La santé eau naturel

Centre de santé et de services sociaux
Les Eskers de l'Abitibi

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014-2015

Nous sommes fiers de travailler au sein d'une organisation à l'image de l'une de nos plus grandes richesses : l'eau. Cette eau, symbole de transparence, de santé, de vie. Transparence dans nos établissements : avec nos employés, avec nos usagers et nos partenaires: les fondements même d'une relation de confiance. Santé, un terme qui ne se résume pas à la santé de nos usagers et de nos employés. Elle inclut également la santé de toutes nos ressources : financières, matérielles... L'eau est également associée à la Vie qui est au cœur même de notre travail.

Les professionnels de notre organisation sont notre plus belle richesse, notre eau vitale. Avec eux, nous poursuivons l'objectif continu d'offrir des soins et services humains et de grande qualité. Ensemble, nous traverserons les bouleversements majeurs de nos structures mais l'essence même du professionnalisme provient des gens et non des structures. Détournez un cours d'eau et naturellement, il reviendra à sa source. Ainsi, peu importe les changements, faisons en sorte que les usagers demeurent au cœur de nos décisions et nous serons certains de ne jamais perdre le courant ...

Mélanie Sigouin
Agente de planification programmation
et recherche à la direction générale

TABLE DES MATIÈRES

1. Mot du président et de la directrice générale 1

2. Déclarations
Déclaration de fiabilité 3
Rapport de la direction 4

3. Présentation de l'établissement
La mission 5
L'organigramme 6
Les valeurs 7
Les caractéristiques de la population, de son territoire et principales données de santé 8

4. Activités de l'établissement
Orientations stratégiques et priorités d'action 13
Les directions et leurs principaux développements 14
Direction générale 14
Direction des ressources financières 21
Direction des ressources humaines 29
Direction des soins infirmiers et programme santé physique 42
Direction des services professionnels et hospitaliers 57
Direction des services de première ligne et de prévention 67
Direction des ressources matérielles et informationnelles 76
Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées 87
Agrément 93
Sécurité des soins et services 94
Examen des plaintes et à la promotion des droits des usagers 96
Les modes d'information et de consultation de la population 98

5. Activités des comités du conseil d'administration et des conseils professionnels
Les membres du conseil d'administration 100
Les conseils et les comités institués en vertu de la loi 101
Comité des usagers 104
Comité des résidents 107
Comité des Auxiliaires bénévoles 110
Comité de bioéthique 112
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 112
Comité central d'évaluation de la qualité de l'acte 113
Comité de pharmacologie 113
Conseil multidisciplinaire 114
Conseil des infirmières et infirmiers 114
Comité de vérification 116
Comité de vigilance et de la qualité 116
Comité de gestion des risques 118

6. Les ressources humaines de l'établissement 122
Gestion et contrôle des effectifs 123

7. Les états financiers et les analyses des résultats des opérations
Rapport de l'auditeur 125
L'état des résultats 127
État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) 128
État des flux de trésorerie 129
Bilan des fonds d'exploitation 132
Dons – Fonds d'immobilisation au 31 mars 2015 133
Extrait des états officiels 134
L'état de la situation financière 135
Contrats de services 136

8. Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant 137

9. Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs 139

1- MOT DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

François Lemire
Président

C'est avec beaucoup de fierté que nous vous présentons notre rapport annuel faisant état de nos activités et de nos réalisations de l'année 2014-2015. À la lecture de ce rapport vous constaterez tout le travail accompli par des équipes dédiées nous permettant aujourd'hui d'offrir à notre population des soins de plus en plus sophistiqués tout en remplissant nos missions locales et régionales et de ne pas perdre de vue nos objectifs organisationnels.

Hélène Desjardins
Directrice générale

L'utilisation optimale de nos ressources et l'augmentation croissante des besoins dans un contexte budgétaire très serré exigent une grande rigueur dans ce mouvement perpétuel de changement. Les enjeux tels que le vieillissement de la population, plusieurs modifications de pratiques et une pratique régionale de plus en plus collaborative touchant tous les domaines sont toujours en toile de fond des décisions que nous avons prises tout au cours de l'année.

Nous poursuivons toujours notre philosophie Lean Heath care en y ajoutant plusieurs projets d'optimisation tant locaux que régionaux. Cette culture qui implique les employés, les professionnels et les médecins nous aide à atteindre nos objectifs et à renforcer les dialogues dans les groupes multidisciplinaires.

C'est par une meilleure utilisation de nos ressources et notre souci constant de rationalisation et d'optimisation que nous avons résorbé un manque à gagner du début de l'année de 1 129 157,$ pour terminer l'année avec un léger déficit au montant de 29 190,$. Nous avons atteint ce quasi-équilibre par la rigueur des suivis d'assurance-salaire, la croissance de la production chirurgicale, les achats regroupés avec d'autres établissements du réseau, l'augmentation du taux d'occupation, la diminution de la durée moyenne de séjour, la révision des soins et services à domicile et certaines opportunités de non-remplacement.

La stabilisation de nos ressources humaines nous a une fois de plus permis d'augmenter notre cadence chirurgicale puisque nous avons pu mettre en place toutes les ressources nécessaires à l'atteinte de cet objectif. Nous enregistrons, selon nos données conciliées, 395 poses de prothèses hanche et genou et une légère augmentation de notre volume d'activités chirurgicales. Nous sommes très fiers d'avoir pu augmenter notre taux de rétention de nos ressources humaines, ce qui permet aux équipes une plus grande stabilité et permet donc de réduire les difficultés d'adaptation que nous pouvons avoir lorsque nos équipes sont en constante mouvance.

Nous avons connu un début d'année difficile pour l'accessibilité à nos omnipraticiens ayant perdu plusieurs d'entre eux, résultant d'une augmentation de notre clientèle orpheline. Des efforts majeurs ont été déployés et nous avons pu recruter quatre nouveaux médecins de famille et un médecin spécialiste en anesthésie. Les équipes médicales ont déployé de grands efforts pour permettre à notre clientèle et celle de toute la région de l'Abitibi-Témiscamingue de continuer à recevoir des services à la hauteur de ce qu'elle attend.

Cette année encore, nous avons innové pour l'amélioration de nos services en ouvrant le volet santé courante en CLSC les fins de semaine et en renforçant nos soins à domicile qui permettent à nos personnes âgées de pouvoir demeurer plus longtemps chez eux.

L'expertise et la compétence de nos services ont de nouveau été reconnues puisque nous avons gagné plusieurs prix et reconnaissances, entre autres, le prix «Opération Bons Coups »dans le cadre du concours provincial de l'AQESSS, le Comité des usagers provincial a reconnu le travail de nos peintres bénévoles, nos artistes locaux ayant peint des tuiles de plafond avec différents thèmes pour plusieurs chambres du CSSS. Nous avons présentement 100 tuiles de plafond. L'augmentation du taux de rétention des préposés aux bénéficiaires en CHSLD a été reconnue par l'ASTASS, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales et notre recertification avec Entreprise en santé.

Avec un équilibre budgétaire si fragile, nous avons dû évaluer divers scénarios et faire preuve d'ouverture et d'innovation dans l'élaboration du budget pour l'année 2015-2016. De plus, la Loi 1 (projet de loi 10) qui a été adoptée en février 2015 et qui fusionne tous les établissements de notre région, toute mission confondue, sera un nouveau défi pour l'année 2015-2016.

Nous avons su maintenir un très haut taux de satisfaction de notre clientèle à 86%. Pour arriver à ce beau résultat, nous avons besoin de la ressource la plus importante de notre organisation, soit les ressources humaines. Nous sommes très actifs avec d'autres établissements de la région et également de l'extérieur de la région dans le programme de stratégie régionale de main-d'œuvre afin d'améliorer notre «attractivité» mais également la rétention des employés que nous embauchons. Cette année encore notre taux de rétention a augmenté.

Au sein de notre établissement, nous avons poursuivi la démarche qui est soutenue par le Ministère de la Santé et des services Sociaux dans le but d'améliorer les conditions de travail des cadres de l'organisation. Les cadres et les gestionnaires de notre organisation sont au cœur des services à la clientèle puisqu'ils assurent la cohésion des équipes et le travail de qualité.

Nous tenons à remercier les membres du comité des auxiliaires bénévoles qui comme à chaque année sont très généreux à notre égard. Leur dévouement auprès de notre clientèle et leur offre de services leur a permis de nous donner encore une fois cette année une don de 20 000,$, ce qui nous permet de répondre à une multitude de besoins en petits équipements. Nous voulons également souligner Opération Enfant Soleil qui encore cette année nous a offert un montant de 14 036,$ pour la pédiatrie qui a servi à l'acquisition d'équipement de pointe pour nos nouveau-nés.

Il faut souligner le support constant de la Fondation hospitalière d'Amos Inc. qui chaque année nous octroie plus de 100 000,$ pour l'acquisition d'équipements médicaux.

Nous tenons à remercier sincèrement toute l'équipe du CSSS Les Eskers de l'Abitibi et tous les membres du conseil d'administration pour leur dévouement qu'ils ont démonté pour notre CSSS et le bien-être des patients.

En cette dernière année d'existence du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, tel que nous le connaissons, il faut se rappeler que nous devons toujours être fiers d'appartenir à cet établissement et du travail accompli par tous et chacun. De grands changements seront en cours dans la prochaine année et la mobilisation des équipes sera au cœur de cette modification. Il faut toujours se rappeler que notre but ultime est toujours la qualité des soins pour nos patients.

François Lemire
Président

Hélène Desjardins
Directrice générale

2 - DÉCLARATIONS

Déclaration de fiabilité des données

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

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

- 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.

Jacques Boissonneault
Président-directeur général

Rapport de la direction

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

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

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

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

Les états financiers ont été audités par la firme Lacroix Cotnoir Boucher s.e.n.c.r.l. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Lacroix Cotnoir Boucher s.e.n.c.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Jacques Boissonneault
Président–directeur général

3- PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Mission

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Les Eskers de l'Abitibi est un établissement multivocationnel regroupé dans divers pavillons et points de services sur le territoire de la MRC d'Abitibi. L'établissement offre des services diagnostiques, des soins et services généraux et spécialisés, des services de réadaptation et d'hébergement. Son personnel compétent assure des services sécuritaires de haute qualité en collaboration avec les ressources externes du réseau. L'établissement dispose de 84 lits de courte durée localisés à l'hôpital. Au Centre d'hébergement Harricana, on retrouve 88 lits en hébergement permanent, 5 lits de répit-dépannage, 4 lits de convalescence, 2 lits de gériatrie active, 2 en réadaptation fonctionnelle intensive et finalement 6 lits à l'unité transitoire de récupération fonctionnelle. De plus, l'établissement dispose de 24 lits en ressources intermédiaires et une ressource en partenariat avec le privé.

Il réalise des activités de santé publique et offre en première ligne à sa population des services de santé et des services sociaux de nature préventive et curative, des services de réadaptation, de réinsertion, d'assistance et de soutien selon une approche globale, interdisciplinaire et communautaire. En plus des services offerts à l'intérieur de ses installations, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi privilégie des interventions directement dans le milieu de vie de sa population.

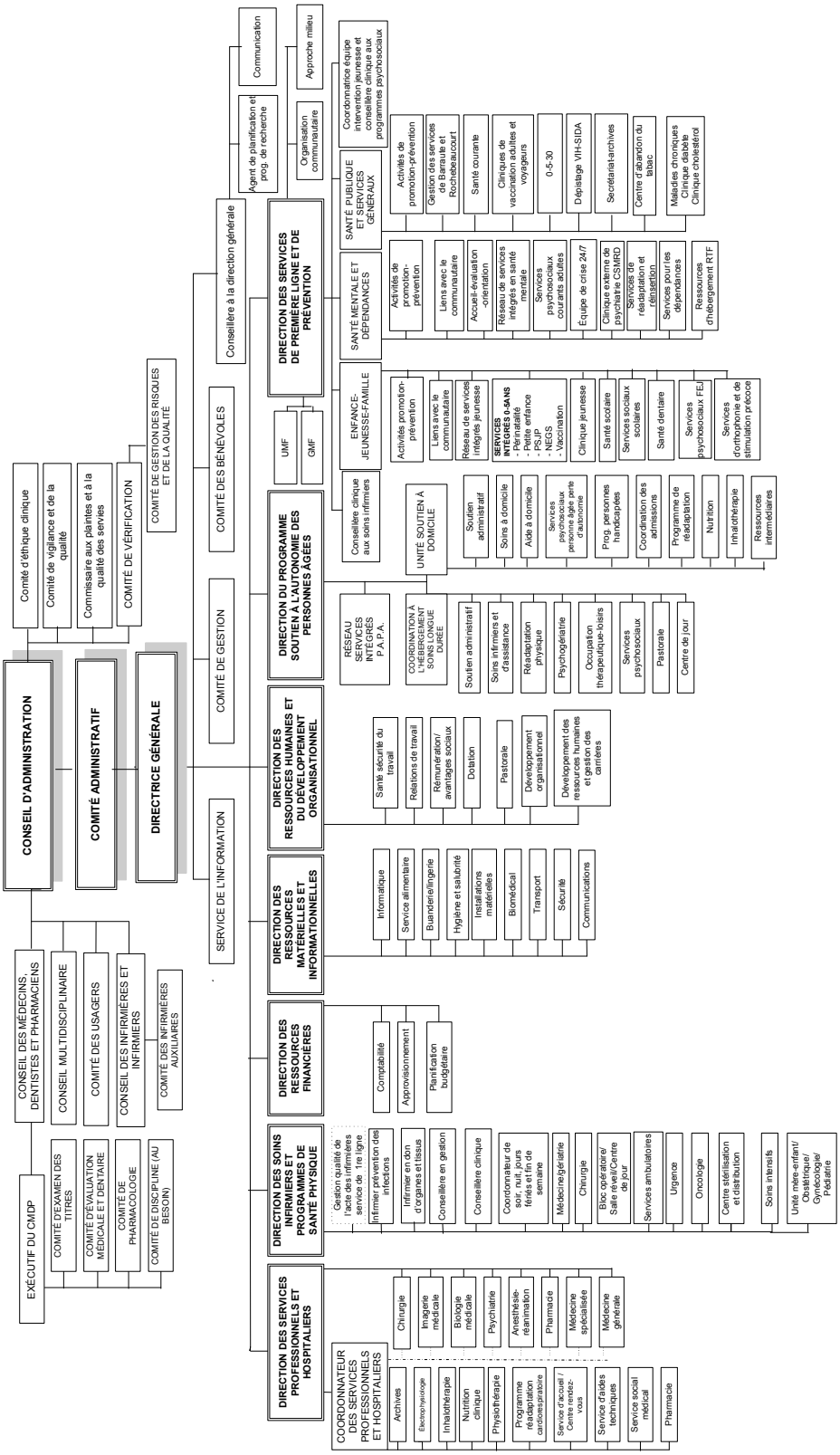
En complément des spécialités de base et des sous-spécialités régionales (ORL, neurologie, oncologie), l'établissement est un centre de traumatologie secondaire ayant des spécialités régionales en orthopédie, chirurgie thoracique et vasculaire, chirurgie plastique ainsi que la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi est désigné Centre affilié pour le cancer du poumon et centre régional en gestion de la douleur chronique. L'organisation a aussi la responsabilité d'être le Centre régional de prélèvement multiorganes.

L'établissement a une participation active avec l'Université de Montréal au programme d'enseignement en médecine familiale (UMF) et maintient une étroite collaboration avec les deux GMF du milieu. Tel que prévu par le MSSS, le RUIS Mc Gill dessert l'établissement en ce qui a trait aux services extrarégionaux.

Afin d'assurer une continuité de services, le CSSS Les Eskers de L'Abitibi, si nécessaire, conclut des ententes avec d'autres organisations afin de compléter l'offre de services requise par sa population.

Adopté au ca : 2014-09-15

Organigramme



Valeurs

L'adhésion à des valeurs communes vise à produire plus de cohérence et d'efficience dans la mise en application des gestes quotidiens de notre personnel, afin de répondre aux besoins de santé et de bien-être de notre population locale et régionale. Les valeurs préconisées par le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi sont les suivantes :

Action centrée sur le client, étant la raison d'être de nos services;

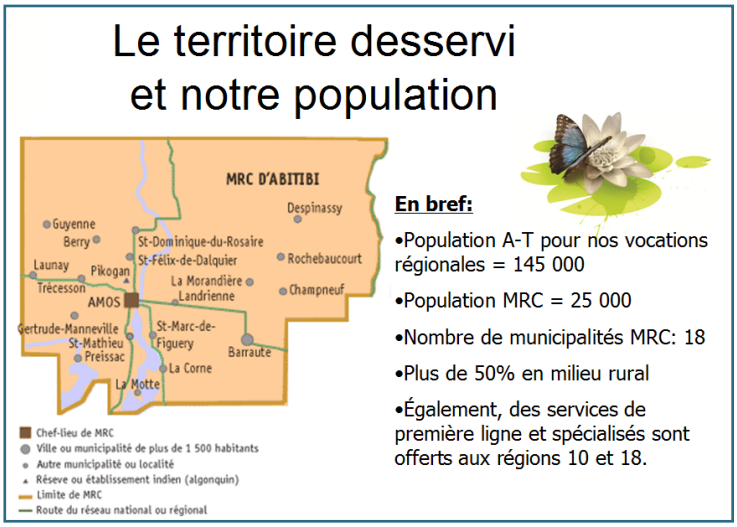
- **Qualité** des soins et services offerts et recherche constante d'amélioration;
- **Respect** de la clientèle et du code d'éthique en vigueur;
- **Équité** entre les groupes et les territoires desservis;
- **Efficience** dans l'utilisation des ressources disponibles pour offrir des services;
- **Franchise, honnêteté, transparence et coopération;**
- **Continuum de services efficaces et intégrés;**
- Approche globale et interdisciplinaire;
- Action préventive et promotionnelle ;
- Convergence entre les professionnels de la santé pour une action cohérente visant l'amélioration de l'état de santé de la population;
- Être proactif et ouvert afin de favoriser, développer et/ou trouver des ressources adaptées aux besoins de nos différentes clientèles;
- Susciter la participation et la responsabilisation de chaque client.

Par ailleurs, notre personnel constitue la ressource la plus importante de notre organisation. En ce sens, l'organisation s'engage dans les valeurs suivantes :

- Favoriser la participation de tous les employés et valoriser l'engagement des individus;
- Avoir un souci constant du maintien de la compétence et du développement des ressources humaines;
- Mettre en œuvre le nécessaire pour favoriser un excellent climat de travail;
- Offrir un environnement de travail sécuritaire;
- Permettre à nos employés de s'acquitter de leurs responsabilités dans un climat de respect mutuel;
- Être un milieu de pratique stimulant et dynamique tant pour notre personnel que nos médecins.

Les caractéristiques de la population du territoire et les principales données de santé

Le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, se caractérise par une superficie de près de 7 700 km2 et une population estimée à près de 25 000 personnes en 2014, représentant 17% des résidents de l'ensemble de la région. On y retrouve 18 municipalités. Un peu plus de la moitié (51%) de la population demeure à Amos et vit dans un milieu urbain. L'autre moitié réside en milieu rural dans des petites localités comptant, pour la plupart, moins de 1 000 habitants. Compte tenu de ses missions régionales (traumatologie secondaire ayant des spécialités régionales en orthopédie, chirurgie thoracique et vasculaire, chirurgie plastique ainsi que la chirurgie buccale et maxillo-faciale), le CSSS Les Eskers de l'Abitibi dessert l'ensemble de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, c'est-à-dire environ 145 000 personnes, sans compter les régions du nord qui viennent se faire soigner à notre établissement.



Beaucoup de nos clients proviennent de l'extérieur de notre secteur et ce, pour nos services non régionaux, signifiant que nous attirons de la clientèle hors secteur même pour des services existants ailleurs en région.

Urgence	22%
Pédiatrie	13%
Chirurgie générale	38%
Gynécologie	23%
Médecine interne	15%

ÉVOLUTION DE LA POPULATION

La population du territoire a légèrement diminué à la fin des années 90, puis s'est avérée relativement stable de 2002 à 2011. Depuis, elle enregistre chaque année une très faible croissance. Ainsi, de 2010 à 2014, elle s'est accrue de 1,4%. La faible croissance de la population du territoire s'explique par le bilan migratoire négatif (il y a presque toujours plus de résidents sortants que de nouveaux arrivants) qui vient contrer l'accroissement naturel (plus de naissances que de décès) observé.

RÉPARTITION DE LA POPULATION

La population de la MRC Abitibi est dans l'ensemble un peu plus jeune que la population québécoise. Ainsi, on y retrouve en 2014 une proportion légèrement supérieure de jeunes de moins de 15 ans (16,6% comparé à 15,4% au Québec). Le pourcentage d'aînés y est légèrement inférieur (16% de gens de 65 ans et plus contre 17,1% au Québec) et l'âge moyen de la population se chiffre à

41,1 ans comparé à 41,5 ans au Québec. Le vieillissement de la population est en cours. Au fil du temps, cela se traduit progressivement par une diminution du pourcentage des gens de moins de 45 ans et une hausse de la proportion des personnes âgées de 45 ans et plus.

POPULATION DES PREMIÈRES NATIONS

On retrouve sur le territoire, une communauté algonquine d'environ 1 000 personnes, ce qui représente 4% de la population de la MRC. Un peu plus de la moitié des membres habitent la réserve de Pikogan. Cette communauté présente une croissance soutenue puisque de 2009 à 2013 elle a enregistré un taux d'accroissement de 10% comparé à 1,2% pour l'ensemble de la MRC. Elle se caractérise également par sa jeunesse, les jeunes de moins de 15 ans constituant le quart (26%) de la population tandis que les personnes âgées de 65 ans et plus sont faiblement représentées (7%).

MODE DE VIE ET ENVIRONNEMENT SOCIAL

- Le nombre de ménages privés a continué de s'accroître dans le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi au cours des dernières années. Ainsi, de 2006 à 2011, leur nombre est passé de 9 920 à 10 150, ce qui représente une hausse de 2,3%. La population ayant faiblement augmenté dans le territoire ces dernières années, l'augmentation s'explique surtout par la croissance du nombre de personnes vivant seules. Chez les 18 à 64 ans, 13,2% vivent seuls alors que chez les 65 ans et plus, on retrouve un pourcentage de 29,4%.

- Le nombre moyen d'enfants dans les familles de notre secteur est de 1,8 comparativement à 1,7 pour l'ensemble du Québec.

- La proportion de familles monoparentales est passée de 20% à 22% de 2006 à 2011.

- La population du territoire est presque exclusivement francophone. De fait, les personnes ayant l'anglais comme langue maternelle ou comme 1re langue officielle parlée constituent 1% de la population et leur nombre fluctue entre 265 et 295 personnes.

