

Centre de santé et de services sociaux
du Granit

**Une équipe
et des soins
et services
remarquables!**



**RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2014 - 2015**

Centre de santé et de services sociaux
du Granit

Ce **Rapport annuel de gestion 2014-2015** est publié par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS), installation Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit. Il sera adopté ultérieurement par le conseil d'administration de l'établissement.

Ce document a été édité par Ronald Martel, agent de communication.

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

Photos de la couverture et photos 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
2^e trimestre de 2015
Tous droits réservés.

Table des matières

Mot de la présidente-directrice générale du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.....	4
Message local de Suzanne Boulanger et Pierre Latulippe.....	5
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	9
• Territoire et caractéristiques santé	10
Activités de l'établissement	
• Direction des services professionnels.....	11
• Direction de la qualité des services et des soins infirmiers.....	12
• Direction des programmes des services à la jeunesse et aux adultes et des services multidisciplinaires	14
• Direction du programme de santé physique et des services ambulatoires.....	15
• Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes aînées (SAPA), de la déficience physique et de la réadaptation	16
• Direction des ressources humaines.....	18
• Direction des services techniques	20
• Direction des ressources financières et informationnelles.....	22
Conseils et comités	
Conseil des infirmières et infirmiers (CII) et des infirmières auxiliaires (CIIA).....	23
Conseil multidisciplinaire (CM)	24
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	25
Comité de gestion des risques	26
Comité de vigilance et de la qualité.....	27
Comité de vérification	28
Le bénévolat au CSSS du Granit	28
Comité des usagers du CSSS du Granit.....	29
Comité de gouvernance et d'éthique du c. a.	30
La Fondation du CSSS du Granit, un outil de développement indispensable.....	30
Traitement des plaintes et qualité des services.....	31
États financiers - État des résultats au 31 mars 2015.....	32
Activités d'exploitation	33
État des surplus cumulés	34
État de la situation financière	35
État de la variation des actifs financiers nets (dette nette).....	36
État des flux de trésorerie.....	37
Données statistiques des activités	38
Déclaration des auditeurs.....	41
État du suivi des réserves, commentaires et observations	43
Rapport de la direction	44
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	45
Annexe - Reddition de comptes 2014-2015 (ententes de gestion)	49
Organigramme du CSSS du Granit.....	63

Mot de la présidente-directrice générale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)



**Patricia Gauthier,
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

A partir du 1^{er} avril 2015, l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales fait en sorte que la région doit créer un nouvel établissement afin d'améliorer l'accessibilité, la fluidité, l'efficacité et l'efficacité des services aux usagers et aux usagères. Pour nous, cela représente la fusion de quatorze établissements, dont les centres de santé et de services sociaux (CSSS) La Pommeraie et de la Haute-Yamaska qui se sont joints à notre CIUSSS, et l'abolition de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Quel défi de taille...!

C'est avec beaucoup de fierté et de détermination que j'ai accepté de prendre la tête de cette nouvelle organisation. La transformation du réseau, telle que proposée dans la Loi, s'avère une opportunité pour l'Estrie, voire un levier. En unissant nos forces, en partageant nos pratiques d'excellence et notre vision novatrice, nous irons encore plus loin.

« En Estrie, ensemble, innovons pour la VIE! » est la nouvelle vision de l'établissement. Dans l'énoncé, on constate la force de la collaboration, le désir de sortir des sentiers battus pour faire toujours mieux, tout en gardant à l'esprit notre raison d'être : la VIE. La VIE réfère au secteur de la santé et des services sociaux dans lequel nous œuvrons, mais aussi au fait que le CIUSSS de l'Estrie - CHUS

offrira la gamme la plus étendue de services des établissements du Québec, de la prévention aux soins de fin de vie, des soins et services primaires à ceux surspécialisés.

Pour s'imprégner de cette nouvelle vision, une démarche participative a été lancée afin d'établir les nouvelles valeurs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. En tout, c'est près de 2500 personnes qui ont participé (membres du personnel, médecins, population, etc.). Les valeurs retenues sont l'humanisme, l'engagement et l'adaptabilité.

En terminant, je tiens à remercier les membres des conseils d'administration des quinze précédentes organisations qui, grâce à leur engagement et à leur dévouement, ont su faire du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie un lieu de soins, d'interventions et de travail rempli de sens et ce au service de notre population.

A stylized, handwritten signature in blue ink that reads "Gauthier".

Patricia Gauthier,
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Message local de Suzanne Boulanger et Pierre Latulippe



**Suzanne Boulanger,
Présidente**



**Pierre Latulippe,
Directeur général**

Il nous fait plaisir de vous présenter le dernier rapport annuel de gestion des activités du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) du Granit.

En effet, la nouvelle loi modifiant l'organisation de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, est venue intégrer le CSSS du Granit dans un seul établissement estrien appelé le « Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) ».

Il va de soi que le projet de loi déposé le 25 septembre 2014, conduisant à cette réforme majeure de la gouvernance, est venu, de toute

évidence, modifier le plan de travail annuel de l'établissement. Toutefois, il était impératif pour le conseil d'administration de tout mettre en œuvre pour livrer au 31 mars 2015, un établissement sain afin qu'il soit un atout pour la future organisation.

C'est dans ce sens que vous pourrez constater à la lecture du présent rapport, que les activités ont toutes été maintenues et améliorées selon les objectifs annuels qui étaient planifiés dans le plan stratégique de l'établissement.

Entre autres, nous avons été heureux et fiers d'annoncer à la fin du mois de mai 2014, le résultat de la visite d'agrément qui venait d'avoir lieu, résultat qui confirmait un niveau d'atteinte des normes d'agrément à 97%.

Il est également pertinent de souligner la réalisation tout au long de l'année, de l'important projet d'agrandissement et de rénovation, qui concerne la relocalisation du service des soins intensifs et de la réadaptation physique. Ce projet permettra aux usagers bénéficiant de ces services, un confort amélioré et surtout, des aménagements physiques qui favoriseront une qualité accrue et une meilleure continuité des soins et services.

Il est important de mentionner le travail réalisé dans l'année par plusieurs gestionnaires de l'établissement, qui ont à cœur l'amélioration des soins et services, par la poursuite et/ou la consolidation d'importants projets de réorganisation du travail de type « Lean ». Nous tenons d'ailleurs à saluer le personnel qui s'implique et contribue à ces travaux qui apportent une valeur ajoutée, autant à notre clientèle qu'aux équipes de travail offrant les services.

Nous voulons remercier chaleureusement les nombreuses personnes qui ont contribué dans le passé et celles qui contribuent toujours à l'atteinte des objectifs de l'établissement, ainsi qu'à son succès. Nous faisons référence ici aux membres du conseil d'administration, au personnel, aux gestionnaires, médecins, bénévoles, ainsi qu'aux nombreux partenaires et collaborateurs qui ont contribué à l'organisation et à l'amélioration continue de notre offre de service ainsi qu'au réseau local de services.

Nous tenons à exprimer notre soutien à la nouvelle organisation qui est en voie de se définir ainsi qu'à sa direction, étant assurés que tous contribueront à son succès, sachant qu'il s'agit là, sans équivoque, de la voie qui assurera la poursuite de l'amélioration et de l'optimisation des soins et services offerts à notre population locale.

En terminant, nous tenons à saluer et à remercier tous ceux et celles qui côtoient notre clientèle et qui leur offrent des soins et services au quotidien. Merci d'adhérer aux valeurs humaines de l'établissement, celles qui assurent des services personnalisés. Nous sommes persuadés que ces valeurs seront entretenues par chacun, à l'intérieur de la nouvelle organisation.

Suzanne Boulanger,
Présidente du conseil

Pierre Latulippe,
Directeur général

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration du CSSS du Granit se composait, au 31 mars 2015, de Suzanne Boulanger, présidente (Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie), Guy Cloutier, vice-président (membre coopté), Pierre 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), 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), Bernard Saucier (membre coopté) et Guy Sénéchal (population).

(Entre parenthèses : organisme ou entité que le membre représente.

Membre coopté : membre nommé par les élus des instances entre eux, avec certaines spécificités à respecter.)



Suzanne Boulanger,
présidente



Guy Cloutier,
vice-président



Pierre Latulippe,
directeur général



Mariette Bédard



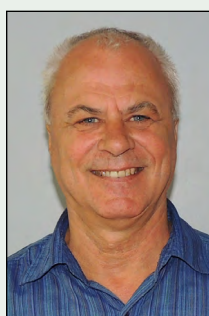
Madeleine Bélanger



Valérie Blais



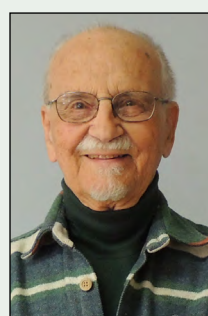
Sylvie Bureau



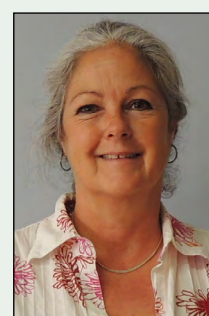
Gérard Chaput



Roger Charbonneau



Gérard Declerck



Christine Dubé



Jean-Guy Fredette



Lisette Lachance



Conrad Lebrun



Manon Monfette



Alain Rodrigue



Bernard Saucier



Guy Sénéchal

Le Comité de direction



Le Comité de direction du CSSS du Granit se composait, au 31 mars 2015, 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 réadaptation, et Marco Audet, directeur des ressources humaines.

Code d'éthique et de déontologie

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 2014-2015, 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 45.

La mission du CSSS du Granit

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 cœur 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.

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 km 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 km 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 520 employés, au 31 mars 2015, 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), devenu un bel avantage pour la population féminine locale, grâce à un investissement de sa Fondation.

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 personnel 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.

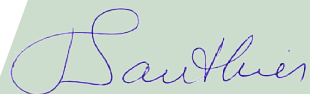
Déclaration sur la fiabilité des données

A titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion, ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux du Granit :

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

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



Patricia Gauthier,
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie - CHUS



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 22 294 personnes, demeurant dans ses 20 municipalités, dont la ville-centre de Lac-Mégantic (qui représente environ le quart 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 socio-économique

Faits saillants

- Environ la moitié des adultes de 25 à 64 ans est faiblement scolarisée (diplôme d'études secondaires ou moins) par rapport au tiers pour l'Estrie. La MRC du Granit = la moins scolarisée des sept MRC estriennes.
- Le revenu moyen par personne est de 28 756 \$ comparativement à 32 774 \$ pour l'Estrie.
- La proportion des familles monoparentales est la plus faible, soit 11,6 % contre 14,9 % en Estrie.

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. Ils sont plus nombreux à avoir un médecin de famille que dans le reste de l'Estrie (90 % contre 78 %).
- Le taux d'incidence pour tous les cancers est plus faible qu'en Estrie (470/100 000 contre 528/100 000). Même chose pour le taux de mortalité pour tous les cancers (182/100 000 contre

218/100 000).

