 : Considérant la méthode de calcul soumise pour cet indicateur de performance, il nous est mathématiquement impossible d'atteindre une cible de 80% avec 4 unités de soins. De plus, dans le descriptif de la méthode de calcul, il y a une section qui nous amène à une mise en garde et qui nous demande d'indiquer "0" si la totalité du travail n'est pas complété pour un unité: "Pour une unité, deux scores sont possibles: "1" si toutes les étapes requises ont été réalisées, et "0" sinon. ... Un résultat de "0" pour une unité de soins ne signifie pas que rien n'a été fait relativement aux zones grises. Ce résultat signifie simplement que tout n'a pas été fait pour éliminer, qu'au moins une des étapes requises n'a pas été réalisée." Nous ne pouvons également négliger le fait que l'année tumultueuse que nous venons de traverser suite à la tragédie ferroviaire du 6 juillet a quelque peu modulé nos priorités d'actions et malheureusement retardé l'actualisation de certains dossiers réguliers comme celui-ci. Soyez assuré que ce dossier a beaucoup d'importance au CSSS du Granit que tous les efforts nécessaires sont déployés pour achever ce dossier en toute conformité.

Nom : Denise Cournoyer	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

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

Objectif 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

Indicateur	***Résultat* 2012-2013***	***Engagement 2013-2014***	***Résultat** 2013-2014***
1.03.05.01 - Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	22 200	Augmentation	26 865

Commentaires

Nom : Denise Cassavant	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Réseaux de services intégrés***

Objectif 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

Indicateur	*Résultat* 2012-2013*	*Engagement 2013-2014*	*Résultat** 2013-2014*
1.03.06 - Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	84,6 %	75,0 %	85,9 %

Commentaires	
Nom : Denise Crenault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Adaptation des services***

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

Indicateur	***Résultat* 2012-2013***	***Engagement 2013-2014***	***Résultat** 2013-2014***
1.03.09 - Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	75 %	75 %	100 %
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.d.	50 %	32,3 %

Commentaires

1.03.09 : Au Granit, réalisation à 100%.

1.03.07 : Voir formulaire 590.

Nom : Denise Grenault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Services sociaux et de réadaptation***

Objectifs de résultats	3.1.1 - Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▪ 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

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.45.04.01 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	100 %	90%	97,1 %
1.45.04.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100 %	90%	100 %
1.45.04.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	100 %	90%	83,3 %
1.45.04.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	100 %	90%	100 %
1.45.05.01 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE ITELLECTUELE ET TED - TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	100 %	90%	92,9 %
1.45.05.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	n.a.	90%	100 %
1.45.05.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	100 %	90%	100 %
1.45.05.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	100 %	90%	88,9 %

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Commentaires	
Nom : Denise Cormault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Les jeunes et leurs familles***

Objectifs de résultats	EGI MSSS-Agence 2013-2014, Chapitre 3 priorités régionales, page 10

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
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.	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé

Commentaires	
Nom : Denise Cusinault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance***

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

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.08.09 - Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	353	313	346
1.08.05 - Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	25,6	35,0	31,6
1.07.05 - Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie ou en jeu pathologique, offerts par les CSSS	41	28	44

Commentaires

1.08.05 : La charge de cas au 31 mars 2014 est de 36 usagers. Certains ont été hospitalisés ou ont quittés temporairement, donc nous n'avions pas 2 interventions à toutes les périodes.

1.07.05 : Le dépistage auprès des jeunes est davantage fait en milieu scolaire.

Nom : Denise Gosmault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	*Urgences*

Objectifs de résultats	3.1.6 - Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence[1] pour les personnes sur civière [1] Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.09.31 - Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	4,6 %	< 13,0 %	4,5 %
1.09.03 - Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	0,1 %	0,0 %	0,1 %
1.09.01 - Séjour moyen sur civière (durée, en heures)	9,8	< 6,9	9,9

Commentaires

1.09.03 : Période 4, (3,70%) Tragédie du 6 juillet, clientèle santé mentale, séjour plus de 48h. 1 autre client à la période 10 en attente pour une télémétrie.

1.09.01 : Projet d'ajout 1 télémétrie en médecine.

Nom : Denise Cournoyer	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

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

Indicateurs	***Résultats* 2012-2013***	***Engagements 2013-2014***	***Résultats** 2013-2014***
1.09.20.03 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	97 %	90 %	98 %
1.09.20.04 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	95 %	90 %	97 %
1.09.20.05 - Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	100 %	90 %	100 %
1.09.33.01 - Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	100 %	70 %	100 %

Commentaires	
Nom : Denise Croisault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Chirurgie***

Objectifs de résultats	La cible est : 0 chirurgie en attente depuis plus de 1 an.