- L'indicateur construit pour mesurer le soutien social a permis de constater que la proportion de personnes n'ayant pas un niveau de soutien social élevé semblait assez stable dans la région mais s'avérait supérieure par rapport au Québec (16% contre 12%). En d'autres termes, ces personnes disposent rarement ou jamais de quelqu'un à qui parler ou se confier.

ENVIRONNEMENT SOCIOÉCONOMIQUE

- En 2011, parmi la population de 25 ans et plus, il y a relativement plus de personnes sans diplôme d'études secondaires (22% contre 15% au Québec) et moins de diplômés universitaires (certificat, baccalauréat, maîtrise et doctorat), soit 13% comparativement à 23% pour le Québec.

- Depuis une quinzaine d'années, le pourcentage de la population active économiquement, soit en emploi ou à la recherche d'emploi, tend à s'accroître dans notre territoire. En 2011, c'était le cas de 66% de la population de 15 ans et plus. Il s'agit d'un pourcentage supérieur à celui du Québec (65%). Plus d'hommes (70%) que de femmes (63%) se trouvaient dans cette situation. En 2011, les emplois dans le territoire se répartissaient dans les principaux secteurs d'activités suivants : soins de santé et assistance sociale (17%), commerce de détail (12%), extraction minière (8%), fabrication (8%), administrations publiques (7%), services d'enseignement (7%), construction (5%), hébergement et restauration (5%), agriculture et foresterie (5%), transport et entreposage (5%).

- Pour sa part, le taux de chômage a connu une baisse importante depuis une quinzaine d'années. En 2011, il se situait à 8%, un résultat supérieur à celui du Québec (7%).

- La santé financière des personnes de notre territoire semble s'améliorer globalement, du moins selon l'analyse du revenu disponible des ménages par habitant. Depuis 2011, il est même devenu plus élevé qu'au Québec. En 2013, il atteignait 28 144$ contre 26 774$ dans la province.

FACTEURS DE RISQUE ET COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ

- La proportion de naissances survenant chez des mères faiblement scolarisées a diminué au cours des dernières années en Abitibi. Pour la période 2009-2011 le taux s'est établi à 12,5%, une valeur qui demeure tout de même supérieure à la proportion québécoise (7,4%). Cela représente moins d'une quarantaine de naissances par année dans le territoire.

- Dans notre territoire, malgré quelques fluctuations, la proportion de bébés de faible poids apparaît en légère hausse ces deux dernières décennies. Ainsi, pour 2009 à 2011, le taux s'établit à 6,7%. En comparaison, au Québec il se situe en bas de 6%. Le pourcentage de naissances prématurées apparaît également en hausse en dépit de certaines variations et pour 2009 à 2011, le taux atteint 9,2% en comparaison de 7,2% au Québec.

- 62% de la population souffre d'un surplus de poids, et ce, principalement chez les hommes.

- 6% de la population régionale présente une consommation d'alcool à risque et 21% une consommation élevée d'alcool, des pourcentages comparables au reste du Québec.

- 72,9% de la population est active physiquement (un peu, moyennement ou beaucoup) dans ses loisirs contre 75,7% dans le reste du Québec.

- Depuis le début des années 2000, la proportion de fumeurs au sein de la population se maintient. Elle fluctue entre 25 et 27% chez les 12 ans et plus. En 2011-2012, l'Abitibi-Témiscamingue se démarque du Québec avec un taux de fumeurs supérieur chez les hommes (31% contre 25%).

SOINS ET SERVICES

- Environ 79% des femmes âgées de 18 à 69 ans sur le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi ont passé un test de PAP au cours des trois dernières années, une proportion comparable à celle du reste de la région Abitibi-Témiscamingue (75%).

- En 2012-2013, 70,1% des femmes de 50 à 69 ans ont subi une mammographie de dépistage du cancer du sein dans le cadre du PQDCS comparativement à 63,8% pour l'Abitibi-Témiscamingue et 58,4% pour le reste du Québec.

- La distribution de seringues destinées aux usagers de drogues injectables s'effectue dans une optique de réduction des méfaits et de prévention de certaines infections transmissibles comme celle au VIH et l'hépatite C. D'une ampleur moins importante que dans d'autres territoires de la région, la distribution de seringues a d'abord connu un certain essor au début des années 2000 dans notre MRC. Elle semble toutefois marquée ces dernières années par diverses fluctuations dont il est difficile de dégager une tendance. En 2013-2014, plus de 9 000 seringues ont été distribuées ce qui correspond à un taux de 367 pour 1 000 personnes comparativement à 488 pour 1 000 à l'échelle régionale.

ÉTAT DE SANTÉ DE NOTRE POPULATION

- Nous avons plus de cas d'hépatite C de déclarés annuellement que dans le reste de la province, soit 22 cas pour 100 000 personnes contre 17.

- Pour la période 2006 à 2010, le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi compte relativement moins de nouveaux cas de tumeurs malignes que la province, pour l'ensemble des sièges, soit un taux annuel moyen de 504 nouveaux cas pour 100 000 personnes contre 531 cas pour 100 000 au Québec.

- Pour l'année 2010-2011, le pourcentage de personnes de 20 ans et plus diabétiques est de 7,2%. Cela représente plus de 1 805 personnes sur le territoire du CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Comme au Québec, le nombre de personnes diabétiques augmente depuis quelques années.

- En 2011-2012, on retrouve parmi la population de 12 ans et plus de la région les problèmes de santé suivants : maux de dos (17%), arthrite (13%), migraine (9%) plus présente chez les femmes) et asthme (8%). Ces proportions sont comparables à celles du reste du Québec.

- Depuis une dizaine d'années, la proportion de personnes âgées de 20 ans et plus et vivant avec un diagnostic d'hypertension artérielle n'a cessé de croître. En 2010-2011, un peu plus de 4 700 personnes dans notre territoire avaient ce diagnostic.

- Pour la période de 2011-2012 à 2013-2014, près de 2 400 hospitalisations de courte durée (excluant les naissances et les troubles mentaux) ont été recensées en moyenne chaque année. Cela correspond à un taux annuel moyen de 932 cas pour 10 000 personnes, qui est supérieur à celui du reste du Québec (753). Le taux se révèle plus élevé chez les femmes (1057) que chez les hommes (818).

- Les troubles anxio-dépressifs (phobie, anxiété généralisée, dépression, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique, etc.) constituent une grande part de l'ensemble des troubles mentaux. Depuis une dizaine d'années, la proportion de personnes aux prises avec de tels troubles est demeurée relativement stable dans notre territoire. En 2011-2012, 7% en souffrait. Ce résultat se compare à celui du reste du Québec (7%).

4 - ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Orientations stratégiques et priorités d'action

Les 5 enjeux de notre planification stratégique 2009-2014 représentent nos priorités d'action. Ils ont été révisés à l'automne 2013 pour s'arrimer avec les orientations stratégiques 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les voici en résumé :

1- Le développement d'action en amont des problèmes

- Études de besoins / restructuration / action efficace en promotion, en prévention, et en protection.

2- L'adaptation de l'organisation des services afin de s'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables.

- Accès / continuum de services en maladies chroniques et cancers / services améliorées aux personnes en perte d'autonomie dans leur milieu / traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire / etc.

3- La gestion efficiente des ressources humaines

- Meilleur recrutement ainsi qu'une meilleure rétention de la main-d'œuvre / Soutien à la formation continue / favoriser les stages / Travail constant pour le maintien et l'amélioration du climat de travail.

4- La gestion des ressources financières allouées à notre réseau local de santé et de services sociaux.

- Poursuite des actions pour obtenir un meilleur soutien financier et l'atteinte de l'équilibre budgétaire annuel.

5- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services, ainsi que l'optimisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services.

- Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire/ Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services/ Restructurer certaines façons de fonctionner afin d'être plus efficace.

Notre organisation s'est dotée d'indicateurs en lien avec tous les enjeux de notre planification stratégique et s'assure d'un suivi régulier à même notre programme d'appréciation de la qualité (PAQ). Ceux et celles qui sont intéressés à lire notre planification stratégique complète peuvent consulter le document sur le site internet ou en faire la demande à la direction générale.

Les directions et leurs principaux développements

Direction générale

Hélène Desjardins
Directrice générale

Nous avons eu une année mouvementée entre les besoins de nos usagers qui augmentent sans cesse, les normes et les contrôles de plus en plus nombreux à respecter, et les efforts budgétaires qui nous étaient imposés. Le défi était de taille mais l'investissement, le dévouement et la détermination des différents acteurs de l'organisation nous ont permis d'obtenir des résultats dont nous sommes très fiers puisque nous terminons l'année en équilibre budgétaire. De plus, la loi 10 avec sa restructuration du réseau a suscité des questionnements et des inquiétudes chez le personnel mais l'engagement est demeuré présent.

Un des grands défis de notre année a été d'effectuer le support aux différentes équipes qualité afin de bien se préparer à la visite d'Agrément Canada prévue du 26 au 30 avril 2015.

Martine Doyon
Conseillère à la direction générale

Beaucoup de travail a été réalisé par les différentes équipes. Dans le cadre de cette démarche Agrément, un sondage de satisfaction a été réalisé auprès des usagers avec une moyenne globale de 86%. De plus, un sondage de mobilisation a été complété auprès des employés. Une moyenne globale de 76% a été obtenue et pour chacune des 6 dimensions évaluées, nous obtenons un résultat supérieur à l'ensemble des autres établissements du Québec. Nous sommes très fiers des résultats obtenus qui démontrent clairement le haut niveau de satisfaction des usagers face à la qualité et à la sécurité de nos services et haut niveau de mobilisation de la part de nos employés.

Au cours de l'année 2014-2015, nous avons également reçu de belles reconnaissances dont la certification Entreprise en santé, le prix provincial au Concours Opération Bons Coups de l'AQESSS pour le projet en partenariat avec un groupe d'artistes peintres du milieu, la parution d'un article dans la revue « Objectif prévention » de l'ASSTSAS portant sur notre projet d'accueil et intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires au Centre d'hébergement, article dans lequel on qualifie ce projet comme en étant un de marque, etc.

Par ailleurs, la poursuite des projets d'amélioration avec l'approche « Lean healthcare » a permis d'obtenir des résultats forts intéressants en lien avec la qualité de nos services. Vous trouverez un résumé des réalisations dans les tableaux de bord des différentes directions présentés dans ce rapport. Nous pouvons vous confirmer que cette approche participative avec les employés concernés porte fruits. Voici les principaux projets qui ont été actifs au cours de la dernière année :

Projets
Services alimentaires
Chirurgies et admission le jour même
Facturation des usagers
Politique de planification des congés
Suivi médical pour la clientèle admise
Continuum santé psychologique chez les jeunes
Prévision des effectifs

Avec une période de changement comme celle que nous vivons, tout au long de l'année, nous nous sommes assurés d'informer régulièrement notre personnel des différents projets en cours, des résultats obtenus, des succès, des contraintes. Nos ressources humaines sont pour nous très importantes et nous souhaitions faire preuve de transparence à leur égard. Ces communications ont été livrées par des présences dans les différents secteurs, des rencontres régulières de la directrice générale avec les cadres, des capsules d'information dans le journal interne Le Bavard ou des publications occasionnelles du « Flash-Info » de la Direction générale. Notre communication avec l'externe aura quant à elle été réalisée par différents articles dans les journaux locaux, des communiqués de presse, conférences de presse, C.A en bref, et différentes rencontres avec nos partenaires de la MRC et du réseau de la santé et des services sociaux.

Avec la mise en place du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, nos principaux défis pour les prochaines années seront les suivants : gestion du changement et mobilisation des équipes, amélioration globale des services, intégration des services, continuum des soins et services, et harmonisation des pratiques. Tout cela devra bien sûr se faire dans un contexte de contrôle de la croissance des coûts.

Dans la réalisation de tous ces projets et défis, nous nous assurerons de maintenir une bonne qualité de soins et services et de respecter les différents droits de nos usagers.

En terminant nous vous invitons à prendre connaissance des bons coups de chacune des équipes de notre CSSS en parcourant notre rapport annuel de gestion.

Bonne lecture

Hélène Desjardins
Directrice générale

et

Martine Doyon
Conseillère à la direction générale

Direction générale

TABLEAU DE BORD

Date : 31 mars 2015

Légende :
- Bleu- Optimal- Il y a une amélioration continue, nous dépasserons les attentes
- Vert : Bon rendement – Nous atteindrons les résultats visés
- Jaune : Avertissement – il y a lieu de suivre de près
- Rouge : Problème – un important travail est requis

A= Agrément, P= Plan stratégique 2009-2014, S=Prestation sécuritaire

A-SUIVI DES OBJECTIFS ANNUELS, CIBLES ET RECOMMANDATIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
1. SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE LA VISITE D'AGRÉMENT CANADA			
1.1 Supporter les équipes du CSSS pour la préparation à la visite d'Agrément Canada en avril 2015	A	Toutes les équipes sont rencontrées	La préparation à la prochaine visite Agrément va très bien dans l'ensemble. Du support régulier est apporté à toutes les équipes. Les capsules se poursuivent et suscitent une bonne participation.
1.2 Obtenir une conformité aux pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada	A	Conformité attendue aux différentes POR	Le travail va bon train afin de se rendre conforme aux différentes POR.
2. POURSUITE DES RÉALISATIONS REQUISES AU PLAN STRATÉGIQUE ET NON INCLUSES DANS LES AUTRES SUIVIS DE CE PAQ			
2.2 Poursuivre la consolidation d'actions avec nos partenaires intersectoriels.	P	Participation active aux rencontres locales et régionales	Participation active aux différentes rencontres
2.3 Poursuite des travaux en lien avec le plan fonctionnel et technique pour la rénovation de l'urgence et des cliniques externes	P	Avancement du projet	Nous sommes en attente d'une réponse du Ministère.
2.3 Améliorer la qualité et assurer une gestion intégrée des risques	G	Semaine de prévention des risques réalisée Rencontres de sensibilisation /formation à la prestation sécuritaire effectuées auprès des différentes équipes Risques identifiés par toutes les directions et suivi effectué	-Les journées de la Gestion intégrée des risques se sont tenues les 23 et 24 septembre 2014. Les thèmes abordés : les mesures de contentions, l'accès à l'information, la confidentialité, la prestation sécuritaire des soins et services, les droits des usagers, la prévention des infections et le lavage des mains, le processus Agrément et l'amélioration continue, les saines habitudes de vie et la prévention du stress chez les employés. Il y a eu une très bonne participation des employés et ces derniers ont apprécié la formule. -Depuis janvier dernier (2014), 27 rencontres de sensibilisation /formation à la prestation de soins et services sécuritaires se sont tenues pour un total de 267 employés rencontrés et ce, dans différents secteurs (hygiène et salubrité, bénévoles, équipes de soins, inhalothérapie, agents de sécurité, pharmacie, etc.) - Chaque direction a identifié 2 risques et un parapluie des risques a été réalisé afin de présenter ces risques sur une forme imagée et représentant bien les notions de gravité et probabilité. -Il y a eu remise sur pied du comité sur les contentions par la conseillère à la direction générale notamment dans un but de recenser ce qui se fait au CSSS, uniformiser nos pratiques, sensibiliser à l'importance de l'utilisation des mesures alternatives.

3. CONSOLIDATION ET POURSUITE DES ACTIVITÉS EN AMÉLIORATION CONTINUE			
LEAN Liste de rappel (à poursuivre : fusion de la liste de rappel et revoir la procédure de travail)	L	Résultats obtenus	Le processus de rehaussement pour l'accréditation syndicale FIQ a été réalisé et l'arrimage a été fait avec le module Logibec. Projet SRMO terminé depuis le 31 janvier 2015. Poursuite de la consolidation des travaux faits dans le cadre du projet et de la fusion d'avril 2014. À venir : Poursuivre le développement de l'utilisation du module PIGE. Application de l'annexe 2 FIQ. Révision et application de la politique de refus. Terminer l'exploitation des nouveautés du logiciel version 4.3.
LEAN planification de congé	L	Résultats obtenus Congés avant 11 hres	Rencontres Lean réalisées cependant un suivi régulier devra être effectué afin de s'assurer du respect de la politique (notamment pour les heures de congés des patients). Actuellement on observe une belle amélioration comparativement à avant le projet. Les efforts se poursuivent.
LEAN pédopsychiatrie	L	Résultats obtenus	Une chambre sécuritaire est présentement en cours d'élaboration sur l'unité mère-enfant. Sa réalisation devrait être complétée d'ici le printemps 2015. De plus, le 13 février, s'est tenue une première rencontre Lean portant sur le continuum de soins en santé psychologique chez la clientèle jeune. Plusieurs pistes de solutions sont présentement en chantiers. Une 2e rencontre est prévue.
LEAN unité de soins critiques	L	Résultats obtenus	1 journée complète et ½ journée de kaizen ont été réalisés. Résultats satisfaisants. Le processus de révision de travail est complété. Les descriptions de tâches de chaque titre d'emploi touché par cette réorganisation ont été modifiées. Les horaires et les tâches modifiés ont été mis en vigueur le 7 septembre 2014.
LEAN Planification des ressources humaines	L	Résultats obtenus	Rencontre kaizen effectuée le 16 mars dernier. Animatrices : Annie Carrier et Martine Doyon. Journée très productive mais il devra y avoir poursuite le 24 avril prochain.

4-SUIVI DES ENTENTES DE GESTION ET PROJETS D'OPTIMISATION

Indicateur		Cible	Commentaires
RÉVISION DES PROCESSUS ADMINISTRATIFS			
Atteinte de l'équilibre budgétaire	P	Équilibre atteint	Atteint
Collaboration à la concrétisation des projets nationaux et régionaux d'optimisation (laboratoire, contrats d'équipements médicaux, comité de gouvernance en ressources informationnelles)	P	Activités réalisées	Participation active aux travaux
Réduction des coûts d'opération (fournitures, contrats, etc.) dans les activités de support à la clientèle et maximiser les revenus des activités principales et accessoires (stationnement, service d'aide technique)	P	Résultats obtenus	Beaucoup d'efforts réalisés dans les différents secteurs. Résultats très satisfaisants. Efforts à poursuivre.
Réduire au maximum l'impact des restrictions budgétaires sur les services à la clientèle incluant nos spécialités régionales	P		L'accès aux services pour la clientèle est maintenu actuellement malgré les restrictions budgétaires.
Diminution du taux d'assurance salaire	P		P12 :7,1 cumulatif
S'assurer de la qualité des soins et services	P	1)Saisie des événements indésirables survenus entre le 1er avril et le 30 sep. au plus tard le 20 octobre 2014. 2)Saisie des événements indésirables survenus entre le 1er octobre et le 31 mars au plus tard le 16 avril 2015. 3)S'assurer de l'implantation des recomman-dations du rapport qui sera publié par le Groupe Vigilance.	1) Échéance du 20 octobre 2014 respectée pour la saisie des données. 2) Échéance du 16 avril en très bonne voie d'être respectée pour la saisie des données. 3) Plusieurs recommandations ont été mises en place : • Programme de prévention des chutes mis en place. • Système de bracelet pour identifier clientèle à risque de chute mis en place • Implantation de l'AAPA. • Programme PIED mis en place pour la clientèle à domicile. • Remise sur pied du comité sur les mesures de contentions. • Implantation du système robotisé d'administration des médicaments. (SARDM) faite. • Mise en place du BCM prévue au cours des prochaines semaines.

5-GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

Indicateur		Cible	Commentaires
Maintenir une communication juste et pertinente à l'interne et à l'externe afin de maintenir la bonne réputation de l'établissement.	G	• Réalisation de formation sur communi-cation en sept. 2014 • Communications transparente et en temps opportun face aux nouveautés, succès, difficultés, etc (mémos, communiqués de presse, etc)	• Formation sur la communication réalisée le 8 septembre 2014. Formation donnée par L'UQAT aux directeurs et à la conseillère à la direction générale (responsable des communications). • Réalisation d'un article de la direction générale dans chaque parution du journal interne (Bavard) et réalisation de mémos d'information au besoin • Plusieurs communiqués de presse réalisés afin d'informer la population de nos services et de nos succès.

Apporter le support nécessaire en lien avec la vulnérabilité des équipes médicales	G		Projet Lean effectué concernant le suivi médical des patients hospitalisés, compte tenu de la pénurie d'omnipraticiens. Animatrices : Chantal Brunelle et Martine Doyon. Première rencontre réalisée le 16 février dernier avec plan d'action élaboré. Rencontre très positive où on observe une volonté de trouver des solutions en équipe. Une 2e rencontre est prévue le 13 avril.

SUIVI DE L'EXERCICE DE CONCERTATION DES PRIORITÉS ENTRE LES DIRECTIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
DEMANDES ADRESSÉES À LA DG			
En lien avec les objectifs d'accueil, intégration des nouveaux employés et planification stratégique, besoins ressources : Collaboration au projet d'optimisation et implantation des solutions. (demande provenant de la DRH)			La DG offre de supporter les équipes dans leurs projets et révisions de processus. Faire les représentations nécessaires au niveau de l'Agence. Utiliser les contacts extérieurs pour des besoins particuliers.
OFFRES DE LA DG			
En lien avec les objectifs organisationnels #6 et # 7 : Fournir le support et l'expertise aux équipes dans la préparation à la visite et dans le processus de gestion intégrée des risques. (offre à toutes les directions)			Support important apporté aux équipes dans la préparation à la visite Agrément. Rencontres de sensibilisation faites auprès des équipes concernant le volet prestation de soins et services sécuritaires dans le cadre de la gestion intégrée des risques. Formation offerte aux cadres concernant la gestion intégrée des risques et informations apportées au personnel en général. Support apporté dans l'identification de situations de risques (parapluie des risques). Nous impliquons de nouveaux acteurs dans notre comité de gestion intégrée des risques.
En lien avec objectif organisationnel # 3 : Poursuivre la diffusion des bons coups tant à l'interne qu'à l'externe. (offre à toutes les directions)			Les bons coups sont régulièrement communiqués autant à l'interne (Bavard ou mémo) qu'à l'externe via les communiqués de presse et inscription à des concours
En lien avec objectif organisationnel # 2 : Contribuer à la recherche de promoteurs pour la relocalisation des usagers du CHSLD pour une ressource de type R.I. (offre à la DSAPA)			Participation à la recherche de promoteurs. À poursuivre.

Direction des ressources financières

Les points qui suivent représentent les principaux évènements qui ont eu lieu sous la Direction des ressources financières du Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi au cours de l'exercice 2014-2015.

Il est important de mentionner que vers la fin de l'automne 2014, notre directrice, Mme Danielle Fournier, a dû s'absenter pour une raison de maladie affectant un membre de sa famille. Le soussigné du présent rapport, M Sylvain Bouchard, cumule depuis ce temps le poste de directeur ainsi que son poste régulier de chef du service de la comptabilité. L'absence de Mme Fournier est prévue jusqu'en janvier 2016.

Les points mentionnés à la suite de ce rapport peuvent donc impliquer l'une des deux personnes qui ont été au poste de direction au cours de l'exercice.