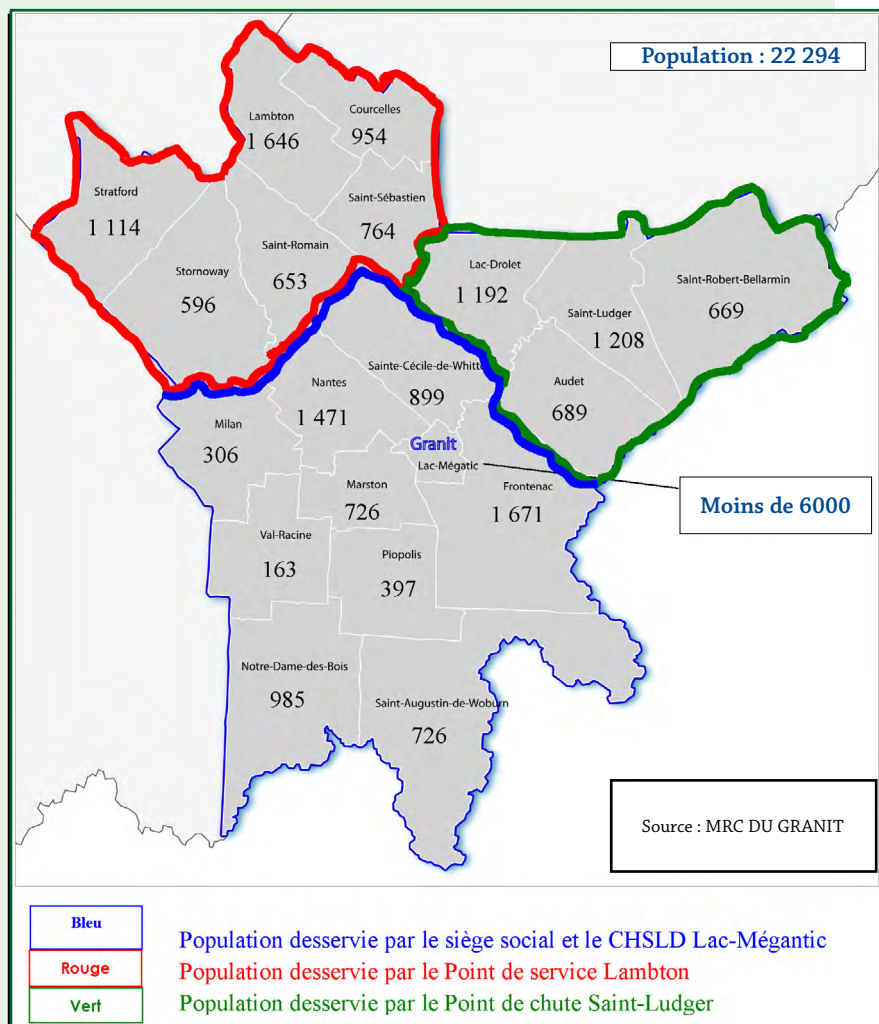
- La MRC se caractérise par le déclin démographique de ses jeunes. En effet, la MRC vient au troisième rang pour l'âge moyen parmi les sept MRC de l'Estrie. Sa population vieillit plus rapidement que le reste du Québec.
- Les familles du Granit comptent plus d'enfants qu'ailleurs au Québec, avec 1,71 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, s'avère plus élevé que celui de la participation des femmes, en général, au Québec.



Direction des services professionnels



Docteure Michèle Brochu,
Directrice des services professionnels

Activités liées à nos objectifs stratégiques

- Dans le cadre du projet Planetree, il y a eu bonification du répertoire des formulaires disponibles sur le site intranet dans le but de faciliter l'accès à l'information pour les différents professionnels. Entre autres, l'information sur les taux de résistance bactérienne de notre milieu est disponible. Le répertoire a été présenté aux professionnels.
- Également dans le but de faciliter l'accès à l'information, une entente a été conclue avec le CHUS. Cet accès permet de consulter le dossier informatisé des patients ayant eu un séjour au CHUS suite au consentement du patient.
- Des travaux sont en cours visant l'optimisation de l'utilisation du bloc opératoire. De plus, une entente est intervenue avec le CHUS officialisant la possibilité de transfert de patient en attente de chirurgie au CHUS.
- Une ordonnance collective pour favoriser la réduction des délais, lorsque des examens complémentaires sont recommandés suite à une mammographie, a été adoptée.
- Déploiement de l'accès à la téléthrombolyse pour les patients souffrant d'AVC en phase aiguë avec le support de neurologue à distance.
- Des rencontres avec les équipes de professionnels se sont tenues sur la charte des valeurs établissant la base des comportements attendus et non tolérés.
- Les efforts de recrutement se sont traduits par l'arrivée de nouveaux médecins en 2015 :

En omnipratique

- Dre Janie Harvey;
- Dr Henri-Pierre Mathieu, point de service de Lambton.

En spécialité

- Chirurgie générale : Dre Anne Gauvin-Meunier;
- Anesthésiologie : Dre Lyndia Dernis;
- Médecine interne : Dr Martin Pelletier.

La stabilisation de l'équipe médicale, en plus de l'impact positif sur les soins offerts, contribue à diminuer les coûts reliés au dépannage.

Département de pharmacie

Inspection professionnelle de l'Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ) :

- Décembre 2014 : programme d'inspection sur l'organisation du circuit du médicament et des soins et services pharmaceutiques.
- Janvier 2015 : programme d'inspection des établissements offrant un service de préparation de produits stériles non dangereux.
- Un plan de priorisation avec échéancier est proposé par le comité d'inspection professionnelle de l'OPQ.

SARDM phase 3 : cabinets décentralisés à l'urgence, aux soins intensifs ainsi qu'à l'étage de médecine. Réalisation mai 2015. But : sécuriser le circuit du médicament et diminuer les erreurs médicamenteuses.

Direction de la qualité des services et des soins infirmiers



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

Mission

La DQSSI est responsable des activités suivantes :

- L'amélioration continue de la qualité;
- L'efficacité et la sûreté des soins et services par la gestion des risques qui inclut la prévention des infections nosocomiales;
- Le suivi des ententes de gestion;
- La mesure de la satisfaction de la clientèle;
- L'accès à l'information;
- Rôle-conseil en soins infirmiers et le respect des normes infirmières;
- Rôle de substitut du coordonnateur du plan de mesures d'urgence et la coordination de la lutte contre d'éventuelles pandémies;
- Implantation de la philosophie Planetree.

Activités liées à nos objectifs stratégiques

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, qui incluaient des activités d'amélioration telles que de la formation, de l'évaluation et des audits.

Nathalie Goupil, conseillère à la qualité des services et des soins infirmiers (CQSSI), est dédiée à la qualité de l'acte infirmier et à l'amélioration des soins et des services, pour l'ensemble des secteurs d'activités. En collaboration avec des infirmières des services concernés, la conseillère Lucie Foley (CQSSI) est responsable des activités d'amélioration des soins de longue durée. Les activités suivantes ont été réalisées :

- la bonification du programme de prévention des chutes incluant l'implantation d'échelles de mesures du risque et de la situation post-chute dans plusieurs services et d'outils (audits, affiches et dépliants);
- la participation au comité de mesures de contrôle SAPA avec révision du programme;
- la personnalisation de 91 méthodes de soins infirmiers et participation au comité provincial de validation;
- Le soutien aux préceptrices Johanne Faucher (inf), Manon Fluet (inf.) et Claudia Drouin (inf. aux.). Au total, 24 inf. et inf. aux. nouvellement arrivées ont profité de leur travail. «Coaching» auprès de CEPI ou novices en soins infirmiers après le préceptorat.
- Révision du programme d'accueil et d'orientation (tronc commun du personnel infirmier).
- Collaboration à l'évaluation des

activités transfusionnelles avec le CHUS.

- Développement de la procédure et du formulaire clinique sédation-analgésie en collaboration avec la chef de service et l'anesthésiste-chef.
- Élaboration du protocole soins de la peau et formations liées.

Autres formations données ou dont le contenu a été élaboré/révisé par la CQSSI :

- Prévention du suicide (secteurs ambulatoires);
- Programme de marche de l'approche adaptée à la personne âgée (CD);
- PTI et notes au dossier (soutien);
- Pompes à perfusion (contenu révisé);
- Harmonisation des pratiques liées au diabète;
- Prévention des infections.

Ceci en plus du suivi des tableaux de bord et des audits qualité pour les différents services.

Les activités de surveillance du Comité de gestion des risques (CGR) ont été assurées par Élise Lacombe, CQSSI. Voir la section à cet effet.

Les ententes de gestion

Nous maintenons de bons résultats pour l'ensemble de notre offre de service. Voir les statistiques dans la section à cet effet dans les directions concernées. La pilote, Geneviève Bédard, avec l'ensemble des gestionnaires, a brillamment relevé ce défi.

Planetree

Josée Therrien, notre coordonnatrice Planetree, a collaboré au journal interne pour informer sur les différents projets en cours, voici quelques exemples :

- Aménagement du hall d'entrée;
- Nouvelle salle de repos pour les employés de Lambton;
- Un méchoui organisé par deux

de nos employés – Bruno Quirion et Marc Chouinard;

- Cours de peinture pour les résidents, initiative de Johanne Denault, technicienne en entretien ménager et Édith Clusiaux, éducatrice spécialisée;
- Activités de commémoration des événements du 6 juillet par l'équipe de rétablissement;
- Séminaires expérientiels -très appréciés du personnel participant. Joanie Boulet et Colette Rancourt ont été des maîtres-animatrices très efficaces.

Agrément

La visite d'agrément en mai 2014 a constitué un fait marquant.

Nous sommes fiers des résultats obtenus compte tenu des événements du 6 juillet 2013. En effet, nous avons eu la note de 97% de conformité aux critères, i.e. que nous avons été jugés conformes à 2015 critères sur un total de 2266.

Les visiteurs ont souligné le dynamisme des équipes qualité du CSSS du Granit, la qualité de la préparation de la visite, les efforts de rapprochement avec la population, la collaboration soulignée avec les partenaires, la résilience de l'organisation suite au déraillement ferroviaire, l'initiative d'implantation de la mammographie et l'approche générale de l'établissement envers sa clientèle et son personnel. Ont aussi été soulignés la collégialité entre les différents intervenants, le niveau de satisfaction du personnel au travail ainsi que le haut taux de satisfaction de la clientèle (usagers et résidents).

La synergie entre l'équipe de direction et le conseil d'administration a été soulignée en regard des objectifs stratégiques. Parmi ceux-ci la consolidation importante observée dans l'ensemble des équipes de la gestion de la qualité et des risques a été signalée.

Au chapitre des améliorations pour la prochaine visite, nous avons à diminuer les différences observées par les visiteurs dans l'approche interdisciplinaire dans les équipes qualité notamment en hébergement quant au rôle. La culture de l'appréciation des activités est aussi variable selon les équipes et la transmission des résultats et des actions prises doit être systématique aux membres des équipes concernées.

Les preuves demandées par l'agrément quant à certaines normes ont été acceptées. Elles étaient en lien avec : la création d'un registre de vérification annuelle des narcotiques par la pharmacie dans les unités de soins, la mise en œuvre de stratégies de prévention des chutes, de leur évaluation et la diffusion des résultats de ces actions pour l'équipe d'obstétrique et du soutien à domicile; la démonstration par les services d'hébergement que l'évaluation du risque de plaie de pression est réalisée à l'arrivée et réévaluée à intervalles réguliers et/ou lors de changement de l'état du résident.

Comité de soutien à l'éthique clinique

Le comité s'est réuni à cinq reprises durant l'année en plus de recevoir neuf demandes ponctuelles avec réponse dans les 24 heures.

Les membres du comité :

- Denise Arseneault, DQSSI
- Joseph Besson, aumônier
- Raymonde Couture, psychoéd.
- Dre Florence Michel
- Nathalie Goupil, CQSSI
- Vicky Orichesky, DPSJA

Sujets pour lesquels le comité a été interpellé :

- Application de la Loi (P38) versus préserver le lien thérapeutique;
- Conflits de valeurs entre professionnels, source possible d'inco-

hérence dans les interventions auprès d'un usager;

- Respect de la confidentialité et le souhait d'informer les proches, connus d'un membre du personnel soignant;
- Respect de la confidentialité versus bris de probation chez un usager à domicile;
- Respect de la volonté de l'usager appliqué par le mandataire désigné versus souhait de traitement des autres membres de la fratrie;
- Respect de la volonté de l'usager versus la détérioration grave de son état et /ou décès à court terme;
- Respect des droits des usagers versus la protection du public.