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.09.32 - Nombre de patients en attente d'une chirurgie depuis plus de 1 an			
1.09.32.03 - Chirurgie de la cataracte	0	0	0
1.09.32.04 - Chirurgie d'un jour (excluant cataractes)	0	0	20

Commentaires

1.09.32.04 : Le CHUS nous a transféré de la clientèle qui était en attente depuis plus d'un an. (ex; saphénectomie)

Noms : Denise Cusmault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Imagerie médicale***

Objectifs de résultats	EGI MSSS-Agence 2013-2014, Chapitre 3 priorités régionales, page 11

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
1.09.34 - Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale.	78,6 %	100 %	100 %
1.09.35 - Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins.	99,6 %	100 %	99,5 %
1.09.36 - Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie.	97,0 %	100 %	99,4 %
1.09.37 - Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins.	99,4 %	100 %	92,7 %

Commentaires

1.09.34 : 1 personne en attente

1.09.35 : Délai plus élevé seulement pour les lectures en ORL.

1.09.36 : 4 clients sur 193

1.09.37 : Les rapports sont transcrits dans un délai de 24 à 48h mais, la validation des radiologistes amène un retard dans la transmission. Scan 97% Graphie 99% Mammographie 100% Scopie 100% Échographie 100%

Nom : Denise Arsenault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

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

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
3.14 - Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
3.13 - Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Non réalisé	Réalisé	☐ Réalisé ☒ Non réalisé
3.01 - Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,38 % (P12)	< 5,33 %	6,12 % (P12)
3.10 - Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé

Commentaires

3.01 : Malgré les effets collatéraux de la tragédie du 6 juillet 2013, nous avons réussi à maintenir un taux d'absentéisme assurance-salaire raisonnable, mais au-dessus de la cible.

3.10 : Volet infirmier et infirmier auxiliaire en cours.

Nom : Denise Cossette	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013, sauf si indiqué autrement
** Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

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
	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

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
3.08 - Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
3.09 - Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisé	Réalisé	☒ Réalisé ☐ Non réalisé
3.05.01 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,54 % (P12)	< 5,62 %	5,40 % (P12)
3.05.02 - Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,68 % (P12)	< 3,26 %	3,67 % (P12)
3.06.01 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,17 % (P12)	< 0,28 %	0,14 % (P12)
3.06.02 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 % (P12)
3.06.03 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 % (P12)
3.06.04 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 % (P12)

Commentaires

3.08 : Les données n'ont pas été mise à jour dans le contexte où les travaux devaient être effectués à l'été 2013 pendant la tragédie.

3.09 : Déjà réalisé en 2012-2013 (réf.: GESTRED)

3.05.02 : Effets collatéraux du 6 juillet 2013 explicables en partie par les besoins supplémentaires et la hausse temporaire des absences. Nonobstant cette situation, l'établissement aurait probablement atteint la cible.

Nom : Denise Gosselin	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013, sauf si indiqué autrement
** Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Services médicaux et infirmiers***

Objectifs de résultats	2.1.3 - Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs	*Résultats* 2012-2013*	*Engagements 2013-2014*	*Résultats** 2013-2014*
3.07 - Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	n.d.	Suivi	n.d.

Commentaires

3.07 : Planification de l'intégration en collaboration avec l'équipe médicale préalable aux embauches (en cours). Par ailleurs, nous avons retardé l'embauche d'une IPS suite à la tragédie n'ayant plus de locaux disponibles en GMF.

Noms : Denise Arsenault	**Date :** 29 mai 2014.

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU GRANIT

Fiche de reddition de comptes 2013-2014

Axe d'intervention :	***Désencombrement des urgences***

Objectifs de résultats	S'assurer que, quotidiennement, trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS soient : • en processus ou en attente d'évaluation et d'orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers (unité transitoire de réadaptation fonctionnelle); • en attente d'une place en centre d'hébergement et de soins de longue durée (excluant la santé mentale); • en attente de réadaptation; • en attente d'une RNI (excluant la santé mentale); • en attente d'une place de convalescence; • en attente de services de soins palliatifs; • en attente d'une place d'hébergement de longue durée en santé mentale.