- Une certaine stabilité du personnel en poste existe depuis quelques années sous la direction des ressources financières. Il faut tout de même noter qu'au printemps 2014, l'adjointe à la direction des ressources financières, Mme Ginet Gagnon nous a quittés pour un départ à la retraite. C'est maintenant Mme Isabelle Ouellet qui occupe le poste d'adjointe à la direction des ressources financières. Au service de la comptabilité, les seuls mouvements de personnel étaient pour des congés temporaires alors que deux agentes administratives sont revenues en cours d'exercice. Pour l'une d'elles, ce fut un congé de maladie de près de 6 mois alors que pour la seconde, elle s'est absentée pour un congé parental d'une année. Quant au service de l'approvisionnement, aucun mouvement de personnel n'a eu lieu en cours d'exercice.

- Au cours du mois de mai 2014, le Comité sur l'utilisation des produits clinique a été remis en fonction. Ce comité n'était plus en fonction depuis quelques années et il apparaissait évident qu'il fallait le redémarrer. Mme Anick Pépin, technicienne en administration au service de l'approvisionnement est l'une des principales participantes de ce comité alors que Mme Réjeanne Roulier, agente administrative du même service, agit en tant que secrétaire du comité. Le comité est complété par deux conseillères cliniques, le conseiller à la prévention des infections, le chef de service intérimaire du département de chirurgie, ainsi que la chef du service de santé et sécurité au travail.

- Le budget de l'établissement de 2014-2015 a été présenté et adopté par le conseil d'administration de l'établissement le 16 juin 2014. Ce budget présentait des résultats en équilibre financier mais ayant une zone de fragilité budgétaire d'un montant de <1 129 557 $>. Par la suite, l'Agence de la santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a demandé à l'établissement de produire un « Plan de retour à l'équilibre budgétaire », refusant du même coup la notion de zone de fragilité budgétaire. Un premier plan leur a été transmis à la fin d'août 2014 mais l'Agence a refusé certains points. Le deuxième Plan de retour à l'équilibre budgétaire, transmis deux mois plus tard à l'Agence, a finalement été accepté.

- Au cours du mois de juin 2014, nous avons fait l'objet d'une vérification par une représentante de Revenu Québec qui visait plus spécifiquement le traitement fiscal des montants versés à des travailleurs autonomes. Ce n'est que 6 mois plus tard, soit à la fin décembre 2014, que nous avons reçu un avis de cotisation de Revenu Québec au montant de 35 722 $. Cette cotisation implique presqu'exclusivement le traitement fiscal des pharmaciens « dépanneurs » qui sont venus combler en 2012 de courtes périodes de congés des pharmaciens en poste au sein de l'établissement. Revenu Québec considère que ces pharmaciens « dépanneurs » doivent être considérés comme des salariés alors que pour notre part, nous considérons

que ce sont des travailleurs autonomes. Nous avons donc déposé un avis d'opposition sur l'interprétation de Revenu Québec et au moment d'écrire le présent rapport, la décision n'a toujours pas été rendue.

- Au cours de l'année, quelques rencontres ont eu lieu avec les autres établissements de la région dans le cadre de travaux d'optimisation visant à améliorer le service de la paie. Au niveau de notre direction, la directrice, le chef du service de la comptabilité et une paie-maître ont assisté à chacune de ces rencontres et ils étaient accompagnés, la plupart du temps, de la directrice des ressources humaines et de la chef de ce service. La conclusion nous amenait à privilégier une uniformisation des politiques, procédures et bonnes pratiques de travail des différents établissements de la région. Cependant, la Table régionale des directeurs généraux a plutôt opté de centraliser tous les services de la paie des établissements au Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue de Val-D'Or. Le transfert de notre service de paie à Val D'Or est prévu pour le mois de mai 2015 et aura pour conséquence de mettre en situation de replacement dans un autre service de l'établissement deux de nos employées qui travaillent à la paie.

- Des travaux d'optimisation ont aussi eu lieu au niveau régional pour le service de l'approvisionnement. Ces travaux visaient aussi à uniformiser les bonnes pratiques de travail des différents établissements et aussi à mettre en œuvre des recommandations qui avaient été émises par un consultant externe dans son rapport suite à des travaux d'évaluation des différents services d'approvisionnement qui ont eu lieu au cours de l'année précédente.

- Le service de l'approvisionnement a poursuivi le travail d'adhésion des divers produits que nous consommons aux contrats d'achats qui sont maintenant presque tous regroupés au niveau provincial. Les économies réalisées sont importantes par rapport aux coûts que nous avions il y a quelques années. Cependant, l'établissement est près d'avoir atteint la limite des économies que peuvent nous apporter ces regroupements.

- Un appel d'offres pour les services bancaires a été lancé au début de l'automne 2014. Lors de la date de clôture des offres, deux institutions financières avaient présenté une soumission, soit la Banque Nationale et la Caisse Desjardins d'Amos. Entretemps, le projet de loi 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (tel que mentionné dans le paragraphe suivant), a été déposé à l'Assemblée nationale du Québec. Étant donné ce fait, il a été décidé par le comité de vérification de continuer avec l'actuelle institution financière, soit la Caisse Desjardins d'Amos, vu les coûts et efforts requis lors d'un tel changement et de l'incertitude à ce que l'établissement ait toujours son propre compte bancaire sur un horizon de courte durée.

- À la fin de septembre 2014, le Ministre de la Santé et des Services sociaux, M Gaétan Barrette, a déposé le projet de loi 10. Ce projet de loi prévoyait la création du Centre Intégré de la santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS A-T) issu de la fusion de tous les établissements publics ainsi que de l'Agence de la santé et de services sociaux de notre région en date du 1er avril 2015. Le projet de loi 10 prévoyait alors l'abolition des postes de hors-cadre et des cadres supérieurs en date du 31 mars 2015. Au niveau de notre direction, cela impliquait le poste de Mme Danielle Fournier.

Lors de la sanction du projet de loi 10, le 9 février 2015, des modifications avaient été apportées pour inclure aux postes abolis, les cadres intermédiaires exerçant des fonctions administratives. Le poste du chef du service de la comptabilité, soit le soussigné, a donc été un autre poste de

notre direction touché par le projet de loi 10. Suite à l'abolition de ces postes d'encadrement, les employés touchés avaient l'option de recevoir une indemnité de départ ou de se mettre en disponibilité de replacement au sein du CISSS A-T. Mme Fournier et M. Bouchard ont choisi l'option du replacement.

- La révision de la politique sur le « Relevé de présence » par la direction des ressources humaines a exigé une collaboration du personnel du service de la paie ainsi que de la comptabilité. Le «resserrement» de certains contrôles et certaines pratiques permet d'éclaircir les obligations et attentes du personnel lors de l'approbation des relevés de présence bi-hebdomadaire.

- La politique « Prévention, détection et gestion des fraudes économiques (DG-132) » a été préparée et élaborée par la Direction des ressources financières pour être ensuite adoptée au Comité de direction le 3 février 2015.

- Au cours du deuxième semestre de l'exercice, un appel d'offres a été préparé en vue de développer de nouvelles places en ressources intermédiaires pour les personnes âgées. Même si la responsabilité première de cet appel d'offres relevait de la direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, Mme Marie-Claude Lacombe, l'équipe du service de la comptabilité a collaboré de façon importante à cet appel d'offres. Malheureusement, un seul soumissionnaire a déposé une proposition, celle-ci s'avérant non conforme à cause de la vétusté de ses bâtiments.

  Dans la situation budgétaire actuelle, il est quasi inutile de retourner en processus d'appel d'offres car notre budget étant sur base historique, nous ne pouvons dégager un financement suffisant pour un bâtiment récent se trouvant à un échelon élevé du coût immobilier.

- Après avoir débuté l'exercice 2014-2015 dans un certain climat d'incertitude quant à la situation budgétaire, nous aurons finalement atteint l'objectif d'atteinte de l'équilibre financier de nos activités de fonctionnement, et ce, grâce à la collaboration et l'effort de toute l'équipe du CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Lorsque cela était viable pour les activités de l'établissement, nous avons évité les remplacements de personnel lors de l'absence de certains.

  La dernière ligne aux résultats du rapport financier (AS-471) de 2014-2015 sera teintée de rouge mais la raison de ce déficit est causée par les indemnités de départ à verser au personnel d'encadrement dont leur poste a été aboli et qui ont choisi l'option de quitter l'établissement suite à la création du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Pour l'exercice 2015-2016 qui a débuté depuis quelques jours, nous sommes en attente de savoir quelle sera la structure de la Direction des ressources financières dans le nouvel organigramme du CISSS. Tout le personnel de la Direction des ressources financières, autant à la comptabilité qu'à l'approvisionnement, vit depuis un certain temps dans un climat d'incertitude personnelle quant à leurs fonctions dans la nouvelle organisation du travail ainsi qu'aux changements éventuels de leur équipe et/ou collègues de travail.

Un des grands défis sera de bien informer le personnel ainsi que de faire preuve de transparence. Par la suite, une fois que le plan d'organisation de la Direction des ressources financières sera défini, il faudra mettre en place des nouvelles méthodes de fonctionnement avec un effectif de personnel assurément réduit car l'un des principaux objectifs du gouvernement est de diminuer le temps du personnel administratif.

Par ailleurs, nous avons toujours le défi de réaliser l'équilibre budgétaire pour l'exercice 2015-2016 de l'ex CSSS Les Eskers de l'Abitibi avant même que toutes les nouvelles coupures budgétaires qui viennent d'être annoncées par le gouvernement québécois dans son plus récent budget ne soient appliquées au CISSS A-T. Les économies de non-remplacement de personnel absent en 2014-2015 ne seront pas automatiquement réalisées de nouveau en 2015-2016. De plus, en ce qui a trait à un financement dans le cadre du programme d'accès à la chirurgie, la tarification a diminué de plus de 10 %, passant de 3 127 $ par cas pondéré à 2 802 $. Cela représente pour nous une diminution de plus de 200 000 $ annuellement selon notre niveau d'activités.

Malgré tout, il faut conserver une attitude positive et travailler tous dans le même sens afin que chacun apporte sa contribution dans la nouvelle organisation régionale de la santé et des services sociaux. Je suis persuadé de la loyauté et du bon vouloir de toute l'équipe de la direction des ressources financières qui je crois, saura apporter sa contribution personnelle à ce défi qui nous attend tous.

Sylvain Bouchard, CPA, CA
Directeur des ressources financières par intérim

Direction des ressources financières

TABLEAU DE BORD

Date : 31 mars 2015

Légende :
- Bleu- Optimal- Il y a une amélioration continue, nous dépasserons les attentes
- Vert : Bon rendement – Nous atteindrons les résultats visés
- Jaune : Avertissement – il y a lieu de suivre de près
- Rouge : Problème – un important travail est requis

A= Agrément, P= Plan stratégique 2009-2014, S=Prestation sécuritaire

A- SUIVI DES OBJECTIFS ANNUELS, CIBLES ET RECOMMANDATIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
1. DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES			
1.1 Produire et publier une nouvelle politique CSSS sur la détection des fraudes et erreurs.	S	Politique élaborée et distribuée	Le projet de politique « DG-132 » préparé à l'été 2014 est présenté au comité de direction du 2015-02-03 et au comité de vérification du 2015-02-04.
1.2 Collaborer à l'appropriation du nouveau rôle du Comité de vérification en matière de gestion intégrée des risques (GIR).		Avancement des travaux	Le règlement du Comité de vérification a été révisé (CA-29/10/2013). Un suivi via Mme Martine Doyon de la dir. gén. est effectué pour la priorisation de certains risques, une fois par an lors de l'établissement des priorités organisationnelles. La DRF participe aux rencontres du CGIR.
1.3 Produire le rapport budgétaire officiel annuel RR-446 dans un délai plus acceptable (pour l'Agence).		Au plus tard, 1 semaine après le délai fixé par l'Agence	Réalisé dans les délais aux printemps 2014 tel qu'attendu.
2. APPROVISIONNEMENT			
2.1 Encourager l'augmentation des items par achats de groupe par priorités de volume :			• Montant comparatif annuel – économies liées aux achats regroupés pour frais médicaux. 31-03-2013 135 814 $ 31-03-2014 169 057 $ 31-03-2015 228 700 $ • La cible du MSSS étant de 60 %, une mise à jour du portrait du pourcentage d'achats en commun global pour l'ensemble de l'établissement et de la région a été effectuée (oct. 2014). • D'après l'analyse de tableau des établissements, nous semblons dans l'ensemble avoir interprété les données demandées de façon plus sévère que les autres CSSS, que ce soit pour les médicaments, fournitures médicales, denrées alimentaires que pour les fournitures et autres charges et services achetés par exemple. 2013-2014 : Eskers = 52 % vs 49 % en 2009-2010. 2013-2014 : Région : 61 % vs 52 % en 2009-2010.
— prothèses au bloc opératoire		Économie	
— plaques/clous/vis		Économie	
— fournitures médicales		Économie	

2.2 En lien avec le plan d'optimisation régional approvisionnement, continuation d'application des recommandations à la suite d'une visite de tous les établissements par un consultant externe, M. Alain Lachapelle.		Éléments/ secteurs revus	Le plan de travail suggéré pour notre CSSS a été suivi. Bilan à jour demandé et effectué par l'Agence pour le 11 novembre 2013. Un plan de travail était demandé par l'ensemble des DG de la région sur le projet d'optimisation régional pour Noël 2013. Les rencontres régulières se sont tenues sur toute l'année 2013-2014. L'Agence et les Directeurs Généraux des établissements ont décidé que le CSSS Rouyn-Noranda sera en charge de certaines opérations centralisées d'approvisionnement. Le plan d'optimisation sera réalisé avec les changements impliquant la création du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.
		Chirurgie de jour (à préciser)	À l'interne, nous continuons l'amélioration des réserves de matériel des différents services ciblés. Priorités 2014-2015:unité mère enfant (terminé), urgence (évaluer les besoins avec le chef de service) et soins intensifs (terminé), CLSC. Pour 2015-2016 en fonction des disponibilités des gens des équipes impliquées : chirurgie de jour après le projet d'amélioration des locaux (rénov-fonct/maintien d'actifs). Le préposé au magasin n'a plus de temps disponible pour placer les items dans les réserves lors de nouveaux développements.

3. PROJETS D'OPTIMISATION

3.1 Poursuivre les travaux de négociation de contrats de fournitures par achats de groupe en lien avec les priorités et échéances du regroupement régional (ANO).		Avancement des travaux	— Nous participons aux différents mandats proposés. Mme Pépin, chef d'équipe approvisionnement, a le mandat d'informer la DRF du suivi de participation/ adhésion de notre établissement aux différents mandats regroupés. — Nous avons réinitié le comité de produits cliniques à l'interne depuis l'été 2014. Un calendrier de rencontres a été établi pour 2014-2015 et est suivi.
3.2 Collaborer au dossier « partage d'expertise » avec les autres établissements de notre MRC (initiation par les DG respectifs).		Participation aux travaux	Le suivi se fait via les DG impliqués sur des mandats précis. Pour DRF = approvisionnement + paie en cours.

4. COMMUNICATION			
4.1 Continuer les rencontres des employés des 2 équipes (comptabilité et approvisionnement) bimensuelles « Pauses Info-DRF ».		Rencontres faites	Rencontres maintenues avec chacune des deux équipes : «Pauses Info-DRF».
4.2 Continuer les rencontres hebdomadaires avec chef de service de la comptabilité et chef d'équipe à l'approvisionnement.		Rencontres faites	Rencontres maintenues.

B — SUIVI DES ENTENTES DE GESTION

Indicateur		Cible	Commentaires
OPTIMISATION			
AS-6.1.1 Participation aux différents projets d'optimisation de l'organisation ainsi que régionaux et provinciaux, sur demande : approvisionnement; paie et avantages sociaux.		Participation aux travaux	- Le projet régional «approvisionnement» a débuté le 23 octobre 2013. - Le projet régional «paie» a débuté le 31 octobre 2013. Les 2 projets sont toujours en cours. Pour la paie, regroupement à venir au Centre Jeunesse en mai 2015. Pour l'approvisionnement, une réorganisation est prévue dans le cadre de la création du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE			
Atteinte de l'équilibre budgétaire.		Équilibre atteint 2014-2015	**Au 17 octobre 2014** : • **3 juillet 2014** : Budget initial interne officiel produit à l'Agence avec équilibre global : 0 $ mais zone de fragilité globale de <1,129,557> $. • **24 juillet 2014** : Lettre de l'Agence nous signifiant de produire un plan de retour à l'équilibre budgétaire pour le <1,129,557> $ + l'impact de la baisse de tarification en chirurgies additionnelles 14-15 de <150,000> $ = <1,279,557> $ pour le 31 août 2014. • **31 août 2014** : Transmission d'un projet de 28 mesures additionnelles totalisant une récupération totale de 912,671 $ pour 2014-2015 (certaines mesures étant récurrentes, d'autres non) et 458,121 $ pour 2015-2016 pour un total de 1,370,792 $. • **9 septembre 2014** : Réponse de l'Agence sur le plan déposé acceptant partiellement certains éléments déposés pour 2014-2015 : résultat : <684,286> $ à retravailler. Nouveau plan demandé à être déposé pour le 17 octobre 2014. • **17 octobre 2014** : Dépôt de mesures additionnelles incluant les résultats réels cumulatifs à la période 6, terminée le 21 septembre 2014; on représente l'équilibre global possible de nouveau…. À suivre… Entre temps, le comité de direction se réunit spécifiquement pour le suivi du plan de redressement à tous les « 2 mardis » n'étant pas des comités de direction réguliers (14 octobre, 21 octobre, 4 novembre, 18 novembre 2014 et 13 janvier 2015). • 27 mars 2015 : Sortie du rapport financier de la période (2015-03-07) présentant un surplus de 164 025 $.

Direction des ressources humaines

Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi

Au cours de l'année financière 2014-2015, toute l'équipe de la direction s'est mobilisée au sein de différents dossiers et projets qui se sont réalisés dans l'organisation, toujours en support et disponible pour l'ensemble de l'établissement.

En date du 31 mars 2015, l'organisation compte 928 employés, dont 413 ayant un statut temps complet et 303 postes sont à temps partiel.

Dotation du personnel

Comme par les années passées, les besoins de main-d'œuvre sont demeurés une préoccupation de tous les jours et des efforts constants ont été maintenus pour doter notre CSSS de ressources humaines en nombre suffisant.

Nous avons rencontré 171 candidats au cours de 75 processus d'entrevues passées pour procéder à l'embauche de 104 personnes salariées. 3 personnes retraitées ont également été réembauchées. Des 75 processus, 21 impliquaient des entrevues par compétences à l'interne qui nous ont permis de rencontrer 18 candidats. Nous avons effectué 41 fermetures de dossiers dont 1 départ à la retraite. Nous avons fait la nomination de 2 cadres intermédiaires et aucun cadre supérieur.

Au cours de 2014-2015, nous avons reçu 137 stagiaires provenant de plusieurs disciplines dont 1 physiothérapeute, 1 nutritionniste, 2 psychoéducateurs, 4 étudiants au Bac en travail social, 2 en orthèses-prothèses, 1 inhalothérapeute, 4 assistants techniques en pharmacie, 2 hygiénistes dentaires, 2 mécaniciens de machines fixes, 2 secrétaires, 1 en cuisine d'établissement, 39 infirmières, 56 infirmières auxiliaires et 20 préposés aux bénéficiaires. Au total, c'est 278 stages différents qui ont été réalisés par les 137 stagiaires durant l'année 2014-2015.

Nous avons également reçu 60 étudiants en stage d'observation pour un total de 71 stages d'une journée.

Nous avons finalement reçu 53 stagiaires en médecine pour un total de 219 périodes de stage (période = 1 mois).

Accueil et intégration des employés

Notre programme d'accueil et intégration des nouveaux employés s'est poursuivi encore cette année avec l'atelier d'accueil offert aux nouveaux embauchés. Cette session d'accueil en groupe est offerte à chaque nouvel employé et présente de l'information générale sur différents thèmes, dont la prévention des infections, les mesures d'urgence, le fonctionnement de la liste de rappel et la santé et sécurité au travail.

Le guide d'accueil remis aux nouveaux employés a également été révisé afin de fournir toute l'information pertinente pour faciliter l'intégration. Un programme visant à supporter les nouveaux employés lors des premières semaines suivant l'embauche a également été développé. L'actualisation devrait se faire au cours de l'année 2015-2016.

Le taux de roulement des employés est de 11.29% et le taux de rétention global 12 mois après

l'embauche est de 84,21%, une augmentation de 1,21% comparativement à l'an dernier (ce taux exclu les étudiants embauchés pour la période estivale exclusivement).

Stratégie régionale de main d'œuvre(SRMO)

Nous sommes à notre sixième année de collaboration dans le cadre de la stratégie régionale de main-d'œuvre (SRMO). Les actions se poursuivent au sein des différents comités régionaux selon cinq axes :

1. Développer une stratégie régionale de marketing;
2. Attirer les jeunes vers le secteur de la santé et des services sociaux;
3. Développer de nouveaux corridors de stages hors région pour les professions en pénurie;
4. Avoir un plus grand bassin de main-d'œuvre formée en région;
5. Séduire la main-d'œuvre potentielle région et hors-région.

Les actions suivantes ont également été engagées en lien avec les objectifs de la direction :

- Réalisation de la soirée reconnaissance (25-30-35-40 ans de service et personnes retraitées durant la dernière année).

- Faire la promotion et la valorisation des métiers du réseau de la santé par des visites organisées dans différents départements au sein du CSSS, des activités de recrutement et des stages d'observation.

Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres

Bien que ce programme ne soit plus soutenu par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, le comité de pilotage de notre organisation continue de se réunir encore régulièrement (une fois aux 6 à 8 semaines) afin de s'assurer que les moyens inclus au plan d'action pour améliorer les conditions d'exercice des cadres soient réalisés. Parmi ces moyens, nous retrouvons l'offre de deux formations par année pour l'ensemble du personnel d'encadrement, un programme d'accueil, intégration et accompagnement du personnel d'encadrement, des capsules d'information sur l'interprétation des conventions collectives et la tenue de groupes de co-développement. Par son implication, le comité de pilotage assure ainsi la pérennité du programme.

Programme d'accès à l'égalité en emploi

L'établissement souscrit au Programme d'accès à l'égalité en emploi. Ce programme vise à augmenter la représentation des personnes faisant partie de chacun des 5 groupes visés et à corriger les pratiques du système d'emploi par différents moyens. Le programme s'étend sur 3 ans et un rapport à la Commission des droits de la personne et de la jeunesse est exigé à la fin de ces 3 années pour faire état de l'atteinte ou non des objectifs.

Certification «Entreprise en santé»

Nous avons reçu la visite de l'auditrice en février 2015 qui a évalué à nouveau l'ensemble des processus relié à la norme et rencontré notre personnel lors de courtes entrevues afin de reconduire notre certification obtenue en mars 2014. Au terme de cette visite, l'auditrice a recommandé le maintien de notre certification, et ce, pour la prochaine année.