Accueil d'un IPS

Un poste en affichage. Une candidate IPS-première ligne a été rencontrée mais finalement se désiste suite aux conditions offertes.(lieu de travail et supervision).

Modes d'information auprès de la population

Le CSSS du Granit a utilisé certains modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus (art. 99.8) :

- Le site internet de l'établissement, l'outil principal;
- Les annonces dans le journal hebdomadaire *L'Écho de Frontenac*;
- La publication de communiqués de presse;
- La publicité radio (contrat annuel);
- Les sondages satisfaction de la clientèle, déposés dans les présentoirs à l'interne;
- L'assemblée générale annuelle.

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



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

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.

Activités liées à nos objectifs stratégiques

- a) Poursuite des travaux du sous-comité insertion socioprofessionnelle afin de développer différentes opportunités pour la clientèle en santé mentale;
- b) Poursuite du déploiement du Programme en négligence en collaboration avec le projet de Recherche AIDES 2;
- c) Poursuite du déploiement des stratégies retenues localement en prévention du suicide, dont le suivi étroit (cadre de référence régional);
- d) 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 partenaires en collaboration avec JEVI;
- e) Collaboration aux travaux régionaux visant le déploiement d'activités pour la prévention des ITSS;
- f) Contribution à la démarche d'Agrément pour les équipes des services de santé communautaires, et les services de santé mentale communautaires et soutien offerts aux clients;
- g) Poursuite de l'implication de l'équipe psychosociale dédiée au volet rétablissement suite au sinistre afin de poursuivre les interventions requises dans la communauté, et auprès des clientèles ciblées (interventions de groupes et individuelles; présence aux différents comités mis en place dans la communauté; ...);
- h) Poursuite de la 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;
- i) Planification des travaux visant le réaménagement de la salle de vaccination en enfance-jeunesse-famille 2015-2016 dans le cadre de la démarche Planetree.

Quelques statistiques 2014-2015

Services	Usagers	Interventions
Services psychosociaux généraux	420 375	1473 1823
Services Jeunes en difficulté	388 378	2107 2330
Santé mentale	394 424	5276 6024
Soutien intensif variable (SIV)	32 26	--
Services en périnatalité et en petite enfance	494 484	1837 1670
Santé dentaire	246 322	--
Orthophonie	73 74	322 308

En noir : chiffres 2013-2014 – En rouge : chiffres 2014-2015 (au 31 mars 2015)

Services	Usagers	Interventions
Tragédie Lac-Mégantic	865 362	2922 1873
	11 17 groupes	90 138 interv. groupe
	114 35 activités	--
	ponct. groupe	

Direction du programme de santé physique et des services ambulatoires



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

Mission

Le programme/service s'adresse à toute personne qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doit recevoir des soins et des traitements spécialisés et superspécialisés. Il s'adresse également à toute personne aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu.

Services

Plus spécifiquement au CSSS du Granit, les services offerts sont :

Volet 1ère ligne :

- Soins de santé courant (Lambton et Lac-Mégantic);

Programme des maladies chroniques :

1. Réadaptation cardiaque;
 2. Diabète;
 3. Cessation tabagique;
 4. Insuffisance cardiaque;
 5. Clientèle vulnérable orpheline;
 6. Saines habitudes de vies
- Service d'une infirmière pivot en oncologie 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 sec-teurs.

Volet hospitalier :

Soins spécialisés

- regroupe les urgences de niveau primaire en traumatologie (5 civières) et l'unité des soins intensifs (3 lits) qui dispensent aux adultes des soins spécialisés que requière leur état critique.

La médecine – chirurgie

- Accueille la clientèle pour un épisode de soins aigus et de soins palliatifs (20 lits) ;

La pédiatrie

- Reçoit la clientèle 0-18 ans requérant des soins physiques (2 lits);

L'unité mère-enfant

- Suivi à partir du 2^{me} trimestre de la grossesse;
- Service d'accouchement et post partum immédiat (2 lits).

Volet ambulatoire :

Le bloc opératoire

- 2 salles de chirurgies générales et spécialisées;
- Unité de stérilisation qui assure le retraitement du matériel.

Les cliniques externes

- Présence de 16 spécialités avec l'aide de plus de 38 consultants;

Les services diagnostics

- L'imagerie médicale incluant la mammographie de dépistage offert dans le cadre du Programme québécois de dépistage

du cancer du sein (PQDCS);

- Le laboratoire et son 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).

Activités liées à nos objectifs stratégiques

Début des travaux qui permettront la migration du logiciel inscription/admission vers le dossier clinique informatisé Ariane;

Intégration du dossier clinique informatisé Ariane en imagerie médicale;

L'arrivée d'un nouveau chirurgien (Dr Jeff Wackett) et de deux nouveaux anesthésistes (Dr Quentin Gobert et Dre Lyndia Dernis) a permis d'augmenter les activités au bloc opératoire et d'actualiser la démarche de gestion par activité au bloc opératoire;

Le nouveau programme des services en maladies chroniques maladies cardio-métaboliques a débuté en septembre 2014;

Depuis mars 2015, les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) thrombolique peuvent être traitées à la salle d'urgence grâce à la téléthrombolyse instaurée aux urgences.

Dépôt au MSSS du projet de démonstration du centre satellite de dépistage du cancer du sein dans le but d'obtenir une désignation complète pour pérenniser le Centre satellite de dépistage désigné au CSSS du Granit.

Réalisation d'une démarche Lean au centre de prélèvement, les objectifs étant de rénover les lieux physiques du centre et de la salle d'attente et de réduire le délai d'attente.

Ajout d'un nouveau service en nutrition au GMF.

Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées, de la déficience physique et de la réadaptation



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

Services

Cette direction assure les services suivants :

SOUTIEN À DOMICILE

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

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'autonomie liées au vieillissement. Nous disposons d'une gamme de ressources réparties sur le territoire :

- En hébergement institutionnel : 112 places (incluant une place d'hébergement temporaire), réparties dans trois sites : 43 places au CHSLD de Lac-Mégantic, 29 places au CHSLD de Lambton et 40 places à l'USLD du siège social.
- En ressources intermédiaires et de type familial : 32 places pour la clientèle SAPA, 10 mesures de soutien à la personne vivant en résidences privées.
- En convalescence : 1 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 (3 PLACES SITUÉES À L'USLD)

Clientèle visée : Personnes âgées présentant une détérioration de son autonomie fonctionnelle suite à une hospitalisation ou à un problème de santé physique et ayant comme objectif la récupération de l'autonomie en vue d'un retour à domicile et/ou de son maintien à domicile dans des conditions optimales; 28 personnes ont bénéficié de ce service pour un taux d'occupation de 56,8 %.

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.

Activités liées à nos objectifs stratégiques

A) SOUTIEN A DOMICILE (SAD) – RÉADAPTATION

- Préparation du PFT de la réadaptation et planification du déménagement. Ouverture officielle, en mars 2015.
- Finalisation de la démarche «Lean» au SAD. Nous avons constaté une augmentation significative du nombre d'heures passées auprès des usagers ainsi que du nombre d'interventions à domicile.

- Partenariat avec plusieurs organismes, tels la Maison La Cinquième Saison, la Société Alzheimer, le Centre d'action bénévole, Trans-Autonomie et les Soupapes de la bonne humeur, afin de coordonner nos offres de services.
- Poursuite de collaboration avec la Croix-Rouge pour la bonification des services en lien avec la tragédie du 6 juillet 2013.
- Actualisation du budget en Services généraux. Ajout d'une journée en physiothérapie et de

trois jours en technicien réadaptation physique pour la clinique externe et bonification de 2 jours /sem en soins infirmiers.

B) RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

- Rencontres régulières avec les RI comme précisé par les règles d'association. Suivi de l'application de la loi en lien avec l'Association des RI /RTF.

C) CHSLD

- Visite du MSSS en lien avec

l'évaluation milieu de vie et rédaction du plan d'action afin de répondre aux objectifs visés.

- 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.
- Planification et réalisation du projet de terrasse extérieure pour le CHSLD Lac-Mégantic. (projet Planetree).

Quelques statistiques 2014-2015

	Usagers		Interventions	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Clientèle SAPA				
Soutien à domicile	743	706	25043	25656
Gestion de cas	271	291	2699	2827
Programme Proche-aidants	53	67	3908	7288 heures
Déficience physique	159	146	5751	4806
Mesure de soutien	30	22		
Déficience intellectuelle et TED	69	67	875	822
Mesure de soutien	37	38		
SAD-soins palliatifs	70	86	2268	2782

Notez que toutes les cibles fixées ont été atteintes.

Centre de jour	2930 jours présence équivalent à l'an passé
-----------------------	--

Taux d'occupation des lits d'hébergement	97 % comparativement à 96 % l'an passé
---	---

Taux d'occupation de l'UTRF	56.8 %
------------------------------------	---------------

On note que 75% des usagers de ce service ont pu retourner à leur domicile comparativement à 57% l'an dernier.

Taux d'implantation des composantes du Réseau de services intégrés Personnes Âgées	86,04 %
---	----------------

On note une augmentation par rapport à l'an dernier où le taux était à 85.94 %

Direction des ressources humaines



Marco Audet,
Directeur des ressources humaines

Mission

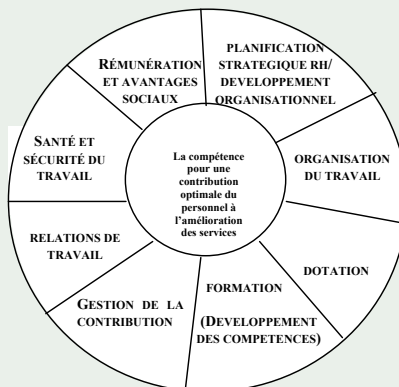
Dans le but d'offrir une large gamme de services favorisant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, la Direction des ressources humaines du CSSS du Granit contribue à l'actualisation de la vision, de la mission et des orientations stratégiques de l'établissement, en créant une dynamique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

Services

Les services offerts par la direction des ressources humaines

La direction des ressources humaines du CSSS du Granit offre des

services conseil et de support dans les huit domaines-clés généralement reconnus de la gestion des ressources humaines :



Activités liées à nos objectifs stratégiques

Déploiement d'une offre de bonification de statut du personnel infirmier permettant d'accéder à un statut temps complet et qui s'adressait aussi au personnel infirmier auxiliaire dans une moindre mesure.

Travaux pour évaluer et déterminer les conditions d'une offre de journées additionnelles pour le personnel infirmier qui n'avait pas été visé par le projet de bonification de statut.

Transfert définitif des activités de paie, rémunération et avantages sociaux vers le nouveau service régional PRASE, en date du 2 novembre 2014.

Révision et élaboration d'un modèle de programme d'accueil, intégration et orientation par module pour le personnel infirmier et infirmier auxiliaire.

Ajout au programme de reconnaissance de l'établissement d'une marque d'attention lors de la naissance d'un nouveau-né, par la remise d'un présent lorsque l'un des deux parent travaille au CSSS du Granit.

Quelques statistiques 2014-2015

Suivis des ententes de gestion

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

(Voir le tableau à la page suivante)

Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

Cette loi permet au Conseil du trésor et au ministre responsable de chaque organisme public d'obtenir des renseignements concernant l'effectif des organismes, notamment par des mécanismes de dénombrement et de planification. La Loi prévoit également la mise en place de mesures de contrôle du niveau d'effectif d'organismes publics applicables à l'égard de chaque période déterminée par le Conseil du trésor.

Aux fins des articles contenus dans cette loi, le Ministère a la responsabilité de communiquer à son réseau et aux organismes visés, le niveau mensuel des heures rémunérées à respecter à partir du 1^{er} janvier 2015. Pour la période de janvier à mars 2015, ce niveau doit être équivalent aux données de janvier à mars 2014 colligées par les agents payeurs et qui sont transférées au Ministère.