Indicateurs	***Résultats* 2012-2013***	***Engagements 2013-2014***	***Résultats** 2013-2014***
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	0,1
4.01.02 - Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	< 3	0,0
4.01.03 - Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	< 3	0,0
4.01.04 - Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	0,0	< 3	0,1
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	0,3	< 3	0,2
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	0,1	< 3	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

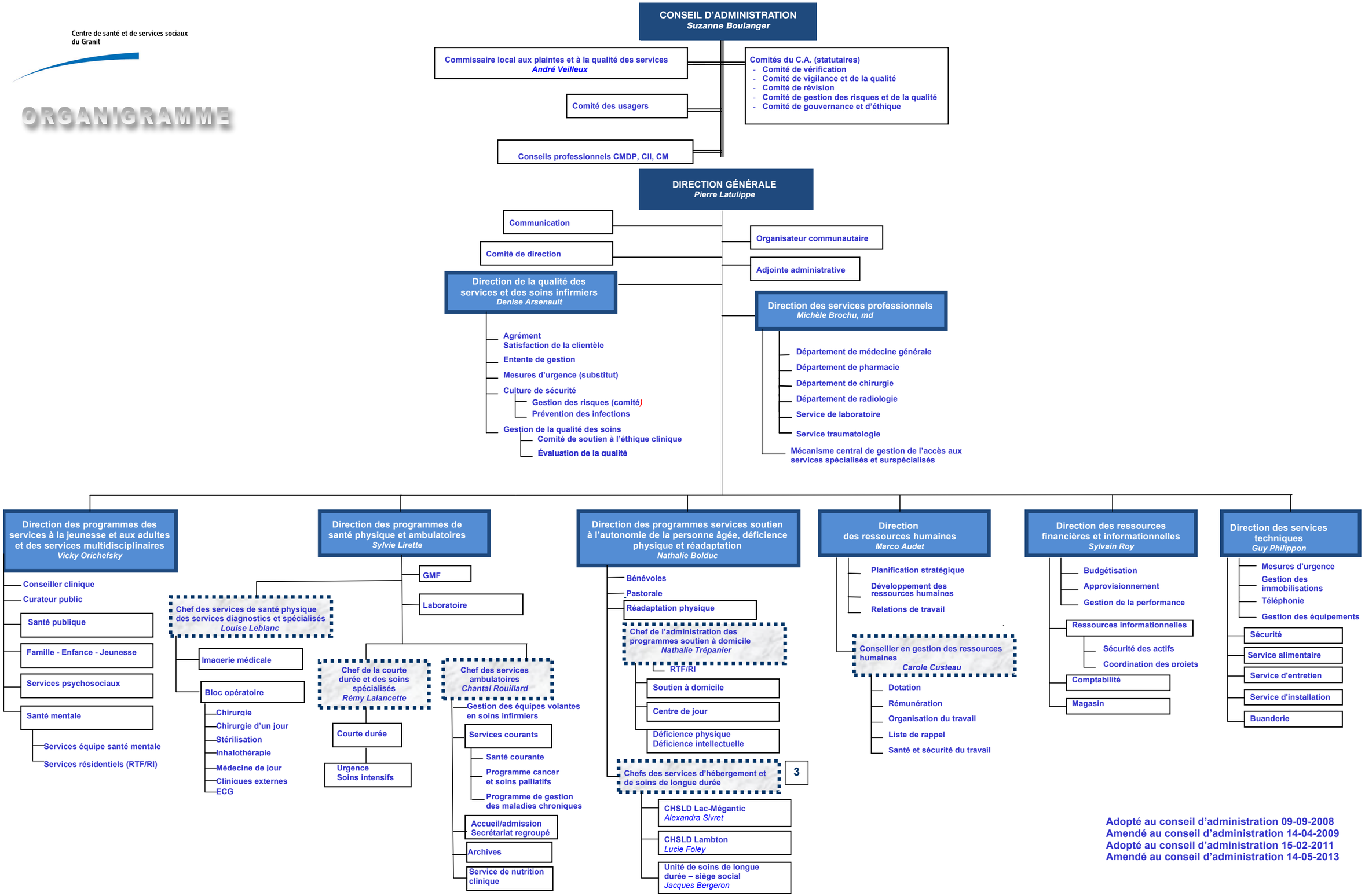
Commentaires	
Noms : Denise Cousineault	**Date :** 29 mai 2014

* Résultats en date du 31 mars 2013
** Résultats en date du 31 mars 2014

Organigramme du CSSS du Granit

Centre de santé et de services sociaux
du Granit

ORGANIGRAMME



Adopté au conseil d'administration 09-09-2008
Amendé au conseil d'administration 14-04-2009
Adopté au conseil d'administration 15-02-2011
Amendé au conseil d'administration 14-05-2013