Au 31 mars 2015 venait à échéance le premier plan d'action élaboré par le Comité santé et mieux-être. Un nouveau plan a été élaboré en mars dernier suite au sondage réalisé en avril-mai

2014 et aux groupes de discussion qui se sont tenus en décembre 2014. Le plan d'action sera communiqué à l'ensemble du personnel d'ici la fin du mois d'avril 2015.
Développement des ressources humaines
Notre budget réservé de 751 495 $ a été dépassé de 227 563 $ pour un montant total dépensé en formation et orientation de 979 058 $

Voici nos bons coups de l'année :

- 149 infirmières, inhalothérapeutes et infirmières auxiliaires ont renouvelé leur certification RCR.
- Le programme approche adaptée à la personne âgée se poursuit, 65 personnes ont été formées selon une formule de courtes capsules données sur les unités et applicables immédiatement.
- Notre objectif se poursuit avec la formation Tactiques de contrôle par point de pression à l'unité de psychiatrie interne, 27 personnes ont été formées afin de couvrir tous les quarts de travail.
- Une formation sur le diabète a été déployée en fin d'année et se poursuivra l'an prochain pour toutes les infirmières, infirmières-auxiliaires, préposée aux bénéficiaires et auxiliaires familiales. Présentement, 156 personnes ont reçu la formation de mise à jour.
- Une formation sur les nouveaux cathéters intra veineux a été donnée à 72 personnes.
- Les modules 4 et 5 ont été donnés à un groupe de l'unité mère-enfant pour la formation d'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux. Son déploiement se poursuivra l'an prochain.
- Une formation sur le cadenassage a été donnée au personnel des installations matérielles.
- Une mise à jour sur l'installation des contentions a été donnée en psychiatrie interne et à l'urgence ainsi qu'au personnel des équipes volantes, pour un total de 48 personnes.
- Nos cadres ont reçu plusieurs formations tout au cours de l'année. Parmi celles-ci : «La mobilisation au-delà de la reconnaissance» et «Reconnaissance par les pairs».
- Visioconférences : 42 en 2014-2015 par rapport à 31 en 2013-2014.
- Formation en web : 258 en 2014-2015 par rapport à 13 en 2013-2014.

Enfin plusieurs autres formations ont eu lieu suite à la mise à jour des protocoles, de nos logiciels, achats de nouveaux équipements, mesure d'hygiène et de prévention des infections, etc.

Santé et sécurité du travail

Le personnel a bénéficié d'une formation et d'un accompagnement personnalisé pour la gestion des dossiers en invalidité par l'Association Québécoise des Etablissements de santé et de services sociaux, dans l'objectif d'améliorer les pratiques de gestion des dossiers d'invalidité. Les recommandations sont majoritairement appliquées. Certaines procédures d'organisation de travail au bureau de santé ont été revues, bonifiées et appliquées. Le nombre d'heures payées en assurances-salaire a diminué. Le total des heures, 76 976, correspond à un taux des heures en assurance salaire sur les heures travaillées de 7,13%, une diminution de plus de 3 000 heures en comparaison de l'an dernier. Notamment, 214 dossiers d'absence maladie de plus de 7 jours ont été gérés.

Le service de santé et sécurité du travail a traité 270 déclarations d'accidents du travail dont 25 avec arrêts, comparativement à 221 déclarations l'an passé dont 27 avec absence du travail. L'organisation a enregistré 49 retraits préventifs associés à une maternité et 32 employées ont été réaffectées via le programme de maternité sans danger. Les pratiques de réaffectation ont été révisées et optimisées.

Le CSSS participe au programme d'intervention ciblé et intégré de la CSST pour une deuxième année, dans l'objectif d'améliorer la performance de l'organisation en santé et sécurité au travail et la gestion des dossiers en arrêt de travail pour cause de lésions et maladies reliées au travail.

Le CSSS bénéficie d'une chargée de projet dans le cadre du programme régional de soutien financier pour la réalisation de projets en lien avec le service régional de main-d'œuvre. Ce projet tient à l'élaboration et l'implantation d'un programme de prévention en santé et sécurité au travail ainsi qu'un plan cadre de coordination des actions lors d'évènements compromettant la santé et sécurité des employés.

Le Comité paritaire en santé et sécurité au travail est actif et est composé majoritairement de nouveaux membres. Il a bénéficié du soutien de l'ASSTSAS pour de la formation.

Un comité de planification de la vaccination a été mis en place afin d'élaborer la campagne de vaccination avec des stratégies visant l'augmentation de la couverture pour le vaccin antigrippal des personnes salariées, médecins et bénévoles. Cette année, il y a eu de nouveau une hausse significative de 7% pour atteindre 62% de la couverture de la vaccination antigrippale.

Relations de travail

Au cours de l'année financière 2014-2015 nous avons signé plusieurs ententes locales avec les différents syndicats :

CSN :
Horaire 7/7 en période estivale 2015;
Entente Blocs de vacances – Période estivale 2015;
Entente particulière conservation du lien d'emploi;
Durée et modalité de la période de probation pour les étudiants en soins assistance (PAB);
Quatre ententes individuelles de Télétravail;
Entente particulière pour vacances prises de façon discontinue;
Deux ententes particulières pour des postes d'agentes administratives classe 2.
Nombre de griefs réglés : 25

APTS :
Modification de répartition d'unités administratives;
Modification de la clause 6.13 – Fin d'assignation;
Garde au service d'aide technique;
Entente particulière – Durée de la période de probation;
Aménagement de temps de travail – Laboratoire;
Entente particulière – Maintien du lien d'emploi.
Nombre de griefs réglés : 5

FIQ :
Trois prolongations d'intérim - postes cadres;
Prolongation d'affectation à la clinique Interdisciplinaire (Clinique de la douleur);
Rehaussement des postes à temps partiel régulier;
Poste octroyé suite à un processus par compétence;
Modalité de rappel – Projet d'organisation de travail du MSSS aux SAD (Chargé de projet);
Nombre de griefs analysés et négociés pour règlement et dont la signature de l'entente aura lieu en avril 2015 : 45
Nombre de griefs réglés : 5

Politiques et procédures

Onze politiques et procédures ont été créées, révisées ou en cours de révision:

Relevé de présence;
- Embauche du personnel étudiant pour la période estivale;
- Accueil et probation du nouveau personnel;
- Code vestimentaire;
- La fourniture et le port d'équipements de protection individuels (SST);
- Règles et fonctionnement du Comité Paritaire de SST (en cours);
- Remerciement et hommages au personnel (en cours);
- Appréciation de la contribution (en cours);
- Stage en milieu organisationnel (en cours);
- Cadenassage;
- Vaccination du personnel contre l'Influenza incluant grippe A (H1N1) (en cours).

Tout au long de l'année financière, la direction des ressources humaines s'est assurée d'assister les chefs de service autant en ce qui concerne l'interprétation des différentes conventions collectives, que le support ou l'accompagnement dans les situations litigieuses ou réalisation de projets spécifiques.

Conclusion

Toute l'équipe de la direction des ressources humaines est extrêmement fière d'avoir accompli ce travail.

Caroline Roy
Directrice des ressources humaines
et du développement organisationnel

Direction des ressources humaines

TABLEAU DE BORD

Date : 20 janvier 2015

Légende :
- Bleu- Optimal- Il y a une amélioration continue, nous dépasserons les attentes
- Vert : Bon rendement – Nous atteindrons les résultats visés
- Jaune : Avertissement – il y a lieu de suivre de près
- Rouge : Problème – un important travail est requis

A= Agrément, P= Plan stratégique 2009-2014, S=Prestation sécuritaire

SUIVI DES OBJECTIFS ANNUELS ET/RECOMMANDATIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
1. Optimiser le processus d'accueil et intégration des nouveaux employés.		*Projet SRMO réalisé.*	*Indicateurs :* *- Réalisation du projet* *- Révision du processus actuel* *- Élaboration de nouveaux outils* *Projet en cours de réalisation. Le guide d'accueil remis aux nouveaux employés a été révisé et est actuellement en cours de révision avant son implantation officielle. Le développement d'un système de probation a été réalisé. Il est actuellement en cours de validation.* *Le formulaire d'appréciation de la contribution pour le personnel a également été révisé et fait l'objet de modifications. Une politique de « compagnonnage » (terme à définir) a été élaborée afin d'offrir un soutien supplémentaire aux nouveaux employés. Un plan de formation pour les employés nommés compagnon a également été élaboré. Le tout sera présenté sous peu à la DRH.*
2. Poursuite de la pérennité du Programme d'amélioration de la condition d'exercice des cadres (PACEC) et respect de l'échéancier au plan d'action.		*Poursuite de la pérennité du plan d'action*	*Indicateurs :* *- nombre de rencontres du comité PACEC :* *Le comité s'est réuni le 6 juin et le 24 octobre 2014. Prochaine rencontre le 30 janvier 2015.* *- nombres d'actions réalisées au plan d'action / total des actions :* *Les actions incluses au plan sont revues à chaque rencontre du comité de pilotage afin d'assurer la réalisation de celles-ci. Une seule action n'a pas encore été réalisée (revoir le rôle des ASI/postes de coordination afin d'optimiser leur contribution).*
3. Prioriser des formations en lien avec la prestation sécuritaire adaptée aux besoins du personnel et aux secteurs ciblés de l'organisme.	***A***	*Nombre de formation sur la sécurité offerte*	*Indicateur : nombre de formations en lien avec la prestation sécuritaire / le nombre total de formations données :* *24/198*

4. Rehaussement des postes du personnel infirmier.		*Exercice complété*	*Indicateur : taux de rehaussement des postes = nombre de quarts rehaussés / nombre de quarts totaux d'infirmière et infirmière clinicienne* *En date du 19 janvier : 767 heures rehaussées.* *Situation avant rehaussement : 2120,5 heures titularisées non budgétées / 10581,5 heures à la structure de base = 20,04 %* *Situation après rehaussement : 2887,5 heures titularisées non budgétées / 10581,5 heures à la structure de base = 27,29 %* *Décision du comité de direction du 17 décembre de ne pas rehausser les titulaires de postes d'équipes volantes pour l'instant.*
5. Poursuivre l'uniformisation du format des descriptions de postes.		*Format standard*	*Indicateur : Nombre de descriptions sur le format standard / nombre total de descriptions de postes au CSSSEA : 30/923*
6. Implanter un processus pour la planification stratégique du besoin de ressources.		*Processus défini et implanté*	*La réalisation de ce projet est dépendante d'un projet LEAN à débuter en 2014-2015* *La première rencontre du comité de travail (kaizen) aura lieu le 16 mars.*
7. Poursuivre le partenariat avec la CSH, particulièrement pour favoriser le recrutement de préposés aux bénéficiaires.		*Implantation d'un projet permettant la formation de 6 PAB*	*Indicateurs :* *- Implantation d'un projet en partenariat avec la CSH dans l'objectif d'attirer des candidats au titre d'emploi de PAB, d'assurer leur formation et la reconnaissance de leurs compétences* *- 6 candidats au titre d'emploi de PAB ayant bénéficié du projet* *2 rencontres : 17 et 24 octobre 2014* *Projet de partenariat confirmé menant à la reconnaissance des acquis par les candidats.* *Affichage pour promouvoir le programme et recruter des candidatures sera réalisé en janvier 2015.*
8. Poursuivre le partenariat avec les établissements d'enseignement l'UQAT, particulièrement pour l'accueil de stagiaires au baccalauréat en soins infirmiers à l'UQAT.		*Ouverture de nouveaux milieux de stages au CSSSEA et accueil de stagiaires*	*Indicateurs :* *- Participation au comité des stages en soins infirmiers :* *Redéfinition du rôle du comité. Participation de Caroline Roy SRMO à ce comité. Deux rencontres se sont tenues : le 11 septembre 2014 et le 30 octobre 2014. Le comité doit se rencontrer 2 fois par année : automne / hiver ou printemps.* *- Ouverture de nouveaux milieux de stages pour l'UQAT* *- Nombre de stagiaires accueillis vs l'an dernier :* *En 2013-2014, 12 stagiaires de l'UQAT ont été accueillies en soins infirmiers.*

9. Compléter la révision des rôles et responsabilités de l'équipe au bureau de santé.		*Compléter la réalisation des recommandations l'AQESSS*	*Indicateurs :* *- Recommandations réalisées* *- Révision et bonification du procédurier lié à la gestion des invalidités complétée* *- Révision du rôle et des responsabilités de la chef de service du bureau de santé dans les différents volets : prévention, promotion, vaccination des employés, gestion des invalidités, interventions ponctuelles. La secrétaire médicale en poste au bureau de santé étant absente depuis mai 2014, la démarche a été ralentie.* *- Acceptation du projet SRMO pour l'élaboration d'un programme prévention en SST. La chargée de projet est entrée en fonction le 12 janvier.*
10. Collaboration à la poursuite du projet de réorganisation à la liste de rappel.		*Collaboration avec la DSI au projet de réorganisation*	*Indicateurs :* *- rencontres régulières entre adjointe à la DRH et la conseillère en gestion à la DSI* *- collaboration étroite à la réalisation du projet en lien avec l'application des conventions collectives*
11. Révision de la politique sur la vaccination contre l'influenza du personnel et des mesures qui y sont associées.		*Politique révisée*	*Caroline Roy SRMO collabore. Parmi plusieurs CSSS contactés, seule le CSSSAB nous a transmis sa politique. Remis à Sonia Caplette pour validation.*

SUIVI DES ENTENTES DE GESTION

Indicateur		***Cible***	***Commentaires***
AS-7.1.1 Être accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail.	P	Assurer le maintien de la certification Entreprise en santé	Indicateurs : - Rencontres du CSME : Dernières rencontres le 2 juin et le 6 octobre 2014. - Réalisation des focus group suite au sondage complété en avril-mai : décembre 2014 (3 groupes d'employés et 1 groupe de cadres) - Élaboration d'un plan d'action 2015-2018 : Première rencontre du CSME prévue le 6 mars 2015. - Maintien de certification Entreprise en santé lors de l'audit qui se tiendra le 4 et 5 février 2015.

5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel (indicateur 3.01-PS).	P	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées : **6,9 %**	Indicateur : -Objectif interne pour l'atteinte d'un ratio de 7,2 % correspondant à 78 000 heures annuelles payées en assurance salaire (6000 heures par période financière) P1 : 7.5 % P2 : 7.5 % P3 : 7.6 % P4 : 7.6 % P5 : 7.4 % P6 : 7.1 % (5047 heures) P7 : 7,1 % (5316 heures) P8 : 7,2 % (5822 heures) P9 : 7,5 % (6662 heures) Cumulatif : 7,2 % après 9 périodes (55 023 hrs = 6114 heures par période)
5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité : 1. Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières (indicateur 3.05.01-PS) 2. Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau (indicateur 3.05.02-PS)	P		1 - Personnel infirmier : au cumulatif P10 : 3.51 % P1 : 4.14 % P2 : 3.87 % P3 : 3.26 % P4 :3.47 % P5 : 3.45 % P6 : 3.08 % P7 : 3.16 % P8 : 3.46 % P9 : 3.58 % P10 : 3.65 % 2 – CSSS : au cumulatif P10 : 2.30 % P1 : 2.72 % P2 : 2.57 % P3 : 2.10 % P4 : 2.35 % P5 : 2.39 % P6 : 2.21 % P7 : 2.13 % P8 : 2.03 % P9 : 2.21 % P10 : 2.29 %
5.1.6 Réduire le recours à la main d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique : • Par les infirmières • Par les infirmières auxiliaires • Par les préposés aux bénéficiaires • Par les inhalothérapeutes (indicateurs 3.06.01-PS à 3.06.04-PS).	P	0 %	Aucun recours à la MOI 0 %
5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main d'œuvre de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles. (indicateur 3.08-PS).	P	Mise à jour du plan de main d'œuvre réalisée	Plan de main d'œuvre réalisé et plan prévisionnel des effectifs produit et transmis à l'Agence au 30 septembre 2014.
5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail (indicateur 3.10-PS).	P	Mise en œuvre du Programme de soutien clinique-Volet préceptorat	Indicateurs : - Nombre d'heures de préceptorat réalisé pour la catégorie 1 (infirmiers, infirmiers auxiliaires et inhalothérapeutes) - Nombre d'heures d'accompagnement offert aux employés de moins de 2 ans d'ancienneté pour la catégorie 4 (professionnels et techniciens)

AS-1.1.8 Proportion d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza.	P	80 %	Indicateur : - Taux de vaccination des employés Au 1 décembre 2014 : 59 % des employés étaient vaccinés. 62 % des employés, médecins, bénévoles étaient vaccinés.
POURSUITE DES RÉALISATIONS REQUISES AU PLAN STRATÉGIQUE ET NON INCLUSES DANS LES AUTRES SUIVIS DE CE PAQ			
Améliorer le taux de roulement et le taux de rétention du personnel.		Taux de roulement externe en Nb < 12,73 % Taux rétention 65 %	Indicateurs : - taux de roulement externe vs les trois dernière années - taux de rétention vs les trois dernières années <u>Taux de roulement</u> : (9,21 % à la P10 – au 10 janvier 2015) Au 10 janvier 2015 : 86 départs (excluant les étudiants) pour l'année en cours / 934 employés actifs 2011-2012:12.42%,2012-2013:12.93% 2013-2014 : 12,53 %, 2014-2015 : Données disponibles au 31 mars 2015 <u>Taux de rétention</u> : Taux de rétention 12 mois des nouvelles embauches : 2011-2012 : 70,13 %, 2012-2013 : 82,93 %. 2013-2014 : Données seront disponibles au 31 mars 2015 Taux de rétention 36 mois des nouvelles embauches : 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013 : 63.56 % 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014 : Données seront disponibles au 31 mars 2015
GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES			
Sensibiliser et informer les employés sur la détresse psychologique au travail	G	Offrir des sessions et/ ou autres modalités de sensibilisation	Indicateurs : - Activités de sensibilisation réalisées - Taux des absences en invalidité relié à la détresse psychologique (comparaison avec les 3 années précédentes) - Statistiques du PAE correspondant à des consultations liées à la détresse psychologique au travail (comparaison avec les 3 dernières années)
Assurer un suivi de l'évolution des coûts d'orientation de l'ensemble de l'établissement et définir des mesures pour les réduire.	G	Suivi des coûts d'orientation	Données des coûts d'orientation seront comptabilisées au 31 mars 2015. Au 29 novembre 2014 : 15 656 heures d'orientation correspondant à 332 642 $. Le budget annuel est de 348 405 $. Le résiduel au budget est de 770 heures.

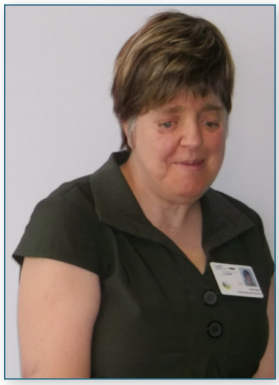
SUIVI DE L'EXERCICE DE CONCERTATION DES PRIORITÉS ENTRE LES DIRECTIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
DEMANDES ADRESSÉES À LA DRH			
En lien avec objectif DRF - comité utilisation produits : Collaboration/participation régulière du chef de santé et sécurité au travail (Sonia) au comité utilisation de produits cliniques remis en fonction depuis peu.		Participation de la chef SST au comité	La chef de service en SST participe aux rencontres du comité d'utilisation des produits à titre de membre permanent.
En lien avec objectif organisationnel #4 - Efforts assurance sal. + objectif DRH = 78 000 h assurance salaire/an : Je retiens la proposition de la DSPLP à savoir : fournir un outil facile pour le volet «garder contact avec le personnel en absence maladie».		Élaboration d'un outil pour le gestionnaire	Outil pour les gestionnaires à développer
En lien avec l'objectif organisationnel # 1 : Collaboration à la vigie requise concernant l'avancement régional du projet de regroupement de paie régionale (risque lié à la perte de contrôle de certains coûts de salaires en lien avec les conventions collectives).		Collaboration au projet d'optimisation et réalisation des actions requises	Collaboration à l'avancement du projet de regroupement de la paie au CJAT. Réalisation attendue en mai 2015.
En lien avec l'objectif de DRH qui consiste en la réalisation du projet d'optimisation de l'accueil et intégration des nouveaux employés: Meilleure communication à l'embauche des nouveaux employés (date d'arrivée, heure d'arrivée, premier contact)		Réaliser les actions et communications définies	Projet lié à la SRMO en cours de réalisation.
En lien avec l'objectif organisationnel # 2 : Demande à l'élaboration d'un plan de réalisation des travaux de l'intégration de la liste de rappel à la DRH. (Demande provenant de la DSI)		Planifier l'intégration de la liste de rappel à l'équipe de la DRH	Discussions à réaliser avec la Direction de soins infirmiers, considérant aussi le contexte du projet de Loi 10 et des impacts possibles sur les activités de remplacement.
En lien avec l'objectif organisationnel # 4 : Avoir un intervenant dédié à l'absentéisme pour l'atteinte de l'objectif visé et avoir un autre intervenant dédié à la prévention à la santé au travail. (Demande provenant de la DSI)		Revoir les rôles de la chef SST pour le volet préventif	Suite à la réalisation du projet liée à la SRMO pour l'élaboration d'un programme de prévention en SST, l'orientation pour la répartition des responsabilités et des ressources en prévention versus gestion des dossiers en invalidité sera définie. Fin du projet le 31 décembre 2015.
En lien avec l'objectif organisationnel # 4 : Faire des audits sur des thèmes (ex : lavage des mains, prévention des chutes) en bénéficiant de la disponibilité des personnes en assignation temporaires ou travaux légers. (Demande provenant de la DSI)		Informer les directions des employés disponibles pour assignations	La chef de service en SST informe les chefs de service lorsque des employés sont aptes à réaliser une assignation temporaire. Les chefs sont prudents quant à l'utilisation d'employés en assignation temporaire dans l'objectif de limiter les surplus d'heures associées. Aucune demande spécifique de la DSI en date du 19 janvier.