Heures rémunérées – jan 2014 à mars 2014	222 181
Heures rémunérées – jan 2015 à mars 2015	223 260
Variation	0,5 %

La variation s'explique principalement par :

- Une augmentation des heures rémunérées du groupe personnel d'encadrement; suite à l'ajout d'un poste d'encadrement réalisé dans une stratégie de planification de main-d'œuvre. L'abolition subséquente prévue d'un autre poste d'encadrement rétablira le niveau des heures.
- Le rehaussement des heures rémunérées du groupe personnel professionnel suite à l'actualisation des derniers développements pour les services généraux, à différents titres d'emplois (ex. : nutritionniste, intervenants sociaux, physiothérapeute)

Les situations décrites ne nécessitent pas un plan de mesures de redressement puisqu'elles sont ponctuelles.

Contrats de services

Il n'y a eu aucun contrat de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclu entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2015, avec une personne physique et avec un contractant autre qu'une personne physique.

Tableau des indicateurs des ententes de gestion

Indicateurs	Résultats 2013-2014	Cibles 2014-2015	Résultats 2014-2015 (note 1)
1. Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6.12 %	< 5.33 %	4.43%
2. Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	5.40 %	< 5,54%	6.92 %
3. Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers :			
• personnel infirmier	0,14 %	< 0,28 %	0,14 %
• infirmier auxiliaire	0,00 %	0,00 %	0,00 %
• préposés aux bénéficiaires	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Commentaires			
Cible 1 : Maintien d'un taux d'absence en assurance-salaire nettement sous la cible prévue et ce, pendant toute l'année.			
Cible 2 : Situation associée à la pénurie chronique de main-d'œuvre et l'accélération des départs à la retraite. Malgré un taux d'absentéisme très favorable, les absences sont survenues dans des secteurs d'activités critiques présentant des défis de remplacements. L'installation s'est doté d'un plan de suivi et de redressement du temps supplémentaire par différentes mesures.			
Cible 3 : L'établissement maintien 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 7 mars 2015			

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'INSTALLATION

Effectifs de l'installation en date du 31 mars 2015	Exercice 2014-2015	Exercice 2013-2014
Les cadres		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	17	16
Temps partiel		
Nombre de personnes: Équivalents 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)	208	212
Temps partiel		
Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	297	297
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	127 503	119 740
Équivalents temps complet (b)	69,8	65,6
Mouvement de personnel		
Départ (excluant l'équipe temporaire de rétablissement)	59	59
Départ équipe temporaire de rétablissement	7	0
Transfert	0	2
Embauche (excluant l'équipe temporaire de rétablissement)	55	50
Embauche équipe temporaire de rétablissement	3	15
Stage		
Stage	69	78
Stage d'observation	30	19

(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 façon suivante pour les occasionnels:
 Nombre d'heures rémunérées; divisé par 1826 heures.

Direction des services techniques



Guy Philippon,
Directeur des services techniques

MISSION

La direction des services techniques se doit de répondre aux normes, standards et pratiques concernant l'hygiène, la salubrité, la sécurité et la gestion des immobilisations. Les secteurs sous la responsabilité de la direction des services techniques sont :

- 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

supporte l'ensemble des services du CSSS du Granit pour la réalisation de leurs activités respectives.

Activités liées à nos objectifs stratégiques

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 des mesures d'urgence régionale;
- Comité de gestion des risques et de la qualité;
- Comité de prévention des infections;
- Comité SST;
- Participation, à l'Agence, à la Table des ressources financières et matérielles;
- Groupe de travail régional en hygiène et salubrité;
- Comité évaluation et harmonisation des fournitures;
- Comité sur le développement durable.

Agrément

En lien avec le plan d'amélioration continue de la qualité, il est à noter que le processus en vue de rencontrer les employés sous la direction des services techniques se fait en continu tout au long de l'année. Suite à la visite du Conseil québécois d'Agrément, nous avons répondu à leurs recommandations, entre autres, d'adapter les miroirs dans les chambres de soins de longue durée (3 sites), selon l'état du résident.

Communication

La direction des services techniques est responsable du volet communication concernant la téléphonie (incluant le système de reconnaissance vocale), téléavertisseurs et cellulaires.

Description des activités en quelques chiffres...

Gestion des déchets biomédicaux

Dans le but de respecter les articles de la Loi, le CSSS du Granit, s'assure que les déchets biomédicaux produits par les services de l'établissement soient traités en toute conformité avec les lois en vigueur. (Voir tableau 1)

Service alimentaire

Poursuite de 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)

Service de la buanderie – lingerie (Voir tableau 3)

Entretien des équipements et bâtiments

Au printemps 2011, la direction des services techniques a fait l'acquisition d'un système informatisé pour la gestion de l'entretien de tous les équipements et appareils médicaux. 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 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. Remplacement du lave-vaisselle au siège social.

Gestion des équipements biomédicaux

Depuis maintenant deux ans, le CSSS du Granit a recouru à une équipe de techniciens en Génie-Biomédicaux assurant la conformité des équipements médicaux. En ce qui concerne l'entretien des équipements plus spécialisés, où des techniques spéciales et/ou des équipements de calibration spéciaux sont requis, l'entretien est alors confié aux fabricants.

Au cours de la dernière année, plusieurs équipements médicaux ont été remplacés... et d'autres sont sur la liste des équipements à remplacer.

Gestion des immobilisations

Entretien des immeubles - Maintien des actifs

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

- Siège social
 - Réparation majeure sur l'enveloppe extérieure côté sud/ouest, coût des travaux : 1 million \$;
 - Début des travaux de construction en vue du déménagement du service de réadaptation et relocalisation des soins intensifs, projet de plus de 3,5 millions\$.
- Point de service Lambton
 - Réparation d'une toiture sur le bâtiment principal;
 - Réfection complète de la toiture du garage.
- Point de service Lac-Mégantic
 - Réfection complète de la toiture de la chapelle;
 - Réfection complète des mansardes ainsi que de la toiture au dessus de la cuisine;
 - Remplacement de l'éclairage extérieur par l'éclairage au LED;
 - Réparation majeure du palier de béton de l'entrée principale;
 - Construction d'une nouvelle terrasse extérieure.

À l'été 2014, nous avons démantelé le parc de roulottes situé à l'arrière du siège social, utilisé par l'équipe de rétablissement des services psychosociaux, suite à la tragédie du 6 juillet 2013.

Tous les intervenants ont été relocalisés sur la rue Champlain dans l'édifice des Marianites.

Tous ces déménagements ont été coordonnés par l'équipe technique du CSSS du Granit.

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 & 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 & 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 de nouveau personnel alors qu'il peut recevoir, dès son entrée en service, les formations spécifiques au milieu de soin. La gestion des zones grises a également fait l'objet de travaux au cours de la dernière année.

Développement durable

Au cours de la dernière année, nous avons assisté à plusieurs rencontres en vue de démarrer nos activités. 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. Le CSSS du Granit a procédé à l'installation de deux bornes de recharges pour véhicules électriques. Ces bornes sont installées à l'arrière de l'établissement et sont à la disposition des employés qui en font la demande.

Mesures d'urgence

Plusieurs formations ont été dispensées aux employés des trois sites, que ce soit la manipulation des extincteurs, les exercices d'évacuations, simulation incendie verbale, etc.

Afin d'assurer la vigilance des gens, ces formations sont offertes tout au long de l'année, en tenant compte des différentes contraintes et particularités des services offerts.

Quelques statistiques 2014-2015

Tableau 1

Nombre de kilogrammes de déchets biomédicaux traités	
2014-2015	2013-2014
11 249	11 670

Tableau 2

Nombre de repas servis	
2014-2015	2013-2014
209 480	207 046

Tableau 3

Poids de linge lavé		
Années de référence	2014-2015	2013-2014
Literie-lingerie	291 578 kg	283 947 kg
Buanderie (entretien des vêtements des usagers)	20 927 kg	18 920 kg

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.

Activités liées à nos objectifs stratégiques

Ressources financières

Le budget global de fonctionnement de l'année 2014-2015 est de 41 048 874\$. Le déficit généré par les opérations se chiffre à 59 231\$ et se répartit de la façon suivante : déficit de 58 099\$ au niveau des activités d'exploitation et déficit

de 1 132\$ au niveau des activités immobilières.

L'établissement a bénéficié au cours de l'exercice d'une allocation budgétaire totalisant 267 417 \$ visant à bonifier l'offre des services généraux et à soutenir de façon spécifique l'augmentation du coût des médicaments et des fournitures médicales.

En suivi aux objectifs du secteur des ressources financières pour la dernière année, mentionnons :

- Les travaux préparatoires et l'actualisation 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;
- L'équilibre budgétaire;
- 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 55 794\$ 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 compte 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 :

Le travail exécuté en comité pour 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.

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 publication d'articles dans le journal interne sensibilisant le personnel à la sécurité des actifs informationnels;
- Les travaux de migration des postes informatiques pour le passage à Windows 7.

Gestion du parc d'équipements

Au cours de l'exercice financier, l'établissement a fait des acquisitions d'équipements d'une valeur de 710 388\$.

Parmi les équipements les plus importants, on retrouve :

Échographe (fast écho)	21 152 \$
Cabinets à médicaments automatisés.....	147 746 \$
Périmètre (champ visuel).....	24 676 \$
Moniteur fœtal.....	28 524 \$
Biomètre oculaire.....	38 143 \$
Téléthrombolyse.....	25 146 \$
Lève-patient	35 000 \$
Console clinique PACS	12 800 \$
Lave-vaisselle.....	75 000 \$
Mobilier et équipements (nouveaux locaux de réadaptation)	101 750 \$
Ordinateurs et imprimantes.....	46 320 \$

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



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.

Membres de l'exécutif 2014-2015

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

Activités 2014-2015

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

Promotion

- Messages dans le journal Info-Action pour augmenter la visibilité du CECII;
- Mise à jour régulière du babilard du CECII-A au 1^{er} sous-sol;
- Préparation de la semaine thématique des infirmières et des infirmières auxiliaires;
- Rendre accessible la formation continue disponible en Estrie via l'affichage des différents cours offert sur le babillard;
- Dépôt de documents du CII (rapport annuel) sur Intranet.
- Rappel dans le journal Info-Action sur le Plan Thérapeutique Infirmier (PTI) concernant son importance, son côté légal et le devoir de le mettre à jour tout au long du temps de traitement du patient.

Communication

- Transmission d'informations aux membres du CII reçues de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ].
- Transmission d'informations aux membres du CII reçues

de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaire du Québec [OIIAQ].

Avis et recommandation

- Recommandation concernant les affichages de postes infirmières volet CLSC.
- Recommandation sur les techniques d'installation du pansement aux pourtours d'une néphrostomie (MSI).
- Recommandation sur la technique d'irrigation d'un cathéter de néphrostomie (MSI).
- Avis sur la nouvelle procédure « Sédation analgésie ».
- Avis sur la mise à jour du « Programme de prévention des chutes ».

Suivi et participation

- Suivi sur les outils de travail : observations infirmières, signes vitaux, glycémie, suivi de plaie, etc.
- Suivi sur la prévention des infections;
- Suivi des indicateurs de la qualité des services et des soins infirmiers;
- Suivi des rapports d'incidents/accidents;
- Suivi des travaux d'amélioration continue des équipes qualité – Agrément;
- Suivi du préceptorat;
- Suivi sur la recommandation de l'ordonnance collective 005 « Hyperthermie chez la personne âgée »;
- Participation du 10^e colloque CII/DSI « Pour des soins de qualité : sortons nos atouts! » par visioconférence;
- Participation et suivi des travaux quant à l'élaboration de la Philosophie et conception des soins infirmiers au Centre de santé et services sociaux du Granit.

Conseil multidisciplinaire



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 et des services multidisciplinaires. À l'arrière, Véronique Labrecque, secrétaire, Pierre Latulippe, d. g., Geneviève Lalonde, Danielle Vallières et Josée Mainville.