En lien avec l'appréciation de la contribution : Collaborer avec la DSPLP à la révision du formulaire pour ajuster aux divers TE. (Demande de la DSPLP)		Révision du système de probation pour les employés du CSSS et appréciation de la contribution	La réalisation du projet SRMO pour l'optimisation du processus d'accueil et intégration des nouveaux employés comprend la révision du processus de probation des employés et des outils qui seront utilisés. La direction des ressources humaines est disponible pour collaborer à la révision du formulaire d'appréciation de la contribution avec la DSPLP, qui sera inspiré du format de l'outil utilisé pour la probation. Aucune demande spécifique de la DSPLP en date du 19 janvier.
En lien avec l'objectif organisationnel # 3 : Être créatif dans le recrutement du personnel non qualifié (ex : Préposé service alimentaire, déchiquetage, préposé terrain, etc.). (Demande provenant de la DRMI)		Définir et implanter des solutions novatrices en fonction des besoins	En date du 19 janvier : le projet de recrutement de candidats pour les préposés aux bénéficiaires, en collaboration avec la Commission scolaire Harricana, est le titre d'emploi priorisé pour le recrutement. Suite à la concrétisation de ce projet, d'autres titres d'emploi seront priorisés. La formation à l'interne de deux mécaniciens de machines fixes se poursuit. Un projet de formation interne pour le titre d'emploi de secrétaire médicale est en cours.
En lien avec l'objectif organisationnel # 4 : Assurer un suivi régulier avec nous quand un employé est en assurance salaire. Date possible de retour au travail (liste de rappel). (Demande provenant de la DRMI)		Informer les directions de la situation des invalidités	Les pratiques de gestion des dossiers en invalidité ont été revues. La collaboration et les communications entre le bureau de santé, la liste de rappel, les chefs de services et le service de la paie sont accrues. Lors d'absences à durée indéterminée, il est fréquent qu'une date de retour au travail ne soit pas connue et donc non communiquée aux différents acteurs.
Réorganisation de la liste de rappel et titularisation SI : Travailler en étroite collaboration aussi avec la DPSAPA. (Demande provenant de la DSAPA		Assurer l'implication des directions concernées dans le processus de titularisation	Les directions concernées ont toutes été impliquées dans le processus de titularisation du personnel infirmier. Le processus sera complété en date du 22 février pour que le déploiement de l'horaire au 22 mars corresponde aux postes rehaussés.
OFFRES DE LA DRH			
En lien avec l'objectif d'aménagement de temps de travail : Poursuivre les communications avec les syndicats par plus d'ententes en aménagement de temps de travail.		Réalisation d'ententes d'aménagement de temps de travail	
En lien avec l'objectif de revoir les tâches du conseiller en prévention : Collaboration étroite à la démarche en vue de la dotation des postes anticipés. (offre à la DSI)		Collaboration en fonction des besoins ; conseils et réalisation d'actions	
En lien avec l'objectif DSQ : Instaurer un processus pour autorisation de la clé d'accès au DSQ dès l'embauche. (offre à la DRMI)		En fonction des besoins et demandes du responsable local d'accès	

En lien avec l'objectif de recrutement des TE services techniques, moins qualifiés : Journées portes ouvertes à la population. (offre à la DRMI)		Définir des solutions novatrices	
En lien avec l'objectif organisationnel # 4 - diminution des absences causes psychologiques : Collaboration au projet. (offre à la DPSAPA)		Collaboration selon la demande et les besoins	

Direction des soins infirmiers et programme santé physique



À la direction des soins infirmiers et programme santé physique, les principaux thèmes qui ont marqué notre année ont été : consolidation, ainsi que continuum de soins et services. Tous et chacun, que ce soit nos gestionnaires en soins infirmiers ou notre personnel clinique, tous ont été impliqués et ont participé activement à la réussite de nos divers projets.

L'équipe de la direction des soins infirmiers a poursuivi les travaux amorcés en 2013-2014. La composition de l'équipe à la direction des soins infirmiers est demeurée la même mais à compter de janvier 2015, nous avons suppléé à l'absence du conseiller en prévention et contrôle des infections. De plus, depuis l'automne 2014, la directrice des soins infirmiers assume l'intérim du chef de service en psychiatrie interne. Malgré ces absences, l'équipe de la direction des soins infirmiers a poursuivi avec dynamisme les travaux déjà amorcés.

Une formation sur l'approche adaptée à la personne âgée a été élaborée sous forme de capsules et celles-ci ont été présentées au complet à l'unité de médecine et débutées au service d'urgence. Cette formation se poursuivra l'an prochain pour les autres unités du pavillon hôpital. Le personnel adhère à cette nouvelle approche et l'intègre aux soins dispensés au quotidien à notre clientèle âgée.

Concernant le programme de prévention de la thromboembolie veineuse, des audits ont été faits à deux reprises au courant de l'année. Nous avons constaté que le programme était bien appliqué sauf au niveau de l'unité mère-enfant et ceci en raison de l'utilisation d'un formulaire différent lors de l'admission des usagers. Des ajustements ont dû être faits pour être conforme au niveau du dépistage de la thromboembolie veineuse.

Nous avons innové, au niveau du programme de prévention des chutes, en utilisant un bracelet distinctif pour l'identification des usagers à risque de chute et ce, pour l'ensemble de l'établissement. Cette nouvelle procédure permettra à un usager, peu importe où il soit sur l'unité de soins ou encore dans un autre service, d'être surveillé adéquatement. Des audits ont également été faits à deux reprises au cours de l'année sur l'identification des usagers potentiellement à risque de chute.

L'an dernier, nous avions débuté des rencontres d'assistantes infirmières-chefs de tous les quarts de travail pour assurer une meilleure collaboration, un réseautage et un partage d'expertise. Nous avons poursuivi ces rencontres aux 8 semaines cette année et elles sont grandement appréciées.

Le conseil des infirmières et infirmiers de notre établissement a tenu quatre rencontres cette année. Les statuts et règlements dataient déjà de plusieurs années et ont donc été mis à jour. Voici les principaux dossiers cliniques traités cette année :

- Plusieurs règles de soins ont été mises à jour et d'autres sont en cours d'élaboration. Elles portent particulièrement sur l'application des activités d'exception confiées aux aides-soignants.
- Le comité exécutif du conseil des infirmières infirmiers (CECII) est partie prenante du comité des soins de plaies. Les travaux de ce sous-comité ont porté sur la recension et la rationalisation des produits de soins de plaies utilisés dans notre établissement.
- Le guide de référence sur la pratique de l'infirmière auxiliaire au CSSS Les Eskers de l'Abitibi a été également mis à jour.

Toutes les équipes ont poursuivi leurs travaux de préparation à la visite de l'Agrément. Une activité d'amélioration a été ciblée dans chacun des services et tous ont fait de leur mieux pour atteindre les objectifs fixés. Toutes les politiques et procédures ont fait l'objet d'une révision. Au 31 mars 2015, pour 75 % des politiques, le processus de révision était complété.

Selon les différents thèmes énoncés ci-haut, voici ce qui a été réalisé sur les différentes unités :

CONSOLIDATION

Unité de médecine : l'organisation de travail a été revue et nous avons introduit le système de bulles sur le quart de jour pour cette unité. L'approche adaptée à la personne âgée fait partie intégrante de l'organisation des soins sur cette unité maintenant. L'objectif de la prochaine année sera l'amélioration de nos processus de soins pour l'usager et sa famille.

Médecine de jour : La médecine de jour fait maintenant partie intégrante de l'unité de médecine. Une employée a obtenu un poste à ce service. De plus, un esprit de collaboration a été instauré sur cette unité permettant au personnel une entraide entre les deux missions du service. Pour 2013-2014, de la période 7 à 13, nous avions eu 753 visites pour un total de 426 usagers et 2014-2015, ce nombre est de 1792 visites, pour un total de 976 usagers. Le nombre moyen de visites par usagers est sensiblement le même, passant de 1.76 visite à 1.83 visite. Le nombre d'usagers par jour est passé de 5.38 à 7.89, ce qui nous indique que le service est en développement. Nous avons également augmenté la gamme de traitements offerts aux usagers durant cette année.

Unité de chirurgie : maintien du travail en système de bulles amorcé en 2012-2013 tout en diminuant la durée de séjour pour nos usagers admis pour une chirurgie par l'admission le jour même (AJM) pour près de 64% de notre clientèle élective . Ceci nous a permis d'effectuer 395 poses de prothèses de hanche ou de genou durant la dernière année.

Unité mère-enfant : Le processus de réorganisation de travail entrepris l'an passé s'est poursuivi cette année. De plus, nous continuons à participer au programme Ampro + (Approche Multidisciplinaire en Prévention des Risques Obstétricaux) qui permet à notre personnel médical et infirmier de maintenir à jour ses connaissances en matières obstétricales et à travailler en étroite collaboration pour le mieux-être de la mère et de l'enfant à naître.

Bloc opératoire et stérilisation : Notre production chirurgicale a augmenté de près de 200 interventions cette année passant de 4386 interventions à 4585. Un total de 395 prothèses de hanches ou de genoux ont permis à autant d'usagers d'améliorer leur qualité de vie.

Nous avions également comme objectif d'améliorer l'accès au bloc opératoire. Un expert ministériel nous a guidés dans les pistes d'amélioration à travailler. Un plan d'action a été mis en place en mars 2015 et sera réalisé en 2015-2016.

Psychiatrie interne : Des travaux ont été effectués concernant la méthode sécuritaire pour installer des contentions lors de code de violence à l'urgence et à l'unité de psychiatrie. Des formations ont été dispensées à tous les employés travaillant sur ces unités ainsi qu'aux coordonnateurs.

Soins critiques : La réorganisation de travail amorcé l'an dernier a été en phase de consolidation cette année. Nous avons eu 27 974 visites cette année à l'urgence soit 1050 visites de plus que l'an passée.

Département de la gestion des activités de remplacement : Cette année, la liste de rappel a participé au rehaussement des postes de la catégorie d'emplois infirmières et ce, en arrimant les ententes particulières établies par la direction des ressources humaines aux procédures de traitement des requêtes. Ce fût un travail de collaboration qui nous a permis de mener à bien ce projet. Tous les efforts sont déployés pour assurer à nos employés une entrée en fonction rapide lors de mutation volontaire. Nous maintenons déjà depuis plusieurs année un taux de temps supplémentaire inférieur aux ententes de gestion et ce, sans temps supplémentaire obligatoire et sans recours à des agences de placement. Nous en sommes très fiers!

De plus, nous avons procédé à la fusion des listes de rappel de nos trois pavillons et à la réorganisation des processus à la liste de rappel. De la formation a été dispensée à l'ensemble des cadres de l'établissement pour les familiariser avec les nouveaux processus amorcés.

CONTINUUM DE SERVICE

Unité mère-enfant volet pédiatrie : L'unité de pédiatrie reçoit de façon régulière des enfants présentant des problèmes de santé psychologiques. Pour assurer une amélioration de nos services à cette clientèle, nous avons amorcé en février 2015, un processus d'amélioration qui regroupe des intervenants cliniques et médicaux de la pédiatrie, de la psychiatrie interne et du milieu psycho-social de première ligne. Les jeunes souffrant de ce type de pathologie ainsi que leur famille seront pris en charge dans un continuum de soins beaucoup plus performant.

La prochaine année en sera une de défis avec la transformation organisationnelle du réseau québécois de la santé découlant de la loi 10. Le succès de cette transformation se mesurera à sa capacité de favoriser le développement des soins intégrés dans la communauté, à l'amélioration de l'accès aux soins et à l'utilisation optimale des compétences et expertises de chacun. Et, tout cela avec l'usager au cœur de nos décisions.

Beaucoup de travail accompli cette année pour la direction des soins infirmiers. Ce travail est l'œuvre de tous, gestionnaires et employés de toutes les unités du programme santé physique en partenariat avec toutes les directions cliniques ou de soutien du CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Un mot simple mais qui se veut rempli de reconnaissance et de gratitude pour toute cette implication : MERCI !

Diane Raby
Directrice des soins infirmiers
et du programme santé physique

Direction des soins infirmiers et programme santé physique

TABLEAU DE BORD

Date : 31 mars 2015

Légende :
- Bleu- Optimal- Il y a une amélioration continue, nous dépasserons les attentes
- Vert : Bon rendement – Nous atteindrons les résultats visés
- Jaune : Avertissement – il y a lieu de suivre de près
- Rouge : Problème – un important travail est requis

A= Agrément, P= Plan stratégique 2009-2014, S=Prestation sécuritaire

A- SUIVI DES OBJECTIFS ANNUELS

Indicateur		Cible	Commentaires
PROCESSUS D'ACCUEIL DES NOUVEAUX EMPLOYÉS			
1. Préceptorat : Évaluer notre programme actuel, le bonifier si besoin et être proactif auprès de la relève en soins infirmiers		Évaluation et poursuite du programme	Évaluation du programme de préceptorat 13-14 : Nous n'avons pas refait de dîner ou de souper sur un thème précis par manque de disponibilité des nouvelles RE : Vont à l'université durant la semaine. Par contre, lors des formations offertes, la DRH fait un décompte des gens ayant moins de 3 ans qui assistent à une formation pour les inclure dans le préceptorat.
2. Consolidation du *Processus d'accueil des nouveaux employés* suite au projet Lean réalisé		Rencontre de suivi effectuée	Un retour sur le processus d'accueil massif du printemps 2014 a été réalisé. Les constats sont les suivants : • Processus mieux structuré mais amélioration à réaliser en ce qui concerne la répartition des plages horaires pour les notions administratives et cliniques. • Processus adéquat quant à l'octroi des mots de passe nécessaires. • Horaire électronique distribué dès l'embauche. • Cahier d'orientation et grille d'évaluation de probation améliorée. • Proposition d'un rallye pour découvrir notre CSSS de façon plus participative. Une rencontre de planification de l'horaire d'accueil sera faite en mars pour l'embauche massive du printemps-été 2015.
3. Développer un esprit de transmission d'expertise dans les différentes équipes de travail		Projets en provenance des unités	Poursuite des rencontres d'ASI à raison de une aux 6 semaines. Participation volontaire, taux de participation de 50% tous quarts de travail confondus. Notre dernière réunion fut le 14 octobre 2014 et 14 personnes se sont présentées. Tous les quarts étaient présents. Une rencontre d'ASI s'est tenue le 3 février et le taux de participation demeurent inchangé.

LISTE DE RAPPEL			
4. Poursuivre la réorganisation du travail à la liste de rappel et faire un arrimage plus étroit avec les ressources humaines pour une meilleure intégration des règles de conventions collectives à nos processus de travail, poursuivre l'optimisation de l'utilisation du logiciel servant aux activités de remplacement.			Nous utilisons désormais la version 4.3 du logiciel Logibec. Le processus de rehaussement pour l'accréditation syndicale FIQ est en cours et l'arrimage a été fait avec le module Logibec. La politique de refus est maintenant appliquée compte tenu que le processus d'intégration de toutes les accréditations est complété. Consolider les travaux faits depuis avril 2014. 2015-02-12 Politique de refus non encore appliqué en raison du processus de rehaussement FIQ qui est présentement en cours. Projet SRMO terminé depuis le 31 janvier 2015. Poursuite de la conso-lidation des travaux fait s dans le cadre du projet et de la fusion d'avril 2014. À venir : Poursuivre le développement de l'utilisation du module PIGE. Application de l'annexe 2 FIQ. Révision et application de la politique de refus. Terminer l'exploitation des nouveautés du logiciel version 4.3.
5. Favoriser l'entrée en fonction rapide lors de mutation volontaire			Pour l'ensemble des syndicats en date du 14 novembre 2014 : 23 postes dont l'entrée en fonction n'est pas complétés. De ce nombre, 65% sont reliés à des absences pour divers motifs (maladie, maternité absence pour enseignement), 4% sont des gens en assignation temporaire et 31 % des personnes nominées sont aptes à l'essai de postes mais non affectées car expertise requise sur leur unité actuelle ou affectation prévue dans les prochaines semaines. Ceux-ci appartiennent à l'accréditation syndi-cale FIQ. 2015-02-12 Plusieurs employés ont pu dans les derniers mois être affectés à leur poste. D'autres mouvements sont à prévoir dans le cadre du rehaus-sement.

OPTIMISATION			
6. Maintenir le pourcentage de temps supplémentaire à la direction des soins infirmiers		a) 3.49 b) 5.86	a) CSSS P1 : 2.72 % P2 : 2.57 % P3 : 2.10 % P4 : 2.35 % P5 : 2.39 % P6 : 2.21 % P7 : 2.13 % P8 : 2.03 % P9 : 2.21 % P10 : 2.29 % P11 : 2.23 % P12 : 2.22 % P13 : 2.25 % **Moy. :2.28 %** b) Personnel infirmier P1 : 4.14 % P2 : 3.87 % P3 : 3.26 % P4 : 3.47 % P5 : 3.45 % P6 : 3.08 % P7 : 3.16 % P8 : 3.46 % P9 : 3.58 % P10 : 3.65 % P11 : 3.37 % P12 : 3.32 % P13 : 3.56 % **Moy. :3.49 %**
7. Optimisation de la psychiatrie soins aigus : Poursuivre la réorganisation de travail amorcée en 2013-2014 par la révision des processus d'admission, de prise en charge de l'usager et de planification de congé dans une optique de continuum de services.		Projet réalisé	Le chef de service intérimaire étant actuellement en absence, le projet se poursuit mais les travaux actuels se concentrent sur le processus d'admission. Des travaux ont également été faits concernant la méthode sécuritaire pour installer des contentions lors de code de violence à l'urgence et en psychiatrie. 2015-01-30 : Une formation portant sur l'utilisation adéquate des contentions sur civière lors d'un code de violence a été donnée à l'ensemble du personnel des Soins critiques (39 personnes), de l'unité de Psychiatrie (18 personnes) et de la coordination (6 personnes). De plus, en partenariat avec la commission scolaire, nous avons formé 19 étudiants PAB.

8. Médecine de jour : Évaluer notre offre de service et bonifier au besoin.		Projet réalisé	Nous avons introduit de nouveaux traitements tels l'administration du Pamidronate. Également, nous avons amélioré la fluidité des usagers lors des semaines où il se fait plusieurs angio-graphies. 2015-01-30 Nous sommes à évaluer la possibilité d'avoir un local supplémen-taire pour nos usagers sur civière car l'emplacement actuel est restreint lors de certaines journées plus achalandées. 2015-03-31 Nous terminons notre première année complète de fonction-nement. Le nombre de visites est de 1792 pour 976 usagers inscrits en médecine de jour. Par rapport aux 7 dernières périodes de l'année 2013-2014, le nombre moyen d'usagers par jour est passé de 5.4 à 6.9.
9. Bloc opératoire : optimisation du service par l'ajout de catégories d'emplois telles que les infirmières auxiliaires		Projet réalisé	Attendons la visite du ministère pour évaluer la gestion des listes opératoires et par la suite nous évaluerons la possibilité d'introduire ce titre d'emploi. 2015-01-30 Nous avons eu une première rencontre avec les gens du ministère. Un plan d'action est à élaborer et devra prendre en consi-dération divers aspects soit la gestion des listes opératoires en relation avec les ressources disponibles (matérielles), achat de matériel opératoire ainsi que l'utilisation judicieuse de la stérilisation Flash. 2015-03-31 Le plan d'action a été élaboré et mis en action.
10. Poursuivre l'optimisation du fonctionnement de la clinique préopératoire par l'introduction de nouvelle clientèle		Projet réalisé	Introduction de clients de gynécologie en après-midi après rencontre avec les gynécologues pour valider leurs besoins. 2015-01-30 Suite à la rencontre ministérielle, notre offre de service à la clinique préopératoire sera revue et un plan d'action sera élaboré. 2015-03-31 Des rencontres ont eu lieu pour revoir et bonifier le fonction-nement à la clinique préopératoire. Objectif de réalisation: septembre 2015.
11. Pédopsychiatrie : Établir une collaboration avec nos partenaires des services externes de psychiatrie, le personnel clinique, les médecins spécialistes pour assurer un continuum de service adéquat pour une meilleure prise en charge de la clientèle pédiatrique et de leur famille immédiate aux prises avec des troubles d'ordre psychologiques. Créer un environnement sécuritaire pour la clientèle de moins de 16 ans présentant des troubles psychologiques hospitalisée à l'unité Mère-enfant.		Projet réalisé Chambre sécuritaire disponible	Un processus Lean portant sur la clientèle de moins de 16 ans présentant des troubles psychologiques est en cours d'élaboration à ce sujet et devrait débuter en janvier 2015 réunissant les acteurs clés dans ce domaine. Une chambre sécuritaire est présen-tement en cours d'élaboration sur l'unité mère-enfant. Sa réalisation devrait être compléter d'ici printemps 2015. De plus, le 13 février, nous avons eu une première rencontre Lean pour portant sur le continuum de soins en santé psychologique chez la clientèle jeune. Plusieurs pistes de solutions sont présentement en chantiers.

12. Révision de nos processus en gestion de lits et intégrer des outils tels que MED-GPS pour avoir des données en temps réel accessibles à tous sur les unités. Assurer un suivi des durées de séjour pour faire une évaluation des écarts et proposer des alternatives à l'hospitalisation s'il y a lieu.		Projet réalisé	Révision des processus à débuter en janvier 2015. En développement avec le service informatique pour utilisation d'une tablette électronique. Poursuivre les travaux d'exploitation des logiciels. Comité de gestion de lits: Processus en révision. Rencontre hebdomadaire pour assurer un suivi serré des écarts et agir promptement. 2015-02-12 Travaux débutés concernant la faisabilité de l'utilisation du logiciel Med GPS. Outils intéressant mais non optimal pour la gestion de lits (mise à jour à chaque heure et non en temps réel). Travaux amorcé pour l'utilisation de MédiPatient. Essai prochainement d'une tablette pour la gestion de lits de jour. Si le projet est concluant, nous impliquerons les agentes administratives pour le suivi des admis-sions/ départs.
13 Faire une fusion administrative de l'unité de Médecine de jour avec l'unité de Médecine.		Projet réalisé	Projet réalisé en octobre 2014, affichage de poste fait. Affectation de la titulaire du poste à venir dans les prochaines semaines. 2015-01-30 Processus d'orientation de personnes ciblées à l'unité de Médecine débuté pour permettre la mobilité du personnel en cas de besoin.
14. Consolider les optimisations réalisées en 2013-2014 sur les différentes unités pour maintenir ou améliorer notre fonctionnement.			La consolidation des processus et la révision des tâches se poursuivent sur les unités ayant subi un exercice d'optimisation. Les unités n'ayant pas eu un tel exercice sont également en processus d'évaluation de leur façon de faire dans une optique d'amélioration et d'optimisation de la dispensation des soins.
15. Revoir les tâches du conseiller en prévention des infections en regard du départ anticipé de Denis Mercier en y intégrant la coordination des soins infirmiers de fin de semaine.		Projet réalisé	Description de tâches revue et mise à jour selon l'introduction de tâches reliées à la coordination. 2015-01-30 Affichage de deux postes 7/14 SNS Coordination-PCI, sélection des candidats à faire. 2015-03-01 À compter du 9 mars 2015, début du nouveau fonctionnement en PCI.
16. Redéfinir le champ d'expertise des infirmières auxiliaires en regard de la loi 90 compte tenu de leur intégration dans plusieurs secteurs d'activités du CSSS depuis 2 ans.		Projet réalisé	Suite à la réorganisation des soins critiques et à l'introduction d'infirmières auxiliaires dans cette unité, nous avons à titre de projet pilote, accordé des tâches supplémentaires aux personnes qui y travaillent tout en respectant leurs champs de compétence. L'ensemble du champ d'exercice des infirmières auxiliaires sera revu en début d'année 2015 et ce, avec les membres du CECII. 2015-01-15 Inscrit dans le plan d'action du CII 2014-2015.

17. Unité de soins intensifs et urgence : Terminer le processus de fusion de ces deux unités en une unité de soins critiques. Revoir la réorganisation de travail qui en découle en révisant les descriptions de tâches et en y impliquant toutes les parties prenantes.		Projet Lean réalisé Réalisation des activités prévues au plan d'action	Le processus de révision de travail est complété. Les descriptions de tâches de chaque titre d'emploi touché par cette réorganisation ont été modifiées. Les horaires et les tâches modifiés ont été mis en vigueur le 7 septembre 2014.

B-AGRÉMENT

1. Consolidation du programme de prévention des chutes tel que requis par Agrément Canada. (normes service obstétrique, chirurgie, médecine, soins ambulatoires.)	A	Audits effectués sur les différentes unités de soins et à l'urgence Conformité obtenue	Audit fait auprès de deux unités en octobre 2014. Des rappels ont été faits auprès des équipes et des chefs concernés. Pour la maternité : pas de patients ayant les critères. Nous regardons la possibilité d'introduire un bracelet pour l'identification des personnes à risques de chutes pour mieux les visualiser RE : Les « marguerites » sont seulement dans les chambres ou au poste et ne permettent pas de visualiser rapide-ment les individus en dehors du département ou de la chambre. 2015-01-30 Les systèmes antérieurs d'identification du risque de chute seront abolis et nous utiliserons un bracelet de couleur jaune avec mention risque de chute. De l'information sera distribuée sur toutes les unités et services pour une compréhension commune de cette identification. Des audits seront faits en mars 2015 sur les unités ciblées.
2. Consolidation du programme de prévention de la thromboembolie veineuse tel que requis par Agrément Canada (normes médecine, chirurgie, soins intensifs, oncologie). Cerner les populations à risque et établir des mesures visant le recours à la thromboprophylaxie adéquate.	A	Poursuite des formations Audits effectués Conformité obtenue	Audit fait en médecine et en chirurgie en octobre 2014. Résultats communiqués aux chefs. Rappel fait au besoin. Pour la maternité : nous nous apercevons qu'elles utilisent une autre collecte de données. DVD d'un Powerpoint sur la TEV à venir. Des audits seront faits en mars 2015.
3. S'assurer que l'équipe du bloc opératoire évalue l'utilisation de la liste de contrôle et communique les résultats aux membres du personnel et aux prestataires de services (norme 6.8.4 salle d'opération)	A	Conformité obtenue Audits réalisés et résultats communiqués à l'équipe	Un audit a été fait cet automne et les résultats ont été communiqués lors d'une réunion de service. Un prochain audit aula lieu durant le mois de février.
4. S'assurer que l'équipe utilise les résultats de l'évaluation pour améliorer la mise en œuvre et une plus grande utilisation de la liste de contrôle.	A	Conformité obtenue	Une surveillance est faite régulièrement. Lorsque l'assistante infirmière-chef remplace dans les salles opératoires, cette dernière, si le temps le permet, consulte la feuille de Time Out afin de vérifier l'utilisation et l'amélioration suite à l'audit.

5. S'assurer que le recours à la stérilisation rapide n'a jamais lieu pour les ensembles complets d'instruments ou les appareils implantables. (norme 12.8 salle d'opération + norme 1.3 en stérilisation)	A	Conformité obtenue	Utilisation le moins possible de ce type de stérilisation. Achat nécessaire d'équipements (env. 350 000$) pour enrayer complètement ce type de stérilisation. Outils déployés pour comptabiliser le nombre de stérilisations rapides. En attente d'un budget pour l'achat d'instruments. Nous avons reçu 84 631 $ de l'Agence pour nous permettre d'acheter plus d'instruments pour éviter la stérilisation rapide. Des démarches sont en cours pour que les programmes opératoires soient faits à 80 % une semaine à l'avance et que ceux-ci respectent les instruments disponibles pour les chirurgies planifiées.
6. S'assurer que le service de retraitement des appareils médicaux est conçu de manière à empêcher la contamination croisée de l'équipement ou des appareils, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les différentes aires de travail.	A	Conformité obtenue	La rénovation de l'endoscopie est complétée et a résolu cette problématique. Une attention particulière est faite par rapport à nos processus de stérilisation et manutention. La nouvelle salle d'endoscopie digestive devrait être en fonction d'ici la fin février. Le tout devrait être conforme par la suite.
7. S'assurer que l'équipe de médecine ainsi que celle des soins intensifs et des services ambulatoires élaborent et mettent en œuvre des processus de vérification pour les activités représentant des risques élevés (norme 15.5 de médecine, 16.6 des soins intensifs et 17.5 des soins ambulatoires)	A	Conformité obtenue Audits réalisés	Sur la feuille de triage l'évaluation du risque pour les aînés est instaurée et complétée pour tous les usagers de 75 ans et plus. Médecine : Évaluation de l'utilisation des contentions et administration sécuritaire du médicament. Un audit pour chacune de ces activités à risque a été complété en novembre 2014 et les résultats divulgués.
8. S'assurer de la traçabilité des articles stérilisés et du respect des normes	A	Conformité obtenue	Processus amorcé, logiciel à venir.
9. S'assurer que sur les unités de soins on évalue le risque pour chaque usager de développer une plaie de pression et qu'on mette en œuvre des interventions pour prévenir le développement d'une plaie de pression.		Conformité obtenue	La présentation Powerpoint est prête. Il reste à terminer l'outil clinique qui sera inséré au dossier.
10. Collaborer à la mise en place du Bilan comparatif des médicaments dans au moins un secteur de l'organisation d'ici la prochaine visite Agrément et plan de déploiement pour les autres secteurs.	A	Conformité obtenue	Processus amorcé. Déploiement pour la courte durée prévue début année 2015 car disponibilité sera accrue au niveau du personnel en pharmacie. Participation de la DSI dans l'implantation du BCM.

C- SUIVI DES ENTENTES DE GESTION

Indicateur		Cible	Commentaires
APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER			
AS-1.3.9 Implanter les composantes de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier tant à l'urgence que dans les unités de soins qui admettent les personnes âgées.	P	Avoir implanté au moins 4 des 6 composantes de l'approche adaptée pour l'ensemble des unités, incluant l'urgence.	Un plan d'action est élaboré et une présentation de celui-ci sera faite au comité de direction et au CA d'ici la mi-décembre. Le premier département ciblé est celui de la médecine et une sensibilisation des employés sera faite d'ici la fin de l'année 2014. 2015-02-12 Depuis le 15 janvier 2015 4 capsules de 10 minutes ont été présen-tées lors de stand-up meeting à l'équipe du département de Médecine portant sur les thèmes de l'AAPA. De la documentation est également disponible pour les employés ne pouvant assister à ces présentations. Le chef de service est également très impliqué dans l'implan-tation de cette nouvelle vision et l'intégration de ces nouvelles pratiques se fait au quotidien par les membres de l'équipe. Le département des soins criti-ques débutera sa formation en mars 2015.
URGENCE			
AS-1.9.8 Assurer la gestion opérationnelle quotidienne de la salle d'urgence.	P	Pas de séjour sur civière de plus de 24 heures et réduction de la durée moyenne de séjour à 12 heures.	Gestion de lits efficace privilégiant les usagers en attente à l'urgence tout en maintenant notre offre de service en chirurgie. Nous utilisons nos lits de débordement pour éviter tout séjour indu des usagers sur nos civières à l'urgence. Participation active au projet Lean «Planification des congés» ainsi qu'admission le jour même. De plus, en collaboration avec la direction DSAPA, nous sommes en restructuration de notre comité de gestion de lits pour assurer que l'usager soit pris en charge par la bonne ressource et bénéficie de soins adéquats.
SOINS PALLIATIFS			
AS-1.9.14 Comptabiliser périodiquement le nombre de patients en soins palliatifs de fin de vie admis dans un lit de soins palliatifs dédié ou non dédié		Remplir à la P-13 le formulaire 514 disponible dans GESTRED	Des moyens pour assurer une meilleure collecte de données sont en cours d'implantation à la direction des soins infirmiers et aux archives. Comp-tabilisation par les archives, périodes 1 à 4 : 10 usagers.

SANTÉ PHYSIQUE ET URGENCE			
3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière : a) Indicateur 1.09.01-PS **Séjour moyen sur civière** b) Indicateur 1.09.03-PS **Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière** c) Indicateur 1.09.31-PS **Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière**	P	a) 11 b) 0 c) 0	DMS globale ≥ 48 h (Données ministérielles) P1 : 9,9 1,6 P2 : 10,4 1,1 P3 : 8,9 0,2 P4 : 10,6 1,5 P5 : 9,8 0,9 P6 : 9,2 0,5 P7 : 9,9 0,9 P8 : 9,6 0,2 P9 : 10.9 1.9 P10 : 8.6 0.0 P11 : 9.8 1.2 P12 : 8.7 0.5 P13 : 8.1 0.0 **Moy : 9.6 0.8** + de 24 hres vs nombre usagers P1 27/504 P2 22/463 P3 10/427 P4 21/479 P5 18/459 P6 10/417 P7 17/441 P8 13/423 P9 26/427 P10 4/442 P11 13/407 P12 9/405 P13 5/344
DÉSENCOMBREMENT DES URGENCES			
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée.	P	3	P1 : 0 P2 : 0,14 P3 : 0,21 P4 : 0,04 P5 : 0 P6 : 0,18 P7 : 1,14 P8 : 1,43 P9 : 2,54 P10 : 1,46 P11 : 1,14 P12 : 1,14 P13 : 1,55 **Moy : 0,84**

4.01.05-EG2	Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	P	3	P1 : 13.4 P2 : 14.0 P3 : 13.9 P4 : 9.9 P5 : 5.5 P6 : 7.8 P7 : 8.4 P8 : 10.2 P9 : 9.2 P10 : 10.2 P11 : 11.2 P12 : 7.14 P13 : 6.68 **Moy : 9.8**
4.01.06-EG2	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale.	P	3	P1 : 2 P2 : 2,89 P3 : 3 P4 : 2,79 P5 : 1,79 P6 : 1,14 P7 : 0,57 P8 : 1,14 P9 : 0 P10 : 0,11 P11 : 0 P12 : 0 P13 : 0 **Moy : 1,19**

D-GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

S'assurer d'une diminution du nombre de chutes chez les usagers	G	Diminution du nombre de déclarations pour chutes chez les usagers	Pour la période 1 à 6 de 2014-2015, nous avons reçu 215 déclarations comparativement à 197 pour la même période l'année dernière. Il s'agit donc d'une hausse de 0.7%. Le taux d'évènements globaux survenus en fonction des jours-présence n'a pas changé de façon significative passant de 2% à 2.1%. Aucun de ces accidents déclarés n'est à l'origine d'une conséquence temporaire chez la personne touchée, ni de soins et traitements spécialisés supplémentaires ayant occasionné une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation.

S'assurer d'une utilisation adéquate des contentions chez les usagers	G	Mettre en place un registre des contentions fournissant des données complètes et fiables Offrir une formation sur les contentions et mesures alternatives	À élaborer. Des formations sont en cours avec la psychiatrie pour l'installation des conten-tions. Des méthodes alterna-tives seront également enseignées pour éviter l'utilisation des contentions. L'ur-gence est à prévoir. Pour les autres unités, un cahier est en préparation par des étudiantes du baccalauréat de l'UQAT. 2015-01-30 Formations complétées pour l'ensemble du personnel de l'unité de Psychiatrie, des Soins critiques et de l'équipe de coordination. Un fascicule portant sur les mesures alternatives aux contentions a été élaboré et une présentation sera faite aux équipes sous peu. Des audits sur l'utilisation des contentions ont été faits à l'unité de médecine en novembre 2014.

SUIVI DE L'EXERCICE DE CONCERTATION DES PRIORITÉS ENTRE LES DIRECTIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
DEMANDES ADRESSÉES À LA DSI			
En lien avec objectif de diminution des coûts d'orientation: Partenariat; collaboration à l'implantation de mesures adéquates pour diminuer les coûts d'orientation dans les services. (demande provenant de la DRH)			Suivi étroit est fait lors des besoins d'orientation.
En lien avec objectif de partenariat pour accueil de stagiaires pour tous les TE : Être ouvert et disponible à accueillir minimalement 1 stagiaire dans l'année 2014-2015 par service. (demande provenant de la DRH)			Tableau de capacité d'accueil refait en octobre 2014 en incluant de nouveaux milieux tels la médecine de jour et en revalidant le nombre de stagiaires par titre d'emploi et quart de travail pouvant être présent en même temps sur une unité.
Être les gardiennes du virage : pas de relocalisation à partir du CH pour clients âgés. Ouvrir la porte à l'équipe du SAD qui possède l'expertise de ce type de situation. (demande provenant de la DSAPA)			Le comité de gestion de lits se réuni maintenant une fois semaine. Nous sommes à restructurer le fonctionnement de ce comité et le rôle de chacun des intervenants. Ceci est fait afin d'assurer à l'usager un retour à domicile ou une relocalisation sécuritaire et conforme à ses besoins. 2015-01-30 Le comité se réunit en présentiel une fois aux deux semaines. Par contre, des communications régulières entre les rencontres entre les différents intervenants sont faites dès qu'une problématique survient. Le personnel demeure proactif en tout temps.
Protocole d'entente CSH : Collaboration et support de la DSI concernant les règles de soins surtout à ce qui touche la loi 90 dans les écoles. (en lien avec notre objectif de bonifier le cadre de référence Loi 90)			Partage de documents concernant nos processus cliniques avec les maisons d'enseignement.
OFFRES DE LA DSI			
En lien avec objectif organisationnel #2 : Offre de service pour la mise en place et remise en fonction du «comité» interne d'utilisation de produits cliniques. (offre à la DRF)			Comité interne de l'utilisation des produits actifs. Certains produits ont été modifiés tout en étant sécuritaire et économique. Trois réunions faites pour le comité des produits. Essai de produits en cours actuellement. 2015-01-15 Essai de cathéter intraveineux périphériques (de type catlon) qui ont été acceptés autant dans notre CSSS que régionalement. Le coût est moindre que notre matériel précédent et la gestion des risques en est grandement améliorée.

Direction des services professionnels et hospitaliers

Voici succinctement les principaux faits et réalisations ayant marqué la dernière année. En octobre 2014, nous avons reçu la visite de l'Institut National d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) dans le cadre du continuum de soins en traumatologie. Nous sommes très fiers de la performance clinique de notre centre secondaire, pour plusieurs indicateurs, nous sommes les premiers au Québec.

Récemment nous avons signé deux ententes avec le CHUM dont celle concernant le transfert des grands brûlés avec le pavillon Hôtel-Dieu et une autre avec l'Hôpital Notre-Dame pour les cas complexes de chirurgies thoraciques oncologiques. Notre établissement est un centre affilié à ce niveau.

Quant au projet LEAN, nous avons adopté une politique de planification des congés afin de faciliter la gestion des lits suite au projet d'admission le jour même de la chirurgie.

Malgré une première ligne forte avec 85 % de la population ayant accès à un médecin de famille, l'équipe a créé un partenariat avec les infirmières en vaccination du CLSC pour l'ABCdaire (examen périodique des enfants de 0 à 5 ans) afin d'optimiser le travail des omnipraticiens. Également, nous avons débuté la révision du partage des activités cliniques entre les médecins de famille et les médecins spécialistes (internistes, chirurgiens et orthopédistes) pour le suivi et la prise en charge des malades admis. Ceci dans le but de diminuer une équipe de tournée (4 à 3). Un projet pilote débutera dès l'été 2015.

Au niveau de la pharmacie, nous avons implanté le cabinet décentralisé de distribution des médicaments à l'urgence et aux soins intensifs. Il reste maintenant à implanter le BCM (bilan comparatif des médicaments) pour la clientèle admise. Nous avons également signé une entente avec Clair-Foyer pour les services pharmaceutiques de leurs patients admis.

Par ailleurs, nous avons été très heureux d'accueillir durant l'année trois pharmaciens soit le retour de Patrick Grenier et d'Élise Massé et enfin Stéphanie St-Pierre-Vigneault, nouvellement diplômée (maîtrise en pharmacie thérapeutique avancée).

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est fier d'avoir pu recruter cinq nouveaux membres à l'été 2015 dont quatre médecins de famille, Docteure Rupinder Johal, Docteure Claudia Larochelle, Docteure Caroline Lessard et Docteure Geneviève Rousseau et un anesthésiologiste, Docteur Sébastien Michaud.

Vous êtes invités à consulter le document «Programme d'appréciation de la qualité des services professionnels et hospitaliers» ci-joint pour plus d'information sur nos divers services.

Le défi de la prochaine année sera la gestion du changement et le support aux équipes dans la mise en place du nouveau CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Je profite de l'occasion pour remercier l'équipe de professionnels de la santé sous notre direction pour la qualité des soins et des services prodigués à la population.

Lyse Landry, md
Directrice des services professionnels
et hospitaliers

Direction des services professionnels et hospitaliers

TABLEAU DE BORD

Date : 31 mars 2015

Légende :
- Bleu- Optimal- Il y a une amélioration continue, nous dépasserons les attentes
- Vert : Bon rendement – Nous atteindrons les résultats visés
- Jaune : Avertissement – il y a lieu de suivre de près
- Rouge : Problème – un important travail est requis

A= Agrément, P= Plan stratégique 2009-2014, S=Prestation sécuritaire

A- SUIVI DES OBJECTIFS ANNUELS, CIBLES ET RECOMMANDATIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
DSPH Générale			
1. Mise en application du plan d'action pour le développement d'un consortium régional en douleur chronique en Abitibi-Témiscamingue en collaboration avec l'Agence régionale de la santé et des services sociaux.		Atteinte des échéanciers	- Poursuite des démarches en cours. - Situation toujours aussi précaire vu **le sous-financement actuel** et le manque de ressources locales (absence de psychologue, pénurie en physiothérapie, congé maternité infirmière, etc.).
2. Poursuivre les démarches d'optimisation de l'accès au bloc opératoire et aux cliniques externes, en collaboration avec les équipes médicales.		Dépôt d'un projet au MSSS pour accompagnement dans la démarche	**Au niveau du bloc opératoire :** - Dépôt d'un projet de mandat LEAN au MSSS à la fin octobre. - Discussion avec M. Philippe Lachance la semaine du 1er décembre. - Rencontre sera effectuée en janvier prochain avec l'équipe du MSSS par visioconférence. - Activités d'amélioration en cours. **Au niveau de la clinique externe :** - Plan d'action et nouvelles observations en cours également. Beaucoup d'améliorations potentielles à venir au cours des prochains mois.
3. Implanter un nouvel outil de gestion des horaires des médecins du CSSSEA, PETAL MD afin de supporter l'équipe médicale et le personnel clérical.		Déploiement terminé en décembre 2014	- Implantation partielle terminée. - Formation des médecins de famille à l'utilisation complète de l'outil pour y saisir leur horaire à compléter. - Formation de d'autres secrétaires à son utilisation à compléter. - À suivre.
4. Poursuivre les démarches auprès du MSSS pour faire reconnaître nos besoins de ressources en médecine familiale.		Pouvoir recruter un maximum de médecins de famille, nombre supérieur au PREM accordé	- Démarches poursuivies. - Reconnaissance partielle obtenue et arrivée de nouveaux médecins prévue sous peu.

5. Poursuivre notre accueil de stagiaires dans les disciplines professionnelles et médicales.		Nombre de stagiaires accueillis annuellement supérieur à 10	**Physiothérapie** (1 stagiaire). **Pharmacie** (5 ATP). **UMF** (13 résidents). **Médecine familiale** (31 stagiaires pour 46 périodes = 1 mois/période). **Médecine interne** (7 stagiaires pour 7 périodes = 1 mois/période). **Orthopédie** (1 stagiaire pour une période de 1 mois). **Gynécologie-obstétrique** (1 stagiaire pour une période de 1 mois). **Service d'aides techniques** (2 stagiaires été 2014). **Kinésiologie** (une stagiaire ayant annulé à la dernière minute). **Nutrition et services alimentaires** 7 stagiaires en gestion des services alimentaires et nutrition clinique. **Inhalothérapie** : stagiaire au bloc opératoire pour 7 semaines.
6. Offrir de l'aménagement d'heures de travail lorsque possible.		Nombre d'employés ayant bénéficié d'aménagement ponctuel ou régulier d'heures de travail	- Accueil/ archives : 2 employées en télétravail. - Physio : aménagement ponctuel pour ressources en retour de maladie et lorsque des besoins en lien avec la famille. - Service d'aides techniques : aménagement d'horaire au besoin. - Inhalothérapie : aménagement d'horaire au besoin lorsque cela est possible. - Radiologie : 2 employées en télétravail. - Laboratoire : aménagement d'horaire au besoin lorsque cela est possible. - Clinique douleur : aménagement d'horaire au besoin lorsque cela est possible. - PRCR : aménagement d'horaire en continu.
7. Poursuivre les efforts de reconnaissances auprès du personnel.		Formation des cadres à la reconnaissance et application de reconnaissances	- Isabelle Benoit / Valérie Drouin / Brigitte Gervais ont assisté à la formation.
8. Poursuivre les démarches d'optimisation des ressources financières et matérielles afin de diminuer les coûts en fournitures spécifiques, en collaboration avec les équipes médicales et professionnelles.	P	Économies réalisées	- Les rencontres se poursuivent de ce côté. - Plusieurs économies réalisées en imagerie médicale entre autres ainsi qu'aux services alimentaires. - Économie de 75 000$ au niveau de l'achat des «pace maker».
9. Assurer une préparation adéquate des équipes professionnelles à la prochaine visite d'agrément prévue en avril 2015.		Atteinte des normes de l'Agrément	- Démarche en cours dans chaque secteur et révision des politiques et procédures pour chaque département. - BCM en développement.
10. Collaborer à une évaluation prospective des risques liés au nouveau cabinet décentralisé de distribution des médicaments qui sera installé en novembre 2014 à l'urgence.	G	Analyse réalisée et solutions mises en application	Analyse effectuée le 15 octobre 2014 sur la mise en place d'un cabinet décentralisé de distribution des médicaments à l'urgence.
ACCUEIL/ARCHIVES/TÉLÉPHONIE			
11. Effectuer une sensibilisation du personnel et des audits réguliers afin de diminuer les erreurs de saisie au système en lien avec la responsabilité de paiement des usagers.		Amélioration visée de 50% des erreurs de saisie	Atteinte. Validation feuilles CSST urgence, clinique externe. Nette amélioration au niveau de la saisie à la base.
12. Effectuer une sensibilisation du personnel et des audits réguliers afin de diminuer les erreurs de saisie au système en lien avec les données démographiques des patients pour éviter des rejets d'appariement avec le DSQ.		Obtenir un % d'appariement supérieur à 95%	100% de l'appariement complété! Seulement 1% des dossiers en erreur! Donc cible dépassée!