Membres de l'exécutif 2014-2015

- Marie-Ève Allard, présidente;
- Josée Mainville, vice-présidente;
- Véronique Labrecque en remplacement de Stéphanie St-Hilaire Lahaie, secrétaire;
- Chantale Clusiaux;
- Geneviève Lalonde en remplacement de Nathalie Trépanier
- Julie Laplante;
- Vicky Orichefsky, directrice des programmes services à la jeunesse et aux adultes et des services multidisciplinaires;
- Pierre Latulippe, directeur général.

Activités 2014-2015

Le CECM s'est réuni à six reprises au cours de l'année 2014-2015. Le Conseil multidisciplinaire du CSSS du Granit compte environ 105 membres provenant d'une vingtaine de professions différentes.

Conseil multidisciplinaire

Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit a poursuivi, en 2014-2015, la réalisation des mandats et engagements déjà

enclenchés dans les dernières années et ce, en lien direct avec les prérogatives de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Les différents dossiers

Comité de pairs

Le dossier des comités de pairs a été mené par Josée Mainville soutenue par certains membres du Conseil multidisciplinaire. L'an passé, avec la visite de l'Agrément, 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. De ce fait, cette année, la participation a quelque peu diminuée. Le but des comités de pairs étant toujours de 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 au sein des membres du Conseil multidisciplinaire. À noter qu'en 2014-2015, deux nouvelles catégories ont été retenues et les membres ont été appelés à proposer des candidatures («Le sourire de l'année» et «Mon mentor»). Ce comité a été chapeauté par Véronique Labrecque et Chantale Clusiaux, ainsi

que par un membre du Conseil multidisciplinaire, Vanessa Roy.

Comité de gestion des risques et Comité de prévention des infections nosocomiales

Suite à des discussions avec le Comité de gestion des risques et le Comité de prévention des infections nosocomiales, il a été convenu que ce serait Julie Byrns qui assurerait le lien entre l'exécutif, le comité et Mme Denise Arseneault, DQSSI. Depuis quelques années, celle-ci se joint aux rencontres pour effectuer le suivi qualité, mais aussi en lien avec différents sujets qui impliquent les professionnels du Conseil multidisciplinaire, tel que la visite de l'Agrément.

Comité stratégique Planetree

Le Conseil multidisciplinaire démontre toujours un intérêt pour l'approche. Marie-Ève Allard a participé à trois rencontres au cours de l'année.

CMURE

En début d'année, le Conseil multidisciplinaire unifié de la région de l'Estrie (CMURE) a mis en suspens les rencontres du comité dû aux pourparlers concernant le projet de loi 10. Aucune rencontre n'a été réalisée avec l'adoption de la loi 10.

Comité de promotion et de visibilité

Ce sous-comité, qui a comme mandat de mousser la promotion et la visibilité du Conseil multidisciplinaire et ses professionnels, était composé de Marie-Ève Allard et Geneviève Lalonde. Cette année, une carte postale a été envoyée aux membres à la date de leur première année d'embauche pour leur rappeler l'existence du CM et les façons de s'impliquer. De l'information a été mise en ligne sur intranet ainsi que des points d'information dans l'Info-Action. Il était aussi prévu de faire la promotion de certaines professions durant l'année ; cependant, le manque de temps et l'adoption de la loi 10 n'ont pas permis la réalisation de ce volet.

Représentation au conseil d'administration

Encore cette année, c'est Mme Manon Monfette qui a assuré la fonction de représentation du Conseil multidisciplinaire au conseil d'administration du CSSS du Granit. Elle a participé à onze (11) rencontres régulières du conseil d'administration.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)



Le CMDP se composait en 2014-2015 des docteurs Adrian Pusca, Bernard Gélinas, président, et Patrice Laframboise. À l'arrière, Dre Kathleen Dulac, Anne Boulet, pharmacienne, Pierre Latulippe, d.g., Dre Michèle Brochu et Dr Daniel Chouinard.

Comme chaque année, les membres de l'exécutif du CMDP se sont réunis tous les mois, sauf en juillet et août 2014. Les réunions se sont tenues régulièrement avec assiduité et une très belle complémentarité avec l'équipe administrative du CSSS, à savoir le directeur général et la directrice des services professionnels.

Activités 2014-2015

Cette année, le comité s'était donné comme objectifs :

- Planetree : amélioration de l'information du temps d'attente aux urgences et évaluation des activités au niveau du bloc opératoire. Ces deux activités ont été très bien réalisées.

Tout au cours de l'année, plusieurs représentations ont été faites. Beaucoup de travail a été effectué via le comité de recrutement.

- En septembre 2014, Dr Jonathan Tremblay et Dre Marie-Line Tousignant ont débuté leur pratique. Dr Tremblay se concentre totalement aux urgences, alors que Dre Tousignant pratique en obstétrique, conjointement avec les docteurs Michel et Gélinas, en plus de faire de la prise en charge et des soins de longue durée.
- Dre Janie Harvey, qui fera de l'urgence, de l'hospitalisation et de la prise en charge, devrait débuter au cours de l'été 2015.

En chirurgie :

Dr Jeff Wackett a été nommé chef du département de chirurgie. Dre Anne Gauvin-Meunier occupera le deuxième poste

en chirurgie et débutera ses activités à l'été 2015.

En médecine interne :

Dr Martin Pelletier, interniste, débutera ses activités en août 2015. Celui-ci fera des échographies cardiaques, en plus de sa pratique en médecine interne, de concert avec Dr Adrian Pusca.

Étant donné que seulement deux postes sont autorisés en médecine interne, Dr Wadih-Pierre Saad quittera en juillet 2015. Celui-ci pourra faire du remplacement durant les vacances des internistes. Il y a une tentative pour l'intégrer en pratique privée, pour qu'il puisse continuer de desservir la clientèle, surtout en dermatologie où ses services étaient très appréciés.

En anesthésiologie :

Dr Quentin Gobert, chef du département d'anesthésiologie, a débuté ses activités en janvier 2014. Dre Lyndia Dernis a débuté ses activités en septembre 2014 à la suite de son congé de maternité. Ces deux anesthésiologistes couvrent l'ensemble de nos services, avec quelques médecins remplaçants de façon occasionnelle.

En radiologie :

Dr Yves Marmen, chef du département de radiologie, a quitté pour sa retraite en mai 2015. Dre Chanel Houde devrait débuter ses fonctions en septembre 2015 avec une offre de service de quatre jours/semaine et de présence sur place deux semaines par mois avec une disponibilité de lecture à distance. Il devrait y avoir une couverture planifiée avec les radiologues du CIUSSS de l'Estrie-CHUS pour les autres périodes. Malheureusement, il y a une non-couverture presque complète due à une pénurie durant l'été 2015 qui est prévue au CIUSSS-CHUS. Des démarches ont été faites à cet effet avec très peu de succès à ce jour.

Un deuxième poste en radiologie a été demandé et accepté par la table régionale. Les changements apportés par cette réorganisation diront ce qui adviendra de ce deuxième poste, puisqu'un recrutement pourrait survenir dès l'automne 2015.

En omnipratique :

Des démarches sont déjà en cours pour l'été 2016. Une candidate serait intéressée, en plus d'offrir des services, surtout au CLSC de Lambton.

Département de pharmacie :

- L'exécutif du CMDP a bien supporté

le département de pharmacie suite à la visite de l'Agrément au printemps 2014;

- Visite d'inspection de l'Ordre des pharmaciens du Québec en décembre 2014, à propos de l'organisation du circuit du médicament et des soins et services pharmaceutiques en établissement de santé;
- Visite d'inspection de l'Ordre des pharmaciens du Québec en janvier 2015, à propos du programme ciblé des établissements offrant un service de préparation de produits stériles et visite de la salle blanche à la pharmacie;
- Récemment, il y a eu l'implantation des cabinets décentralisés installés sur les unités de soins (médecine, urgences et soins intensifs). L'implantation de ces technologies assure la sécurité du circuit du médicament et la qualité des services pharmaceutiques.

Les grands changements cette année sont dus à la Loi 10. Une réorganisation majeure a été faite de sorte que notre directeur général, M. Pierre Latulippe, a démissionné de son poste au printemps 2015.

Actuellement, le CMDP vit l'absence d'un directeur général. Il semble évident qu'il y aura toujours sur place un CMDP local qui sera renommé, mais qui devrait continuer à bien fonctionner et s'occuper des problèmes locaux, alors que les problèmes régionaux seront acheminés au CMDP du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Le président du CMDP s'est rendu à trois réunions avec l'ensemble des présidents du CMDP du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Une première assemblée générale du CMDP du CIUSSS de l'Estrie - CHUS se tiendra le 8 juin 2015.

La réunion générale annuelle locale du CMDP se tiendra le 16 juin 2015 avec les élections et la nomination du membre qui devra représenter l'instance locale au CMDP du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Avec l'arrivée de la Loi 10, une réorganisation sera à faire pour notre instance locale puisque nos cadres supérieurs, sans DG et DSP seront maintenant beaucoup moins présents et il faudra trouver une façon de travailler efficacement, ce qui était nettement plus facile auparavant.

**Docteur Bernard Gélinas,
Président du CMDP**

Comité de gestion des risques

Membres du comité 2014-2015

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

- Élise Lacombe, prés. et conseillère à la qualité des services et des soins inf.[CQSSI];
- Denise Arsenault, vice-prés. et DQSSI représente le DG et le CII-A;
- Alexandra Sivret, secrétaire, chef d'unité mission CHSLD;
- Dre Michèle Brochu, DSP en alternance avec docteur Wadih-Pierre Saad, interniste et spécialiste en maladies infectieuses, tous deux désignés par le CMDP;
- Julie Byrns, inhalo, pour le conseil multi;
- Manon Veilleux, assistante infirmière-chef courte durée;
- Marilyn Goulet, coordonnatrice du soutien à domicile [SAD], représentante de la mission CLSC de l'établissement;
- Nancy Rosa, ASI du bloc opératoire;
- Diane St-Pierre, ass. supérieur immédiat [ASI] du laboratoire;
- Mélanie Nogue, coord. des services techniques;
- Marie-Ève Maillé, avocate, représentante des usagers de l'établissement.

Mission

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) tel que :
- Le système de surveillance (registre local des acc/inc) aux fins d'analyse des causes et des recommandations au CA quant à la prise de mesures visant à prévenir la récurrence et le contrôle, s'il y a lieu.
- S'assurer que les obligations de sécurité des usagers, mais aussi celle des employés, des médecins et des tiers sont remplies, que des méca-

nismes 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.

Activités 2014-2015

Le CGR a tenu cinq rencontres régulières et huit rencontres ad hoc (comité de gestion d'éclousions) entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015.

Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du registre local de surveillance :

On compte 1106 événements déclarés cette année pour l'ensemble des secteurs comparativement à 1231 l'année dernière, ce qui correspond à une diminution de 11.3 % des déclarations.

De façon générale, les erreurs de médicaments représentent 43.8 % des événements déclarés au CSSS du Granit, suivis des chutes, à 31,5 % et des erreurs de traitements, à 6,9 %.

Tableau 1 : 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 très sensibilisé à l'importance de la déclaration, et continue de déclarer les événements indésirables. Par contre, nous devons toujours mettre des efforts à la divulgation lorsque la situation le requiert. La CQSSI fait ce rappel régulièrement auprès du personnel et des chefs de service. 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 avec l'offre de mesure de soutien adapté à leur situation.

Actions prises pour le suivi des événements indésirables : chacun des événements considérés comme sentinelles a fait l'objet d'une analyse approfondie avec les personnes concernées, accompagnées d'un plan correctif. Des procédures ont été élaborées et des formations ont été données aux équipes.

Un tableau de suivi des événements sentinelles (les plus fréquents ou ceux ayant des conséquences graves) a été créé afin que le comité de GDR puisse suivre l'évolution des mesures prises afin d'en éviter la récurrence et 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.
- Les événements avec conséquences sont majoritairement des chutes pour lesquels des actions de prévention diverses sont prises, dont le Programme de prévention des chutes.
- Un programme de protection respiratoire pour le personnel a été mis en place.
- Le protocole postexposition aux liquides biologiques a été révisé avec le médecin responsable des urgences.
- Le guide de prévention des infections a été élaboré.
- L'infirmière en prévention et contrôle des infections participe aux rencontres des travaux de construction.

	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Erreurs concernant les médicaments	640	577	0485
Chutes	356	332	0349
Erreurs concernant les tests diagnostiques	159	104	033
Autres	110	97	0113
Total des événements	1265	1231	01106
Nombre total d'admissions	1921	1830	1690
Nombre total de jours-présence des usagers	47 823	49 384	49 704
Taux d'incidence ¹ /1000 jours-présence	26,45 ¹	24,92 ¹¹	22,25 ¹¹

¹ Le taux d'incidence représente le nombre de nouveaux événements survenus par 1000 jours-présence pour une période déterminée.

¹¹ La diminution du taux d'incidence témoigne d'une réduction du nombre d'événements indésirables par tranche de 1000 jours-présence pour l'année 2014-2015 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.

Comité de vigilance et de la qualité



Le Comité de vigilance et de la qualité se composait, en 2014-2015, du président Guy Cloutier, André Veilleux, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, Bernard Saucier, administrateur, Denise Arseneault, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers, et du directeur général, Pierre Latulippe. Absente sur la photo : Lisette Lachance.

Membres du comité 2014-2015

- Guy Cloutier, président du comité;
- 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 Arseneault, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers;
- Louise Cameron, adjointe administrative et secrétaire de réunion.

Mission

1. Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration (ex. Rapport du comité des usagers) portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes.
2. Établir les liens systématiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des recommandations visant l'amélioration de la qualité des services aux usagers.
3. Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports

- ou recommandations dans le but d'améliorer la qualité des services aux usagers.
4. Assurer le suivi de ses propres recommandations auprès du conseil d'administration.
 5. Favoriser la collaboration et la concertation entre intervenants et/ou instances concernés.
 6. Veiller à ce que le commissaire local dispose des ressources humaines, matérielles et financières requises pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.
 7. Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile pour la réalisation du mandat qui lui est confié.

Activités 2014-2015

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu quatre réunions durant l'année.

Les membres du comité de vigilance reçoivent et s'assurent du suivi des recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité. Un membre du comité fait également partie du comité des usagers et assure la liaison entre les deux comités.

Les recommandations ainsi qu'un rapport des travaux du comité sont transmis au conseil d'administration suite à chaque rencontre du comité.

Une étroite collaboration est instaurée avec la directrice de la qualité des services et des soins infirmiers laquelle contribue régulièrement et de façon importante aux travaux du comité.

Des liens de communication entre différents comités, tels que le comité des usagers, le comité des résidents et le comité de gestion des risques et prévention, sont établis. De plus, une personne ressource au comité de vigilance et de la qualité est également membre du comité de gestion des risques.

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 recom-

mandations.

Présentation du rapport annuel « Régime d'examen des plaintes en santé et services sociaux ».

Présentation des résultats et commentaires suite aux audits de conformité à l'hygiène des mains et au port de gants réalisés, secteur courte durée, longue durée et ambulatoire.

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.

Elle présente également différents dossiers, dont entre autres :

- Le bilan de l'éclosion de grippe à l'USLD;
- L'élaboration d'un protocole Post-Exposition aux liquides biologiques et trousse PPE;
- La double vérification de la feuille d'administration des médicaments (FADM);
- Support dans les résidences non institutionnelles (RNI) concernant la prévention et contrôle des infections (PCI).

Présentation du Plan d'action en prévention et contrôle des infections 2014-2015.

Le président du comité de vigilance et de la qualité informe le conseil d'administration sur le contenu de chacune des rencontres du comité, sur la mise en œuvre et le suivi des recommandations en lien avec le rapport des plaintes et transmet le cas échéant les recommandations du comité.

Comité de vérification



Le Comité de vérification 2014-2015 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.

Membres du comité 2014-2015

- Jean-Guy Fredette, président du comité;
- Suzanne Boulanger, administratrice;
- Roger Charbonneau, administrateur.

Personnes ressources :

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

Mission

De façon générale, les responsabilités du Comité de vérification couvrent l'utilisation optimale et le suivi de l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement et la mise en place d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement.

De façon plus spécifique, le Comité a pour fonctions :

- de s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- de s'assurer de la mise en place

et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;

- de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
- de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
- de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et de s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces.

Activités 2014-2015

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

Activités réalisées

- Rencontre avec l'auditeur externe;
- Politique de gestion des comptes recevables (mise à jour);
- 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 2014-2015.

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, le mouvement Albatros, le comité de pastorale, le comité des usagers et des résidents, les membres du conseil d'adminis-

tration du CSSS du Granit et les membres individuels.

Nous avons 92 bénévoles inscrits au registre de l'établissement. Ils ont réalisé 1433 heures de bénévolat recensées.

Deux éducatrices spécialisées encadrent les actions faites par les bénévoles et accueillent tout nouveau bénévole désirant s'impliquer auprès

de nos résidents.

Le CSSS du Granit tient à remercier tous les bénévoles de l'avoir choisi pour accorder leur temps précieux à l'organisation et par le fait même, apporter du support et du bonheur à sa clientèle. Toutes les actions que posent les bénévoles sont grandement appréciées, du fait qu'elles contribuent au mieux-être des clientèles.

Comité des usagers du CSSS du Granit



Le Comité des usagers du CSSS du Granit se composait, en 2014-2015, 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.

Membres du comité 2014-2015

- Réal Vachon, président, Woburn;
- Diane Maheu, Lambton;
- Lorraine Despatis, trésorière, Lac-Mégantic;
- Lisette Lachance, secrétaire, Lac-Drolet;
- Marjorie Despatis, Lac-Mégantic;
- Carmen Guay, Lac-Mégantic;
- Mariette Bédard, Lac-Mégantic;
- Claire Dostie, Woburn;
- Bruno Roy, St-Sébastien.

Personnes ressources:

- Edith Clusiaux, éducatrice spécialisée;
- Mélanie Hardy, éducatrice spécialisée;
- Marjorie Despatis, éducatrice spécialisée;
- Pierre Latulippe, directeur général;
- Nathalie Bolduc, directrice SAPA « soutien à l'autonomie des personnes âgées »;
- André Veilleux, commissaire aux plaintes et à la qualité.

Mission

- Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- Défendre les droits et intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;
- Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la loi en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1);
- Publiciser les «droits et obligations des usagers»;
- défendre les droits des usagers.

Activités 2014-2015

Le Comité des usagers a tenu cinq réunions régulières et une informelle durant l'année.

Réalisations

- Visite d'agrément, du 5 au 9 mai 2014, et rencontre avec les membres du comité des usagers;
- Participation à la semaine régionale des droits des usagers, du 29 septembre au 3 octobre, le RPCU voulant établir une meilleure communication avec les membres des autres CU;
- Dossier de contention, des équipements ont été achetés dans les trois sites CHSLD permettant à l'usager d'être plus autonome;
- Participation à la rencontre régionale des comités des usagers et résidents au Centre Marianhill le 3 septembre;

Le directeur général et la présidente du conseil d'administration ont rencontré le député Ghislain Bolduc, l'informant des enjeux et préoccupations de l'établissement, de même que d'une lettre signée conjointement faisant état du maintien de nos services locaux et requérant la participation de l'établissement sur le conseil d'administration régional. M. Bolduc s'est montré réceptif, a posé des questions et a indiqué par la suite avoir discuté avec le ministre Barrette;

Suite à la visite de l'Agrément, la directrice SAPA mentionne que les visiteurs ont été satisfaits de ce qu'ils ont vu en général sur la pratique administrative et professionnelle;

Approbation par le Comité des usagers du plan d'action favorisant la formation des comités des usagers et résidents et que les frais seront assumés par le Comité;

Nomination de Yvette Cellard en remplacement de Renée Fortin, à titre de personne ressource, qui assumera les mêmes tâches.

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



Membres du comité 2014-2015

- Suzanne Boulanger, présidente du comité;
- Jean-Guy Fredette, administrateur;
- Guy Cloutier, administrateur
- Manon Monfette, administratrice;

- Pierre Latulippe, directeur général.

Mission

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

La Fondation du CSSS du Granit, un outil indispensable

Membres du comité 2014-2015

- Berthier Arguin, président;
- Léon Ducharme, vice-Président;
- André Veilleux, trésorier;
- Nicole Bilodeau, secrétaire;
- Lorraine Cloutier, directrice;
- Luc Grondin, directeur;
- Alexandra Sivret, directrice;
- Pierre Latulippe, directeur général.

Activités

Un don à la Fondation du CSSS du Granit, c'est donné à un membre de votre famille, à un proche ou à un ami qui, tôt ou tard, aura besoin des services du CSSS 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, le bloc opératoire, les soins intensifs, l'obstétrique, l'urgence, tous portent la marque de générosité de nos donateurs.

Au cours de l'année financière de la fondation prenant fin le 31 décembre 2014, les dons perçus ont totalisé la somme de 126 757 \$ dont, entre autres, 53 145 \$ par le tournoi de golf organisé par le personnel de l'établissement, 16 489 \$ par la vente de billets pour le tirage du VR Desjardins, 28 361 \$ par la campagne de sollicitation, 17 112 \$ par ses dons funéraires grâce aux bonnes attentions et bons services du personnel de l'établissement.

La présidence d'honneur de cette 22^e édition du tournoi de golf tenu le 6 septembre 2014 et organisé par le personnel de l'établissement a été assumée avec succès par Marc Chenel, actionnaire de l'entreprise Les Pétroles R. Turmel Inc. Les coprésidents Sylvain Roy, directeur des ressources financières et informationnelles, et Alain Veilleux, cuisinier du CSSS du Granit, ont dirigé, pour une deuxième année, avec brio, l'organisation du tournoi, qui a accueilli 175 golfeurs et 232 personnes pour le souper.

Le tournoi représente la principale activité de la campagne de financement annuelle au profit de la Fon-

dation 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 en cours vise pour une deuxième année consécutive, à combler les besoins en équipements spécialisés du service des soins intensifs du CSSS du Granit qui déménagera sous peu près des urgences, un projet de plus de 3 millions de dollars.

La Fondation tient à souligner la contribution du personnel de l'établissement ainsi que ses fidèles partenaires qui supportent généreusement les activités de la Fondation, année après année: Pensons à Promotuel Monts et rives, les Caisses Desjardins Région de Mégantic, 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.

Traitement des plaintes et qualité des services



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

Voici une synthèse des plaintes traitées durant l'année 2014-2015, ainsi que les interventions et assistances réalisées durant cette même période.

Volet traitement des plaintes et recommandations

- Au total, 27 plaintes ont été reçues durant la période par le commissaire local et le médecin examinateur, comparativement à 28 l'année dernière.
- Quatre assistances ont été faites par le commissaire durant la période, aucune intervention n'a été nécessaire.
- 1. Douze plaintes relativement à des médecins travaillant au Centre hospitalier ont été acheminées par le commissaire au médecin examinateur et neuf ont été conclues durant la période. Une plainte médicale a fait l'objet d'une demande de révision et le comité de révision l'a rejetée.
- 2. Dix plaintes relativement à des services dispensés au Centre hospitalier ont été reçues par le commissaire durant la période et neuf ont été traitées et réglées. Une plainte 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) Lac-Mégantic a été traitée et réglée.