13. Poursuivre la collaboration à l'implantation du logiciel de gestion des formulaires SiGestForm.		# de secteurs avec implantation complétée en 2014-2015	Implantation terminée dans plusieurs secteurs et certains médecins commencent même à utiliser la version de formulaire dynamique à l'écran! Reste seulement les cliniques externes, le CHH et le CLSC à venir. Un comité « feuille » a été formé avec le service d'approvisionnement pour identifier les minimums/maximums pour certaines feuilles que nous pouvons imprimer vierges mais directement du service d'approvisionnement. Ce service doit être au fait des feuilles à conserver versus à modifier ou insérer dans SiGestForm.
14. En collaboration avec les ressources humaines, définir une stratégie de remplacement des périodes de vacances permettant de diminuer les heures d'orientation requises et de maintenir une plus grande stabilité autant à la téléphonie qu'aux différents postes d'accueil.		Stratégie en place et # heures d'orientation	Beaucoup de retraits préventifs pour grossesse actuellement. Il a été prévu de ne plus faire l'embauche d'étudiants pour la période estivale uniquement. Seuls ceux ayant des disponibilités à l'année seront priorisés (étudiants ou non pour être sur notre liste de rappel). Les résultats devraient être visibles éventuellement. ATTENTION! Affichage des vacances n'a pas encore tenu compte du choix des temps complets avant de donner des choix de vacances aux temps partiels et étudiants remplaçants ce qui risque d'occasionner à nouveau des problématiques importantes d'orientation.
15. Poursuivre les audits internes sur la qualité du classement des feuilles au dossier par les archives.	A	Obtenir un taux de conformité supérieur à 80%	Les audits se poursuivent. On note toutes les erreurs rapportées. Plus de déclarations depuis la tournée de sensibilisation à la gestion des risques. Des vérifications sont effectuées toutes les semaines. Présentement, notre taux de conformité est supérieur à 80%. Les erreurs sont surtout au niveau de l'ordonnancement des feuilles au dossier. Des démarches de sensibilisation ont été poursuivies auprès du personnel et certaines actions ont dû être prises auprès d'employés chez qui les erreurs sont plus fréquentes.
16. Effectuer la validation des dossiers en vue de l'appariement DSQ / RAMQ.		Appariement complété en entier d'ici la fin de l'année	Appariement complété à 100%.
17. Débuter l'épuration des dossiers des personnes décédées.		# de dossiers épurés	Les dossiers du #0 au # 70 000 sont désormais épurés, ce qui permet un gain d'espace important. Nous avons plus de 215 000 dossiers. Donc le travail se poursuit.
18. Collaborer à la révision de la politique et procédure reliée aux décès des usagers.	A G	Politique et procédure révisée et adoptée	La politique a été révisée. Reste à la faire approuver et à la distribuer.
IMAGERIE MÉDICALE			
19. Assurer la conformité aux normes d'agrément et de radioprotection afin d'améliorer la pratique d'utilisation des appareils de fluoroscopie au bloc opératoire.	A	Création d'un comité à l'automne et création de procédures d'utilisation pour hiver 2015	Première réunion du comité le 4 septembre 2014. Plan d'action établi et réalisé à 44.7%. Équipe rencontrée. Procédurier en production. Formation Valérie et Karine commencée. Début de formation des technologues le 9 mars 2015. Arrivée du nouvel appareil et début d'utilisation semaine du 31 mars.
20. Compléter les démarches d'Agrément de la mammographie et procéder à l'acquisition d'un nouvel appareil de mammographie aussitôt que le groupe d'achats aura terminé son analyse.		Démarche Agrément complétée et appareil en commande	Agrément complété avec succès. Sortie des résultats des compagnies retenues (GACEQ). Comme le changement d'appareil implique une reprise du processus du PAM… l'acquisition du nouvel appareil est repoussée au maximum.
21. Former un nouveau technologue en échographie et en doppler d'ici la fin de l'année.		Technologues formés	Technologue formé et actif en échographie. Aucun technologue ciblé pour formation doppler.

INHALOTHÉRAPIE			
22. Finaliser l'optimisation du rangement et du système de commande avec l'aide du service d'approvisionnement.		Optimisation complétée.	Toujours en attente du service d'approvisionnement
23. Créer un protocole avec une ordonnance collective pour les tests d'allergies en lien avec l'asthme allergique et le faire approuver par le CMDP.		Protocole et ordonnance collective en place.	Ordonnance collective pour les tests allergie transmis pour approbation. Devrait être approuvée le 11 mai prochain.
24. Poursuite du suivi serré des patients ayant un diagnostic de MPOC sévère en offrant un suivi à domicile lors de fréquentes visites à l'hôpital.		Nombre de patients pris en charge en inhalothérapie	Étude des patients «MPOC» ou asthmatique débutée. Nouvelle cohorte d'une quinzaine de patients débutée fin novembre. Parmi ceux-ci, 3 étaient déjà suivi de près, 6 patients ont reçu un service de plus et 3 sont décédés depuis.
LABORATOIRE			
25. Poursuivre le plan d'action en lien avec les normes d'Agrément pour lesquelles un suivi est requis d'ici la prochaine visite.	A	Rencontre régulière de l'équipe qualité et avancements des travaux	Rencontres régulières en cours. Suivi avance à grand pas.
26. Collaborer au projet régional Optilab.		Avancement des travaux	Plusieurs rencontres en cours. Nous participons et collaborons au maximum de nos capacités.
27. Compléter l'implantation du logiciel de gestion documentaire Omnitech.		Implantation complétée	Implantation toujours en cours. Les travaux du DSQ et de l'appariement des dossiers nous ont fait prendre du retard. Une formation est à compléter pour le démarrage officiel avec les équipes.
NUTRITION CLINIQUE			
28. Mise à jour des descriptions de poste de nutrition clinique ainsi que mise en place d'un outil de probation et d'évaluation.		Documents complétés	Descriptions de poste nutrition clinique : fait. Questionnaire d'évaluation en nutrition finalisé
29. Évaluation annuelle de toutes les nutritionnistes.		Évaluations complétées	Évaluation des nutritionnistes complétées et transmises aux ressources humaines.
30. Remaniement des postes en fonction des besoins multiples qui évoluent d'année en année et des ressources disponibles, et ce, afin de favoriser la qualité de vie au travail des nutritionnistes et répondre aux besoins prioritaires des patients.		Remaniement complété	Remaniement des postes des nutritionnistes est complété et officialisé avec les ressources humaines.
SERVICE D'AIDES TECHNIQUES			
31. Maintenir une belle santé financière avec un surplus intéressant à la fin de l'année.		Surplus de plus de 200 000$.	Cumulatif = 121 354,45$ Surplus anticipé un peu moindre vu certaines dépenses en remplacement/réparation d'équipements et ouverture d'une nouvelle clinique à Rouyn.
32. Valider la possibilité d'ouvrir un comptoir de service à Rouyn.		Validation complétée	Évaluation faite et effective depuis octobre 2014
33. Évaluer la possibilité d'augmenter le nombre de jours de service à Val d'Or en fonction de la demande		Évaluation complétée	Essais faits à 2 jours par semaine mais pas assez rentable pour le moment. Donc retour à une journée semaine.
PHARMACIE			
34. Implanter SARDM phase 3 avec le cabinet décentralisé de distribution des médicaments à l'urgence.		Implantation complète d'ici décembre 2014	Cabinet en fonction.
35. Implanter le BCM pour les clientèles admises à partir de l'urgence et analyser les autres BCM ayant lieu dans l'organisation pour améliorer le tout au besoin.	A	BCM urgence en place	Préparation en cours. Prévoyons débuter avec les patients admis pour une chirurgie élective en avril 2015. La pénurie temporaire d'ATP pourrait retarder le déploiement.
36. Suivi du projet régional de réorganisation du travail en lien avec l'oncologie (projet SRMO).		Avancement du projet et reddition de compte effectuée	Projet abandonné. Programme SRMO transféré au dossier du BCM.
37. Réorganisation complète du travail des assistantes techniques en pharmacie afin d'y ajouter la responsabilité des achats, du BCM et la distribution pour Clair Foyer.		Réorganisation complétée	Le dossier est maintenant complété et en fonction.

PHYSIOTHÉRAPIE			
38. Participer à la mise en place du consortium régional en douleur chronique en Abitibi-Témiscamingue en ce qui a trait aux services de physiothérapie et travailler en collaboration avec les anesthésiologistes de notre CSSS pour le traitement de cette clientèle selon nos effectifs disponibles.		Participation aux rencontres et offre de services minimale assurée en douleur chronique	Participation aux diverses rencontres. Un nouveau physiothérapeute entrera en fonction à l'été 2015 et devrait aider à augmenter les services en douleur.
39. Poursuivre l'accueil des stagiaires en physiothérapie en collaboration avec les universités concernées et fournir un encadrement de qualité à nos nouveaux employés boursiers qui en sont au début de leur pratique professionnelle.		Nombre de stagiaires accueillis avec taux de satisfaction supérieur à 80%	Selon les disponibilités du superviseur, nous en avons accueilli une stagiaire cette année. Un deuxième stage a été annulé à la dernière minute par l'Université. Taux de satisfaction supérieur à 80%. (Mary-Lee Blanchette du 2 juin 2014 au 4 juillet 2014.)
40. Mettre sur pied des dîners «conférences-échanges» afin de s'assurer de la mise à niveau des connaissances professionnelles par le transfert de connaissances des pairs et ainsi promouvoir une pratique professionnelle stimulante et plus optimale.		Nombre de dîners «conférences-échanges»	Premier dîner en cours de préparation et le thème est «Le traitement des plaies». Plusieurs autres suggestions de thème pour les autres dîners ont étés inscrites aux tableaux par les membres de l'équipe.
PRCR			
41. Mise à l'essai d'une formule d'entraînement de groupe à l'extérieur des murs du Centre Hospitalier dès l'automne afin d'évaluer si la continuité et le maintien des acquis se poursuivent davantage avec cette formule.		Essai en vigueur dès l'automne	Essai effectué et semblait très prometteur le premier mois. La clientèle préférait cette formule à celle de venir à l'hôpital 3 fois par semaine, et ce, malgré le coût qui y était rattaché. Cependant, après le premier mois, la motivation a diminué grandement… Aucun patient ne souhaite s'inscrire par la suite au Santé et Forme et de moins en moins de clients assistent au cours supervisé. Le projet a été cessé car absence prolongée de la kinésiologue.
42. Collaborer à la mise en place du programme PASSAGE pour les patients atteints de fibromyalgie.		Programme PASSAGE offert dès l'hiver 2015	Formation au programme faite le 29 et 30 novembre dernier. Le premier groupe devrait se faire à l'hiver 2015.

B- SUIVI DES ENTENTES DE GESTION

Indicateur		Cible	Commentaires
PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER			
AS-1.1.1 Proportion des femmes pour qui le délai de 12 jours ouvrables suivant la date de la mammographie est respecté pour le premier rendez-vous d'examen d'investigation.		90 %	Le taux de participation de 70.1% en est légère baisse (70.8% en 2011-2012) mais dans la zone visée. Le délai entre l'appel téléphonique pour le rendez-vous et la mammographie de dépistage est inférieur ou égal à 30 jours pour Amos et est de 74%, la norme recommandée étant de 85%. Le délai entre la mammographie et le premier rendez-vous en investigation obtenu dans un délai de 12 jours ouvrables est à 97% alors que la norme recommandée est fixée à 90%.

REGISTRE LOCAL DU CANCER			
AS-1.9.21 Exploiter les informations médico-administratives oncologiques recueillies dans les registres locaux du cancer.		Mettre en place et diffuser un tableau de bord contenant les données médico-administratives des patients atteints de cancer et en faire l'analyse	Débuté en 2013. Retour de congé du registraire. Tableau fait mais nous ne sommes pas en mesures de tirer des conclusions car manque de données longitudinales.
CENTRE SPÉCIALISÉ EN CANCER			
AS-1.9.22 Assurer le développement des services en cancérologie selon le plan directeur de la Direction québécoise de cancérologie.		• Mettre en place une gouverne locale en cancérologie en cogestion médicale et clinico-administrative • Réviser le plan local selon le plan directeur et le plan d'action 2013-2015 de la Direction québécoise de cancérologie • Collaborer à l'élaboration du plan régional en cancérologie	Collaboration en cours avec le comité régional. Un projet a été déposé et le dossier suit son cours. Le plan d'action régional est finalisé et a été accepté par le conseil d'administration de l'Agence. Le plan d'action local a également été déposé et accepté.
AS-1.9.19 Corridors de services entre des centres affiliés et les centres partenaires pour le cancer du poumon et de l'œsophage et les autres centres locaux de santé et de services sociaux de leur territoire.		Définir la trajectoire de services et compléter l'entente de services.	Lettres reçues en mars et transmises à l'Agence. Corridor de services réglés.
TÉLÉSANTÉ			
AS-1.9.23 Développer des activités de télésanté		• Inventorier les activités cliniques qui pourraient être supportées par la télésanté • Nommer un coordonnateur clinique local dont le rôle sera de développer des activités de télésanté • Collaborer avec le CSSS de Gatineau à la mise sur pied d'activités de téléoncologie	- Télésanté en soins de plaie et en services de gériatrie mis en place et fonctionne bien. - Télésanté en rhumatologie également en place et bon fonctionnement. - En projet avec Gatineau pour les consultations en radiothérapie. - Aucun coordonnateur local nommé pour le moment car manque de ressources. Nous espérons que des chargés de projets seront nommés dans le nouveau CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

IMAGERIE MÉDICALE			
1.09.34.00-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de 3 mois		90%	100% sauf pour échos cardiaques à 95,6% et IRM à 71,7%
1.09.35.00-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins		90%	100% sauf scopies à 97,7%, mammographies à 85%, échos cardiaques à 75% et IRM à 81%
1.09.36.00-EG2 Proportion des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis.		90%	100%
1.09.37.00-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins		90%	80% Échos cardiaques saisies plus tard au système par les agentes administratives mais aucun impact sur l'usager car la lecture et l'interprétation sont faites directement lors de l'examen par les médecins en place. Retards observés également en orthopédie, vu les vacances d'une radiologiste. Cependant, aucun impact sur l'usager car les orthopédistes interprètent eux-mêmes les clichés radiographiques au fur et à mesure.
ACCÈS AUX CHIRURGIES			
3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois (indicateurs 1.09.20.01-PS à 1.09.20.05-PS) A. Pour une arthroplastie totale de la hanche B. Pour une arthroplastie totale du genou C. Pour une chirurgie d'un jour D. Pour une chirurgie avec hospitalisation		A. 90% B. 90% C. 90% D. 90%	A. Cumulatif annuel = 64.9% En moyenne, temps d'attente = 21.7 semaines B. Cumulatif annuel = 66,4% En moyenne, temps d'attente = 23.2 semaines C. Cumulatif annuel = 97,2% En moyenne, temps d'attente = 6.1 semaines D. Cumulatif annuel = 95% En moyenne, temps d'attente = 7 semaines
(indicateur 1.09.33-01-PS) Assurer aux personnes atteintes de cancer les services de chirurgie à l'intérieur d'un délai de 28 jours		70%	Cumulatif annuel = 94,1% Temps d'attente moyen = 10 jours
(indicateur 1.09.33.02-PS) Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours		100%	Cumulatif annuel = 98,8%
(indicateurs 1.09.32.01-EG2 à 1.09.32.05-EG2) Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour : A. Une arthroplastie totale de la hanche B. Une arthroplastie totale du genou C. Une chirurgie d'un jour D. Une chirurgie avec hospitalisation		0	A. Période 13 = 1 B. Période 13 = 2 C. Période 13 = 11 (2,6%/428) D. Période 13 = 2 (1,8%/113)
ACCÈS À UN MÉDECIN			
2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF ou modèles équivalents) (indicateur 1.09.27-PS) Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.		70 %	85% de la population est inscrite.
ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE			
AS-1.9.11 Poursuivre le déploiement des GMF		Ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'une UMF existante ou d'un site CLSC (comportant des médecins ayant une pratique de première ligne)	Avec le nouveau cadre de références des GMF, il est plus avantageux de jumeler un seul GMF à notre UMF. Fusion toujours en cours.

CONTINUUM DE SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT SUBI OU À RISQUE DE SUBIR UN AVC			
AS-1.9.20 Organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un AVC		1. Mettre en place une équipe locale 2. Élaborer un plan d'action local d'ici le 15 septembre 2014 3. Collaborer à l'élaboration du continuum AVC et du plan d'action régional. 4. Collaborer à la tournée ministérielle prévue à la fin de 2014	Participation aux travaux en collaboration avec la DSI. Des protocoles ont été faits. Visite faite le 28 janvier 2015 par l'équipe experte. Plan d'action fait suite aux recommandations de cette visite. Par ailleurs, une demande a été faite auprès de Madame Anick Bouchard afin d'être reconnu comme étant un centre primaire autonome pour la prise en charge « hyper-aigue » de l'AVC (thrombolyse).
OPTIMISATION DES SERVICES DE BIOLOGIE MÉDICALE			
AS-2.1.3 Améliorer la productivité des laboratoires et l'usage judicieux des analyses de biologie médicale par une optimisation et régionalisation des services.		1. Entreprendre les travaux pour mettre à jour les systèmes de laboratoire (SIL) et ramener les trois grappes de base de données en une seule grappe. 2. Évaluer les coûts d'impact suite à ces changements. 3. Préparer avec Technocentre, les devis d'acquisition selon les règles prévues de la loi 133. 4. Évaluer les services qui seront mis en commun à l'intérieur de la « grappe de laboratoires »	Dans le cadre d'Optilab, le MSSS a statué sur ses orientations. Il y aura 14 grappes et un SIL pour tout le Québec. Les travaux régionaux sont toujours en cours. Analyse de l'utilisation des 14 tests de L'INESS a déjà donné certains résultats !
C- GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES			
S'assurer d'une administration de médicaments sécuritaire à l'unité de soins critiques.		Nombre de déclarations pour incidents/ accidents à l'administration des médicaments à l'unité de soins critiques	Nous n'avons pas le nombre précis d'erreurs pour cette unité car la gestionnaire responsable n'a pas encore reçu sa formation sur l'outil de saisie. Par contre, nous savons que le nombre global d'erreurs de médicaments a baissé dans l'ensemble de l'organisation.

S'assurer d'une identification des échantillons et requêtes complète et juste.		Nombre de déclarations en lien avec identification non conforme	Nous n'avons pas le nombre précis d'erreurs pour cette unité car la gestionnaire responsable n'a pas encore reçu sa formation sur l'outil de saisie. Par contre, un important travail a été effectué en collaboration avec la conseillère clinique aux soins infirmiers. Dans les derniers mois, un seul échantillon a été rejeté pour mauvaise identification.

SUIVI DE L'EXERCICE DE CONCERTATION DES PRIORITÉS ENTRE LES DIRECTIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
DEMANDES ADRESSÉES À LA DSPH			
+ Sensibiliser et intéresser la relève médicale pour les clientèles et les pratiques en CHSLD, RI, RPA et à domicile. (Demande provenant de la DSAPA)		Actes concrets effectués	Marie-Claude Lacombe a assisté à une réunion de l'exécutif du CMDP à l'automne + UMF Les médecins travaillant en CHH reçoivent déjà des résidents lors de leur formation. Il semble que ces derniers sont ravis du travail à effectuer sur place.
+. Diminuer les coûts d'orientation du personnel. (Demande provenant de la DRH)		Diminution de plus de 15%	Efforts déployés principalement à l'accueil/ archives/téléphonie.
OFFRES DE LA DSPH			
Aucune offre en suivi qui ne revient pas déjà dans le PAQ			

Direction des services de première ligne et de prévention

L'année 2014-2015 a été sous le signe du partenariat et de la consolidation. Nous avons signé trois ententes avec des partenaires qui sont au cœur de nos actions-clientèle : l'entente de complémentarité avec la Commission scolaire Harricana vient clarifier les responsabilités communes et individuelles de chacune de nos organisations. C'est une primeur en région et nous en sommes très fiers. L'entente avec La Communauté autochtone de Pikogan nous a permis de baliser le continuum de services en ce qui touche la clientèle nécessitant des soins et services en dépendance et en santé mentale. L'entente de collaboration avec le Centre Jeunesse. Dans un autre volet, celui des maladies chroniques, la refonte du «cartable» en diabète a permis un arrimage avec l'ensemble des intervenants du CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Quant à l'équipe de périnatalité, elle s'est engagée en collaboration avec les médecins omnipraticiens à mettre en place un document d'évaluation du développement des nourrissons à chaque vaccination, c'est l'ABCdaire. Comme vous pouvez le constater, la direction des services de première ligne et de prévention couvre un large éventail dans les soins et services, chacun des cadres de la direction vous informe des grands volets de l'année.

Programme santé publique et services généraux et le secteur Barraute et des Coteaux

Cette année, l'équipe de la clinique de diabète a déployé de grands efforts afin de maintenir notre offre de services. Les efforts conjugués de notre nutritionniste ont permis de rencontrer pas moins de 115 usagers pour 570 interventions et pour notre infirmière clinicienne cela représente 216 usagers pour 915 interventions. Il y a également eu sept groupes d'enseignement aux diabétiques. Nous avons aussi poursuivi les travaux afin de développer et maintenir le continuum de services avec les médecins et les infirmières de nos groupes de médecine familiale (GMF). Il faut aussi mentionner que l'équipe a complètement revu le document pour les groupes d'enseignement. Elle a aussi élaboré une formation pour le personnel du CSSS afin que tous aient des actions et un discours identiques en diabète. La formation est commencée et se poursuivra dans la prochaine année.

L'équipe du 0-5-30 a su s'investir pour offrir de la visibilité aux saines habitudes de vie. Le maintien des ateliers en autogestion des maladies chroniques assure à cette clientèle un lien d'apprentissage, d'échange et de repositionnement quant à leurs habitudes et leur responsabilité en lien avec leur vie et leur santé. Un manque d'effectif en nutrition a fait en sorte que les cours de santé cardiovasculaire et de partage des responsabilités en alimentation n'ont pu être offerts à la population. L'arrivée d'une nouvelle ressource nous a permis de reprendre les activités normales en mars.

La campagne saisonnière de vaccination influenza a comporté 5 191 interventions auprès de nos clients. Notre couverture pour la clientèle âgée et atteinte de maladies chroniques est bonne. Un comité interne pour la vaccination des employés a été formé afin d'augmenter la couverture vaccinale chez cette clientèle. Ainsi, grâce aux efforts de ce comité, 62% des employés et médecins ont été protégés contre l'influenza. Un record pour l'établissement et pour la région.
Finalement, un projet pilote sur l'ouverture des services de santé courante la fin de semaine a été entrepris à la mi-janvier. Ce projet de 3 mois vise à évaluer la possibilité et la nécessité d'offrir ce service sur un horaire de 7 jours/7. Le service semble répondre à un besoin et l'évaluation finale en début avril nous permettra de déterminer l'offre de service qui sera faite par la suite.