- 4. Quatre plaintes relativement à des services dispensés au CLSC ont été traitées et réglées.
- 5. Les quatre assistances ont été effectuées en Centre hospitalier relativement, entre autres, à des demandes d'accès à des médecins de famille et à un manque de confidentialité due à la disposition des locaux.
- 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 par le commissaire est de 25 jours. Quelques plaintes ont nécessité un délai supérieur à 45 jours, compte tenu de la complexité du traitement des plaintes médicales ou en santé mentale.

Si l'on compare l'objet total des plaintes relativement à leur niveau de traitement, j'en arrive à la conclusion que l'objet des plaintes se concentre sur les soins et services dispensés (45%), les relations interpersonnelles et le respect des droits des usagers (19% chacun), sur l'accessibilité aux services (11%) et autres (6%).

Les 16 dossiers traités par le commissaire ont donc fait l'objet de 18 motifs différents. Les 9 plaintes traitées par le médecin examinateur ont fait l'objet de 11 motifs.

Les plaintes au niveau des soins et services dispensés concernaient particulièrement les compétences techniques et professionnelles au niveau infirmier et médical. L'augmentation du volume d'interventions chirurgicales a provoqué la hausse de ces plaintes, mais dans un pourcentage moindre que l'augmentation de l'activité médicale. Un effort a été fait afin de sensibiliser le personnel d'être à l'écoute de la clientèle vulnérable et de ne pas hésiter à valider deux fois plutôt qu'une le geste à poser lors de la prestation de services. La direction de la gestion des risques n'a pas cessé de miser sur l'importance de communiquer les incidents et accidents et de trouver les solutions pour les diminuer. 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. Il faut toutefois souligner que la clientèle en général reconnaît que les soins dispensés dans l'établissement sont excellents.

Concernant les plaintes en matière de relations interpersonnelles, elles sont directement en relation avec les conséquences de la tragédie du 6 juillet 2013. Les intervenants en santé mentale sont malgré eux confrontés à des situations qui sont difficiles à gérer pour apporter une solution parfaite en tout temps.

Volet qualité des services

Considérant que le régime des plaintes vise l'amélioration de la qualité des soins et services, l'installation des boîtes pour recevoir les formulaires sur la satisfaction de la clientèle quant aux soins et services reçus permet d'identifier rapidement les sources d'insatisfaction de la clientèle.

Quant aux autres activités du commissaire, il a assisté à trois rencontres avec les commissaires locaux en Estrie et le commissaire régional. Les commissaires ont préparé un canevas concernant le rôle et les obligations que le nouveau commissaire nommé au niveau d'un seul conseil d'administration aura à respecter ainsi que l'organisation qui en découlera.

Quant à la promotion du régime, un article est publié annuellement sur la promotion des droits des usagers, dans le journal local.

Le commissaire a également assisté aux réunions des comités des usagers et des résidents, ainsi qu'aux activités spéciales, particulièrement durant la période de Noël.

Il a également participé aux trois assemblées du Comité de vigilance. Les discussions portent principalement sur les recommandations du commissaire à être adressées au conseil d'administration ou à la direction des divers départements.

Je tiens à remercier le personnel en poste de direction et les gestionnaires qui ont collaboré aux enquêtes suite au dépôt des plaintes déposées et à la mise en place de correctifs proposés. A.V.

Statistiques - État des résultats au 31 mars 2015

	2015				2014
	Budget	Activités d'exploitation	Activités Immobilières	Total	Total
Revenus					
Subventions Agence et MSSS	37 456 205 \$	34 286 811 \$	2 845 748 \$	37 132 559 \$	36 332 534 \$
Contributions des usagers	2 733 674 \$	2 691 676 \$	–	2 691 676 \$	2 694 192 \$
Ventes de services et recouvrements	276 245 \$	301 453 \$	–	301 453 \$	423 759 \$
Donations	257 030 \$	155 737 \$	114 678 \$	270 415 \$	272 802 \$
Revenus de placement	15 000 \$	19 071 \$	–	19 071 \$	21 045 \$
Revenus de type commercial	43 000 \$	45 725 \$	–	45 725 \$	43 893 \$
Autres revenus	931 569 \$	587 967 \$	8 \$	587 975 \$	301 679 \$
	41 712 723 \$	38 088 440 \$	2 960 434 \$	41 048 874 \$	40 089 904 \$
Charges					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	29 767 434 \$	29 140 743 \$	–	29 140 743 \$	28 170 518 \$
Médicaments	520 169 \$	504 173 \$	–	504 173 \$	488 862 \$
Produits sanguins	391 202 \$	335 967 \$	–	335 967 \$	216 271 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	1 055 983 \$	1 107 765 \$	–	1 107 765 \$	1 038 787 \$
Denrées alimentaires	388 934 \$	393 027 \$	–	393 027 \$	394 894 \$
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	1 150 200 \$	1 267 990 \$	–	1 267 990 \$	1 326 931 \$
Frais financiers	699 761 \$	–	659 112 \$	659 112 \$	750 564 \$
Entretien et réparations	1 630 238 \$	505 607 \$	716 896 \$	1 222 503 \$	1 323 379 \$
Créances douteuses	–	5 967 \$	–	5 967 \$	11 820 \$
Loyers	–	122 260 \$	–	122 260 \$	–
Amortissement des immobilisations	1 500 000 \$	–	1 584 418 \$	1 584 418 \$	1 527 617 \$
Perte sur disposition d'immobilisations	–	–	0 \$	0 \$	7 904 \$
Autres charges	4 790 302 \$	4 763 040 \$	1 140 \$	4 764 180 \$	4 681 125 \$
	41 894 223 \$	38 146 539 \$	2 961 566 \$	41 108 105 \$	39 938 672 \$
Surplus de l'exercice	(181 500 \$)	(58 099 \$)	(1 132 \$)	(59 231 \$)	151 232 \$

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 55 794\$ pour l'achat d'équipements divers.

État des résultats - Activités d'exploitation au 31 mars 2015

	2015				2014
	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total	Total
Revenus					
Subventions Agence et MSSS	34 594 924 \$	34 274 351 \$	12 460 \$	34 286 811 \$	33 512 726 \$
Contributions des usagers	2 733 674 \$	2 691 676 \$	–	2 691 676 \$	2 694 192 \$
Ventes de services et recouvrements	276 245 \$	301 453 \$	–	301 453 \$	423 759 \$
Donations	167 350 \$	18 435 \$	137 302 \$	155 737 \$	143 546 \$
Revenus de placement	15 000 \$	19 071 \$	–	19 071 \$	21 045 \$
Revenus de type commercial	43 000 \$	–	45 725 \$	45 725 \$	43 893 \$
Autres revenus	931 569 \$	583 546 \$	4 421 \$	587 967 \$	301 538 \$
	38 761 762 \$	37 888 532 \$	199 908 \$	38 088 440 \$	37 140 699 \$
Charges					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	29 767 434 \$	29 031 382 \$	109 361 \$	29 140 743 \$	28 170 518 \$
Médicaments	520 169 \$	504 173 \$	–	504 173 \$	488 862 \$
Produits sanguins	391 202 \$	335 967 \$	–	335 967 \$	216 271 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	1 055 983 \$	1 107 765 \$	–	1 107 765 \$	1 038 787 \$
Denrées alimentaires	388 934 \$	393 027 \$	–	393 027 \$	394 894 \$
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	1 150 200 \$	1 267 990 \$	–	1 267 990 \$	1 326 931 \$
Entretien et réparations	880 238 \$	505 607 \$	–	505 607 \$	627 063 \$
Créances douteuses	–	5 967 \$	–	5 967 \$	11 820 \$
Loyers	–	122 260 \$	–	122 260 \$	–
Autres charges	4 789 102 \$	4 679 754 \$	83 286 \$	4 763 040 \$	4 679 942 \$
	38 943 262 \$	37 953 892 \$	192 647 \$	38 146 539 \$	36 955 088 \$
Surplus (déficit) de l'exercice	(181 500 \$)	(65 360 \$)	7 261 \$	(58 099 \$)	185 611 \$

État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2015

	2015			2014
	Activités d'exploitation	Activités immobilières	Total	Total
Surplus cumulés au début	1 103 496 \$	276 168 \$	1 379 664 \$	1 228 432 \$
Surplus (déficit) de l'exercice	(58 099 \$)	(1 132 \$)	(59 231 \$)	151 232 \$
Transfert interfonds	(700 000 \$)	700 000 \$	–	–
Surplus cumulés à la fin	345 397 \$	975 036 \$	1 320 433 \$	1 379 664 \$
Constitués des éléments suivants				
Affectations d'origine externe	–	–	–	–
Affectations d'origine interne	–	–	–	–
Solde non affecté	–	–	1 320 433 \$	1 379 664 \$
Total			1 320 433 \$	1 379 664 \$

État de la situation financière au 31 mars 2015

	2015			2014
	Activités d'exploitation	Activités immobilières	Total	Total
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	2 468 372 \$	1 307 576 \$	3 775 948 \$	1 133 200 \$
Placements temporaires	–	–	–	1 100 319 \$
Débiteur –Agence et MSSS	1 545 228 \$	192 627 \$	1 737 855 \$	2 275 280 \$
Autres débiteurs	480 739 \$	181 213 \$	661 952 \$	666 614 \$
Créances interfonds (dettes interfonds)	(251 789 \$)	251 789 \$	–	–
Subvention à recevoir – réforme comptable	2 838 017 \$	6 530 531 \$	9 368 548 \$	8 476 107 \$
Frais reportés liés aux dettes	–	63 885 \$	63 885 \$	62 448 \$
Autres éléments	81 306 \$	–	81 306 \$	116 111 \$
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	7 161 873 \$	8 527 621 \$	15 689 494 \$	13 830 079 \$
PASSIFS				
Emprunts temporaires	–	442 956 \$	442 956 \$	602 327 \$
Autres créditeurs et autres charges	2 789 662 \$	1 272 585 \$	4 062 247 \$	2 779 816 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence	–	3 070 119 \$	3 070 119 \$	880 524 \$
Intérêts courus à payer	–	192 627 \$	192 627 \$	169 005 \$
Revenus reportés	1 081 240 \$	514 679 \$	1 595 919 \$	1 369 442 \$
Dettes à long terme	–	24 015 501 \$	24 015 501 \$	23 816 152 \$
Passif au titre des avantages sociaux futurs	3 508 202 \$	–	3 508 202 \$	3 422 038 \$
Autres éléments	173 431 \$	–	173 431 \$	104 771 \$
TOTAL DES PASSIFS	7 552 535 \$	29 508 467 \$	37 061 002 \$	33 144 075 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(390 662 \$)	(20 980 846 \$)	(21 371 508 \$)	(19 313 996 \$)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	–	21 955 882 \$	21 955 882 \$	20 110 344 \$
Stocks de fournitures	375 099 \$	–	375 099 \$	403 807 \$
Frais payés d'avance	360 960 \$	–	360 960 \$	179 509 \$
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	736 059 \$	21 955 882 \$	22 691 941 \$	20 693 660 \$
SURPLUS CUMULÉS	345 397 \$	975 036 \$	1 320 433 \$	1 379 664 \$

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) au 31 mars 2015

	2015			2014	
	Budget	Activités d'exploitation	Activités immobilières	Total	Total
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT	(19 313 996 \$)	520 180 \$	(19 834 176 \$)	(19 313 996 \$)	(20 272 207 \$)
Surplus de l'exercice	0 \$	(58 099 \$)	(1 132 \$)	(59 231 \$)	151 232 \$
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	(2 500 000 \$)	–	(3 429 956 \$)	(3 429 956 \$)	(778 764 \$)
Amortissement de l'exercice	1 500 000 \$	–	1 584 418 \$	1 584 418 \$	1 527 617 \$
Perte sur disposition	–	–	–	–	7 904 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	(1 000 000 \$)	0 \$	(1 845 538 \$)	(1 845 538 \$)	756 757 \$
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	(1 500 000 \$)	(1 692 410 \$)	–	(1 692 410 \$)	(1 558 135 \$)
Acquisition de frais payés d'avance	(500 000 \$)	(748 290 \$)	–	(748 290 \$)	(473 968 \$)
Utilisation de stocks de fournitures	1 500 000 \$	1 721 118 \$	–	1 721 118 \$	1 549 916 \$
Utilisation de frais payés d'avance	500 000 \$	566 839 \$	–	566 839 \$	532 409 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	0 \$	(152 743 \$)		(152 743 \$)	50 222 \$
Autres variations des surplus (déficits) cumulés		(700 000 \$)	700 000 \$		
AUGMENTATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)					
	(1 000 000 \$)	(910 842 \$)	(1 146 670 \$)	(2 057 512 \$)	958 211 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(20 313 996 \$)	(390 662 \$)	(20 980 846 \$)	(21 371 508 \$)	(19 313 996 \$)

État des flux de trésorerie au 31 mars 2015

	2015	2014
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus	(59 231 \$)	151 232 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Stocks et frais payés d'avance	(152 743 \$)	50 222 \$
Perte sur disposition d'immobilisations	-	7 904 \$
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(114 678 \$)	(129 256 \$)
Amortissement des immobilisations	1 584 418 \$	1 527 617 \$
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	19 370 \$	23 743 \$
Subvention à recevoir – réforme comptable – immobilisations	(916 730 \$)	(797 070 \$)
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	419 637 \$	683 160 \$
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	4 572 001 \$	(1 229 759 \$)
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	4 932 407 \$	(395 367 \$)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations:		
Acquisitions	(3 429 956 \$)	(778 764 \$)
Flux de trésorerie utilisé pour les activités d'investissement en immobilisations	(3 429 956 \$)	(778 764 \$)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes:		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	3 278 001 \$	13 244 444 \$
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(1 263 582 \$)	(1 238 166 \$)
Emprunts remboursés – Refinancement de dettes à long terme	(1 815 070 \$)	(11 290 611 \$)
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	3 154 529 \$	13 248 198 \$
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(45 409 \$)	(69 475 \$)
Emprunts temporaires remboursés – refinancement fonds d'immobilisations	(3 268 491 \$)	(13 236 043 \$)
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	39 978 \$	658 347 \$
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	1 542 429 \$	(515 784 \$)
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	2 233 519 \$	2 749 303 \$
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	3 775 948 \$	2 233 519 \$
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent:		
Encaisse	3 775 948 \$	1 133 200 \$
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	-	1 100 319 \$
Total	3 775 948 \$	2 233 519 \$

Données statistiques CH - CHSLD

	2015	2014
Imagerie médicale		
Examens	19 789	22 294
Unités techniques	352 999	373 110
Médecine de jour		
Jours-soins	513	1 106
Usagers	200	764
Courte durée (jours-présence)		
Médecine générale	7 905	8 165
Obstétrique	312	378
Pouponnière	261	342
Pédiatrie	100	107
Soins intensifs	658	686
Total	9 236	9 678
Longue durée (jours-présence)		
USLD (4ième étage Siège social)	14 403	14 113
CHSLD Lac-Mégantic	15 607	15 454
CHSLD Lambton	10 095	9 787
UTRF	622	759
Total	40 727	40 113
Taux d'occupation	89%	86%
Obstétrique		
Accouchements	122	143
Césariennes	16	22
Total	138	165
Bloc opératoire		
Chirurgie externe (usagers)	534	406
Chirurgie hospitalière (usagers)	143	144
Endoscopie (examens)	1 450	1 076
Chirurgie d'un jour (usagers)	794	643
Total	2 921	2 269
Laboratoires		
Procédures	327 567	354 759
Procédures pondérées	788 510	1 020 781

Données statistiques CH - CHSLD (suite)

	2015	2014
Cliniques externes (consultations)		
Anesthésiologie	11	–
Cardiologie	544	443
Chirurgie	926	802
Endocrinologie	277	308
Gériatrie	121	107
Gynécologie	432	567
Médecine d'urgence (suivi)	956	–
Médecine interne	1 554	2 357
Microbiologie médicale et Infectiologie	12	–
Néphrologie	159	170
Neurologie	121	121
Ophtalmologie	3 961	3 169
Orthopédie	1 594	1 914
Oto-rhino-laryngologie	862	1 151
Pneumologie	379	611
Urologie	411	404
Total	12 320	12 124
Salle d'urgence (visites)		
Usagers ambulants	15 243	15 508
Usagers sous observation	3 406	3 405
Total	18 649	18 913
Électrophysiologie		
ECG-examens	6 194	5 861
ECG-unités	74 328	70 332
Holters-examens	426	404
Holters-unités	31 950	30 300
ECG effort-examens	549	628
ECG effort-unités	16 470	18 840
Monitoring TA-examens	115	68
Monitoring TA-unités	7 475	4 420
Total examens	7 284	6 961
Total unités	130 223	123 892

Données statistiques CLSC

	2015		2014	
	Usagers	Interventions	Usagers	Interventions
Centres d'activités				
4110 Développement, adaptat. Intégr. sociale	226	1 240	206	1 218
4120 Habitudes de vie et maladies chroniques	25	99	13	33
4130 Maladies infectieuses	4 839	5 420	4 946	5 681
5910 services psychosociaux Jeunes en difficultés	378	1 750	388	1 637
5930 Services ambulatoires de santé mentale	391	4 066	361	3 223
5940 Soutien dans la communauté santé mentale	48	1 890	49	1 985
6170 Soins à domicile	827	11 599	887	12 589
6300 Services de santé courants	2 162	7 437	2 329	8 248
6350 Inhalothérapie à domicile	361	1 190	332	1 104
6510 Santé parentale et infantile	334	553	344	681
6530 Aide à domicile	181	15 477	209	14 862
6540 Services dentaires préventifs	1 246	567	1 177	570
6560 Services psychosociaux	1 515	9 774	1 999	10 747
6590 Services scolaires	211	346	191	343
6860 Audiologie et orthophonie	74	308	73	322
7110 Nutrition	329	486	293	327
7160 Ergothérapie et physiothérapie à domicile	683	3 069	678	3 434
Total	13 830	65 271	14 475	67 004
Usagers différents	8 883		9 276	
Activités médicales	209		199	
Prélèvements		4 391		4 280
Action communautaire	24 groupes	155 rencontres	20 groupes	121 rencontres

Déclaration des auditeurs



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
5202, rue Papineau
Lac-Mégantic (Québec) G6B 0E6

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux du Granit pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion non modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015. 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 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Déclaration des auditeurs (suite)

2

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 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C. ¹

Lac-Mégantic
Le 12 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A108884

État du suivi des réserves, commentaires et observations

exercice terminé le 31 mars 2015 - 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 : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
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'activités "6600-Laboratoires de biologie médicale" et des sous-centres d'activités 6601-6604-6606-6607.	2012-2013	R	Une requête pour corriger la problématique a été adressée au responsable régional du système de compilation des unités de mesure du laboratoire	R		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

Rapport de la direction

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) 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 CSSS du Granit reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration¹ surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

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



Patricia Gauthier,
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie - CHUS



Pierre-Albert Coubat,
Directeur des ressources financières
CIUSSS de l'Estrie - CHUS

¹ En vertu de l'article 195 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre 0-7.2), le président-directeur général exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première des deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres soit nommée.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

La présente version du Code d'éthique et de déontologie 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 prémisses 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 sœur, 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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs (suite)

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'établissement, 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 d'administration;
- b) Avoir directement ou indirectement

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs (suite)

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'adminis-

trateur 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 déclara-

tions 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

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs (suite)

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.)

Annexe - Reddition de comptes 2014-2015 (ententes de gestion)

CSSS DU GRANIT

REDDITION DE COMPTES

2014-2015

Juin 2015

Reddition de comptes 2014-2015 (ententes de gestion) (suite)

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

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

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux du Granit :

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

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2014-2015.

Signé à Sherbrooke le 9-6 2015



Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
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

Nom :

Date :

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Reddition de comptes 2014-2015 (ententes de gestion) (suite)

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	346	341	379
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	31,6	35,0	25,5
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	44	41	47

Commentaires

1.08.05 - La charge de cas au 31 mars 2015 est de 32 usagers. Certains ont été hospitalisés ou ont quittés temporairement, donc nous n'avons pas 2 interventions à toutes les périodes. Nous remarquons qu'un usager a été indisponible pendant 3 mois et 2 autres pendant 2 semaines.

Nom :

Date :

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Axe d'intervention : *Réseaux de services intégrés*

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	85,9 %	80,0 %	86,0 %

Commentaires

Nom :

Date :

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Reddition de comptes 2014-2015 (ententes de gestion) (suite)

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
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)	26 865	Augmentation	26 536

Commentaires

Nom :

Date :

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
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	97,1 %	90 %	100 %
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	83,3 %	90 %	100 %
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 INTELLECTUELLE ET TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,9 %	90 %	94,7 %
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	100 %	90 %	n.a.
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	88,9 %	90 %	92,3 %

Reddition de comptes 2014-2015 (ententes de gestion) (suite)

<i>Commentaires</i>	
Nom :	Date :

- * Résultats en date du 31 mars 2014
- ** Résultats en date du 31 mars 2015



Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98 %	90 %	99 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	97 %	90 %	90 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	100 %	90 %	98 %
1.09.33.01 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	100 %	90 %	100 %

Commentaires

Nom : **Date :**

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Reddition de comptes 2014-2015 (ententes de gestion) (suite)

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Axe d'intervention : Urgences

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

Indicateurs	Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	4,5 %	< 13,0 %	3,7 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	0,1 %	0,0 %	0,0 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	9,9	< 6,9	9,2

Commentaires

1.09.01 - Projet d'ajout d'une télémétrie en médecine, commandée au mois de mai 2015 et s'actualisera vers le mois de juin.

Nom :

Date :

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	1,00	4,40	1,60
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	0,00	0,56	2,07

Commentaires

1.01.19.2 Enquête en cours suite au résultat 2014-2015. Plan d'action à venir.

Nom :

Date :

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Reddition de comptes 2014-2015 (ententes de gestion) (suite)

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Réalisé	Réalisé	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
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,40 % (P12)	< 5,54 %	7,00 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,67 % (P12)	< 3,26 %	3,93 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,14 % (P12)	< 0,17 %	0,15 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 %
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,00 % (P12)	0,00 %	0,00 %

Commentaires

3.05.01 - Situation associée à la pénurie chronique de main-d'œuvre, accélération des départs à la retraite. Malgré un taux d'absentéisme très favorable (4.5%), les absences sont survenues dans des secteurs d'activités critiques présentant des défis de remplacements. L'installation s'est dotée d'un plan de suivi et de redressement du temps supplémentaire par différentes mesures.

3.05.02 - Voir commentaire 3.05.01 - principalement attribuable aux mêmes causes et majoritairement constitué du temps supplémentaire soins infirmiers.

Nom :	Date :

- * Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement
- ** Résultats en date du 31 mars 2015, sauf si indiqué autrement

Reddition de comptes 2014-2015 (ententes de gestion) (suite)

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

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

Objectifs de résultats

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

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

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2013-2014</i>	<i>Engagements 2014-2015</i>	<i>Résultats** 2014-2015</i>
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Non réalisé	Réalisé	Non réalisé
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,12 % (P12)	< 5,33 %	4,43 % (P12)
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Réalisé	Réalisé	Réalisé

Commentaires

3.13 - Installation affilié à l'approche PLANETREE, en démarche pour son accréditation.

Nom :

Date :

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

** Résultats en date du 31 mars 2015, sauf si indiqué autrement

Organigramme du CSSS du Granit