Programme famille-enfance-jeunesse et jeunes en difficulté

Nous avons signé l'entente de complémentarité Commission scolaire Harricana et le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de L'Abitibi.
Les travaux pour la démarche en écosystémie vont bon train, de nouveaux partenaires se sont joints à la démarche, plusieurs actions sont travaillées en sous-comité. Le 21 avril 2015 sera présenté le prochain plan d'action triennal pour avenir d'enfants.
L'entente de collaboration avec le Centre Jeunesse est signée.
Nous poursuivons le soutien pour le programme en négligence, le Point tournant.

Programmes santé mentale externe, services psychosociaux généraux adultes et dépendances

Dans les programmes santé mentale et dépendance, une entente de collaboration encadrant le continuum de services a été signée avec la communauté autochtone de Pikogan. Le déploiement de la formation première ligne en dépendance s'est poursuivi, ce qui a permis à 12 intervenantes, infirmières et travailleuses sociales, d'être mieux outillées pour repérer, détecter et intervenir auprès des personnes. Aussi, dans le but de bonifier l'offre de services en santé mentale 1re ligne, des travaux ont permis la mise sur pied d'un groupe de thérapie pour les gens souffrant de troubles anxieux. Enfin, à la suite de la parution de l'offre de service, Services psychosociaux généraux, des travaux régionaux ont eu lieu afin d'implanter le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7. Le service Info-Social débutera le 1er avril 2015.

Coordonnatrice de l'équipe d'intervention jeunesse et conseillère clinique aux programmes psychosociaux

Voici les réalisations pour l'année 2014-2015 :

- Mise en œuvre du programme de Mentorat en septembre 2014 pour favoriser le transfert d'expertise entre une nouvelle psychologue et une psychologue en retraite progressive;
- Suivis de la probation de cinq nouveaux employés dans les suivis programmes psychosociaux;
- Supervision des travaux pour la mise en place du service téléphonique 24/7 et du service de crise;
- Membre de la Table provinciale sur la concertation sur le développement des compétences pour le programme jeune en difficulté;
- Présentation à l'équipe jeune en difficulté et à l'équipe de santé mentale des dix pièges à éviter en cas de conflits;
- Enseignement et supervision à 3 intervenants, au niveau de la technique MIG (Technique pour renforcir le lien d'attachement parent-enfant). De plus, une collaboration s'est établie entre le Centre Jeunesse A-T et le CSSS les Eskers. Le Centre Jeunesse nous a demandé d'appliquer cette technique à 5 familles bénéficiant de leur service;
- Collaboration avec le Centre de Santé Pikogan, pour superviser une travailleuse sociale afin qu'elle applique les meilleures pratiques;
- Formation de 17 intervenants psychosociaux de l'approche orientée vers les solutions, de l'équipe Enfance-Famille-jeunesse et des services psychosociaux adultes, en février 2015.

Conseillère clinique en soins infirmiers par intérim

Voici les réalisations pour l'année 2014-2015 :

- Participation à l'organisation de la formation en diabétologie pour le CSSS;
- Implantation du stylo injecteur d'insuline au CHSLD (projet pilote) et suivi du processus

(formation mise à niveau en cours d'implantation);

- Élaboration du programme prévention des plaies de pression au CSSS et déploiement;
- Organisation de la formation sur l'examen de l'enfant avec l'outil « ABCdaire »;
- Implantation de l'outil « ABCdaire » dans nos services en périnatalité et mise en place d'une entente de collaboration entre les médecins et les infirmières en périnatalité;
- Collaboration, avec les chargées de projet du SAD, à la mise à jour du cadre de référence pour les activités d'exceptions confiées aux non-professionnels (loi 90), aux outils cliniques et à la formation.
- Organisation d'une visioconférence avec Dr Dubuc du CHUL en lien avec les perfusions d'analgésiques en soins palliatifs et démarches débutées pour l'implantation de l'utilisation de la perfusion continue;
- Participation aux audits de l'unité de soins de longue durée (SLD), 4e étage du CHSLD;
- Participation aux démarches de suivi de la visite du Ministère de la Santé et des Services sociaux au Centre d'hébergement de soins longues durées (CHSLD);
- Participation à la préparation de la visite de l'Agrément en avril 2015.

Lise Dicaire
Directrice des services de première ligne et de prévention

Direction des services de première ligne et de prévention

TABLEAU DE BORD

Date : 31 mars 2015

Légende :
- Bleu- Optimal- Il y a une amélioration continue, nous dépasserons les attentes
- Vert : Bon rendement – Nous atteindrons les résultats visés
- Jaune : Avertissement – il y a lieu de suivre de près
- Rouge : Problème – un important travail est requis

A= Agrément, P= Plan stratégique 2009-2014, S=Prestation sécuritaire

A- SUIVI DES OBJECTIFS ANNUELS, CIBLES ET RECOMMANDATIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
1. Collaborer avec la DSAPA à la mise en place de ressources de type RI pour la clientèle visée.		En continue	Rencontre faite. DSAPA assure le suivi du dossier
2. Optimiser l'arrimage des services avec la Commission scolaire Harricana (CSH)		Entente de complémentarité signée d'ici le 31 mars 2015	- 4 rencontres faites. - Entente de collaboration terminée. - Signatures des acteurs concernés Nous avons partagé notre Entente avec nos collègues de la région
3. Révision de l'Entente de collaboration avec le Centre jeunesse pour l'arrimage des services CLSC et la Direction de la protection de la jeunesse		Signature d'ici le 31 mars 2015	- Entente signée le 20 novembre 2014
4. En collaboration avec la Direction des ressources humaines, réviser le formulaire actuel d'évaluation du personnel et l'adapter aux professionnels. *EIJ : Équipe d'intervention Jeunesse*		Formulaire révisé d'ici le 31 mars 2015	- Document élaboré
5. Poursuite de l'harmonisation des offres de service du CLSC de Barraute vs Amos pour les soins à domicile, maintien à domicile et au programme des personnes handicapées. *SAD : Soins à domicile*		Révision du panier de services d'ici le 31 mars 2015	- Le chef de l'administration des programmes, rencontre la CAP du SAD.
6. Projet clinique en dépendance		Document déposé au conseil d'administration 31 mars 2015	Aucun avancement Chef en absence maladie de mai à décembre 2014 Nous avons fait l'inventaire des services en lien avec l'offre de services en dépendance. Compte tenu de l'arrivée du CISSS en avril 2015, je ne crois pas que nous terminerons ce document.
7. Mettre en place un continuum de services créatif, volet info-social.		Participer aux rencontres régionales	- Chargé de projet nommé - Cadre responsable nommé Les travaux vont bon train. Des discussions sont en cours avec les instances syndicales locales, afin d'établir les arrimages et afin d'avoir des intervenants de garde par secteurs Est-Ouest-Sud. Selon les échéanciers, la mise en place d'info-social et de la crise dans le milieu 24/7 seront opérationnelles en avril.
8. Collaborer à la présentation du PSII pour la MRC d'Abitibi.		Présentation aux intervenants du CSSSEA et directeurs d'école de la CSH en partenariat avec les services complémentaires de la CSH 31 mars 2015	- Les travaux ont repris, le 17 février Le comité EIJ s'est rencontré, a procédé à la révision du document et complètera les étapes du déploiement lors de la prochaine rencontre prévue en début avril 2015.

9. Effectuer la mise à jour du projet clinique et organisationnel (Réseau de services intégrés pour les enfants, les jeunes et leur famille de la MRC Abitibi).		Révision faite 31 mars 2015	- reporté en 15-16
10. Consolider, actualiser et soutenir le protocole d'entente entre le CSSS Les Eskers et le Centre Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que celui de la Commission scolaire Harricana.		Révision faite 31 mars 2015	- Fait
11. Finaliser les démarches et assurer le déploiement de l'outil d'évaluation l'ABCdaire pour le suivi des enfants de 0 à 5 ans en périnatalité de la mission CLSC.		Formation offerte aux infirmières visées au 31 mars 2015	-Début le 26 janvier 2015 -Formation : 24 septembre 2014 Nous avons eu une Formation-Live avec la collaboration du Dr Jacques-Antoine Lemay le 29 janvier dernier. Les infirmières de périnatalité et petite enfance ont pu s'initier à l'examen du nourrisson et remplir en temps réel le formulaire. Nous ferons l'évaluation des nourrissons selon le calendrier du PIQ et ce, jusqu'à 18 mois.
12. Assurer la poursuite du programme en négligence et plus précisément pour la prévention.		Nombre de familles et enfants bénéficiant du programme 31 mars 2015	- Voir AS-1.6.1
13. Clarifier les interfaces entre les programmes santé mentale/services psychosociaux généraux adultes et DI, DP, TED.		Participation des cadres DSPLP aux rencontres locales et/ou régionales	- Cadres de référence lus (DI + TSA (trouble spectre d'autisme) - Commentaires envoyés à l'agence. Suivi à faire par la suite
14. Poursuivre l'implantation de l'offre de services, services généraux. AAEO : accueil, analyse, évaluation et orientation		S'approprier les cartes fiches 31 mars 2015	- Absence du CAP mai - décembre à poursuivre. La venue d'info-social le 1er avril 2015, nous demande d'ajuster notre travail à l'AAEO. Nos intervenants seront en disponibilité pour les «urgences», et ce, de 8h30 à 16h30. Cela se traduit par des sorties terrain possible. Nous devrons donc reporter cet objectif en 15-16 en tenant compte des nouvelles fonctions de l'AAEO.
15. Rencontrer tous les membres de l'équipe FEJ pour l'appréciation du rendement.		Les intervenants ont tous été rencontrés 31 mars 2015	- 80% des employés seront rencontrés d'ici le 31 mars 2015.
16. En collaboration avec le bureau de santé, maintenir un contact avec le personnel en absence-maladie.		En continu	- Lors d'absence maladie, suivi avec la chef du bureau de santé
17. Faire une évaluation rigoureuse des écarts à chaque période financière.		À chaque période, les cadres et directrice DSPLP évaluent les écarts et les documentent	- Écarts suivi de près
18. Faire une évaluation pointue de chacune des demandes de remplacement.		En continu	À chaque absence, évaluation de la situation, remplacement en tout ou en parti
19. Procéder à l'évaluation de la charge de cas trois fois par année.		Les chefs de l'administration des programmes	2 CAP absents (1 de mai à décembre et 1 d'avril à mai) à poursuivre FEJ : 2 fois Objectif récurrent 15-16
20. Bonifier le cadre de référence et poursuivre le processus pour l'application de la loi 90 par les non-professionnels (employés des résidences privées, auxiliaires familiales du SAD, personnel en milieu scolaire, etc.)		La conseillère clinique en SI révise le document et fait les ajouts requis 31 mars 2015	CECI rencontre le 10 décembre 2014 Tâches partagées entre Lise Caron/Isabelle Audette La mise à jour des documents concernant la loi 90 (règles de soins, formation, registre, etc.) va bon train. Les chargées de projet sont à finaliser les versions officielles de tout le matériel. J'ai remis les ébauches des règles de soins à Chantal Bilodeau et elles seront présentées à la prochaine réunion du CECII le 11 mars.

B- SUIVI DES ENTENTES DE GESTION

Indicateur		Cible	Commentaires
PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES			
AS- 1.1.3 (+2.2.1) Poursuite de l'implantation du programme autogestion des soins par la réalisation d'ateliers de groupes.	p	3 ateliers de groupes dispensés conditionnel à l'obtention du budget de 2 jours semaine pour la ressource.	Le programme Autogestion des soins est maintenant récurant. Une nouvelle édition du livre «Vivre en santé avec une maladie chronique» est disponible. Une mise à jour des ateliers a été apportée par Stanford, donc un réajustement du programme et des nouveaux outils ont dû être révisés. Ceci implique une formation de mise à jour des maîtres formateurs, des animateurs et de tout le matériel et outils nécessaire pour pouvoir donner le programme. Résumé des derniers mois : Journée annuelle régionale des animateurs de l'ancien programme et information de la nouvelle procédure à suivre. Rencontre régionale des coordonnateurs à Rouyn (3X) Mise à jour des nouveaux outils d'Autogestion Dépliant - Affiche - Tableau - Cahier de l'animateur - Questionnaire de dépistage (auto-évaluation) - Trousse d'information aux intervenants - Banque des programmes offerts à la population en maladie chronique Matériels des ateliers. Formation des maîtres-formateurs de la nouvelle édition du programme par l'agence avec Céline Hubert (27-28 octobre 2014). Formation régionale des animateurs du nouveau programme d'Autogestion à Rouyn (6-7 et 10-11 novembre 2014). Formation de mise à jour des ateliers du nouveau programme avec les anciens animateurs (à venir hiver 2015). ANIMATEURS Nous avons cinq animateurs au programme. Deux formées avec le nouveau programme et trois animateurs qui devront suivre la mise à jour du nouveau programme pour pouvoir continuer à animer le programme. GROUPES Ancien programme : Groupe 11 : - 6 mai au 10 juin 2014 (soir) - Animateurs : Hélène Defoy et Marie-Josée Bastien - 8 participants Nouveau programme : Groupe 12 : - 12 novembre au 17 décembre 2014 (PM) - Animateurs : Murielle Godbout et Marie-Josée Bastien - 9 participants PUBLICITÉS Les moyens de communication utilisés pour publiciser le programme autogestion des soins auprès de la population et des professionnels de la santé sont : Affiche publicitaire personnalisée à notre CSSS

AS-1.1.4 Prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques par une équipe dédiée et selon les principes de l'interdisciplinarité.		Nombre de personnes suivies par l'équipe dédiée.	- Centre du diabète en P11 : Nutritionniste : 143 usagers pour 611 interventions Infirmière : 207 usagers pour 886 interventions Le poste d'infirmière clinicienne en maladies chroniques sera comblé à compter du 30 mars 2015 Des formations de mise à jour en diabète ont eu lieu en CHSLD pour les infirmières, infirmières auxiliaires, auxiliaires familiales et préposés. - Les efforts se poursuivent pour la cohorte MPOC. - Des changements ont été faits au niveau du PRCR.
AS-1.1.5 Implantation de la cible d'amélioration de la qualité identifiée par l'établissement soit; Confiance en la capacité d'autosoins	P	% de patients ayant complété le questionnaire selon le descriptif de l'indicateur	Le questionnaire n'est pas complété. L'agence n'assure plus le suivi.
ÉCOLE EN SANTÉ			
AS-1.1.9 Élaborer une planification conjointe des activités à déployer en promotion-prévention.		Planification conjointe soit: -signature de l'entente MELS-MSSS - ou plan d'action commun -ou mise en commun des priorités ou besoins de chacun des réseaux (commission scolaire-CSSS)	L'entente CSH – CSSSEA à intégrer une partie de ce volet. Il nous faut garder le CAP, car ce n'est pas toutes les écoles qui invitent nos intervenants afin de planifier leurs activités de début d'année. Lors des chantiers sur la gouverne en santé publique nous avons nommé ce volet important qui demande de l'arrimage entre le milieu scolaire et le milieu de la santé.
VACCINATION			
AS-1.1.8 Proportion d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza		80 %	62% qui comprends les bénévoles et médecins Les directions ayant moins de 60% sont : DRF, DSI, DSPH Les plages horaires étaient disponibles. Toutes les semaines de novembre. La clinique de vaccination s'est promenée sur les unités. Ce volet est de la responsabilité du bureau de santé; une collaboration étroite avec l'infirmier cadre en prévention des infections et le CAP santé publique est mise en place afin de coordonner le tout.
JEUNES EN DIFFICULTÉ			
AS-1.6.1 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté.	P	Consolidation du programme d'intervention en négligence et programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnus efficaces. Compléter les grilles GESTRED 802,803 et 805 pour le 16 mai 2015	Dossier suivi en négligence : Depuis le 01 avril 2014 43 parents (pour un total de 24 familles) 14 familles (pour qui le dossier est fermé) Motifs : - Déménagement - Objectifs atteints - Parents désirant mettre fin aux services du programme - Parents référés à des suivis individuels - Signalement retenu au C.J. - Parents ne se mobilisent pas, le dossier se poursuit seulement au C.J. Sur 24 familles, dix sont monoparentales, dont une famille père monoparentale et neuf familles mères monoparentales. 47 enfants : 0-5 ans (20) 6-12 ans (16) 12-18 ans (11)

AS-1.6.3 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC) (indicateur 1.06.02)			518 clients, P.10 intensité 5.6 Nous avons beaucoup plus de clients qu'à l'entente de gestion (360). L'intensité devrait se situer aux alentours de 6 à 6.4 en période 13.
SERVICES AMBULATOIRES DE PREMIERE LIGNE EN SANTÉ MENTALE (JEUNES ET ADULTES)			
AS-1.8.2 Nombre d'usagers de moins de 18 ans en attente de plus de 30 jours pour un traitement de première ligne en santé mentale	P	0	P.10 7, pour la psychologue Re : Nous avions une psychologue en absence partielle 2 jours/sem. remplacée par une travailleuse sociale faute de psychologues sur la liste de rappel.
AS-1.8.3 Nombre d'usagers de 18 ans et plus en attente de plus de 30 jours pour un traitement de première ligne en santé mentale	P	0	P.10 32 pour les intervenants sociaux et 24 pour psychologue. Nous avons eu la visite d'un membre du centre national d'excellence en santé mentale. Nous avons quelques pistes de stratégies, tel que : pour les problèmes anxieux, faire un groupe animé par nos 2 psychoéducatrices. Nous avons actuellement 20 clients qui sont en attente avec ce ¨problème¨ en faisant un groupe, celui-ci serait le 1er choix et par la suite nous croyons qu'il y aura peu de clients en suivi individuels. Nous avons eu également en congé maladie une psychologue non remplacé, faute de ressources. Depuis le 29 novembre ajout 3jrs/semaine d'une ressource, car notre psychologue est de retour seulement à 2jrs/semaine.
SERVICES D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE			
AS-1.8.4 Établir un système de garde 24/7 pour des services d'intervention en situation de crise	P	Établir un système de garde 24/7 pour des services d'intervention en situation de crise	Nous sommes dans un processus de collecte de données, de mise en place de corridor de continuum. Rencontres régionales, chargé de projet L'argent sera-t-il au rendez vous ? Voir obj. 8
AS-1.9.9 Poursuivre, avec la ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue, l'implantation du formulaire de référence pour l'accès aux services du CSSS	P	Nombre d'appels répondus par période en provenance de la ligne.	5 références pertinentes L'Agence est en discussion avec la ligne régionale afin de cerner les enjeux et difficultés de référence. De plus, des précisions sont apportées quant à leur collaboration dans la mise en place d'Info-Social.
ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE			
AS-1.9.11 Poursuivre le déploiement des GMF	P	Ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'une UMF existante ou d'un site CLSC (comportant des médecins ayant une pratique de première ligne)	Le projet trouble cognitif est en cours 3 jrs/semaine jusqu'au 30 septembre 2015 Pour l'UMF, nous avons haussé le nombre de jour psychologue donc, depuis le 2 septembre la psychologue est à temps plein. Un ajout de 2jrs/semaines travailleur social pour améliorer la référence et la coordination en services psychosociaux généraux. 1 ½ jrs GMF Les Eskers ½ jr GMF Harricana GMF Les Eskers : 0.5 équivalent temps complet infirmière clinicienne ajoutée septembre 2014
GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES			
Mettre en place des mesures afin de prévenir les risques de violence de la clientèle en santé mentale visitée à domicile.	G		La politique DSPLP (#103) est en place. Depuis, à 2 reprises, nous avons eu recours à un agent de sécurité, 1 fois pour visite d'un client ici en CLSC et 1 fois pour visite à domicile.
Sécurisation de l'environnement et des locaux santé dans les municipalités.	G		Rappel à la municipalité de Preissac de la propreté des lieux du point de service. Poser un tapis antidérapant (Preissac) Améliorer la propreté des lieux à St-Mathieu au point de service.

SUIVI DE L'EXERCICE DE CONCERTATION DES PRIORITÉS ENTRE LES DIRECTIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
DEMANDES ADRESSÉES À LA DSPLP			
Agrément : Assurer les préparatifs nécessaires à la visite d'agrément en avril 2015 (demande provenant de la DG) - Équipes communautaire et santé mentale sont formées (octobre 2014); - Les documents sont révisés et les équipes se les ont appropriés (novembre 2014); - Les documents de référence sont préparés et disponibles (décembre 2014); - Rappel aux 2 équipes et validation des présences lors de la rencontre des visiteurs (mars 2015).			Fait Rencontre faite santé-mentale le 6 novembre 2014 et 11 février En cours Rencontre faite équipe communautaire le 3 décembre 2014 Rencontre faite norme santé et bien-être de la population le 26 novembre 2014.
OFFRES DE LA DSPLP			
Aucune offre en suivi			

Direction des ressources matérielles et informationnelles

D'entrée de jeu, nous profitons de l'occasion afin de remercier les employés de la direction des ressources matérielles et informationnelles de nous avoir permis encore une fois de remplir la majorité de nos objectifs et de maintenir un environnement de travail sécuritaire et adapté à notre clientèle.

Nous vous rappelons que la direction des ressources matérielles et informationnelles comprend les secteurs suivants : services alimentaires, informatique, entretien des installations matérielles, fonctionnement des installations, hygiène et salubrité, gestion des déchets biomédicaux, équipements biomédicaux, gestion des terrains, buanderie-lingerie, sécurité des lieux et sécurité civile.

Vous trouverez ci-dessous, un bref résumé des activités principales de chacun des services de la direction des ressources matérielles et informationnelles.

Service des installations matérielles

Vous trouverez ci-dessous les principaux projets de rénovations fonctionnelles et de maintien d'actifs classés en fonction de leurs coûts.

Coûts des principaux projets en maintien d'actifs et rénovations fonctionnelles 2014-2015

• Mise aux normes salle d'endoscopie	1 110 000 $
• Fenestration 6e étage Centre Hospitalier	316 000 $
• Mises aux normes salles d'Angiographie	99 000 $
• Remise à niveau monte-charge pharmacie	89 000 $
• Ventilation, climatisation et humidification	65 245 $
• Réfection de la chaufferie	47 000 $

De plus, nous avons complété un appel d'offres de candidatures pour l'amélioration éconergétique des bâtiments du CSSS et fait le choix de trois firmes en décembre. Les trois firmes ont eu 3 mois pour présenter leurs mesures. Le choix de la firme retenue sera fait en avril 2015.

Service d'hygiène et de salubrité

- Au cours de l'année, nous avons mis en place le nettoyage à plat, nous permettant ainsi d'être plus sécuritaires pour nos employés de l'hygiène et salubrité. Décision et implantation des uniformes obligatoires pour les employés de l'hygiène et salubrité du centre hospitalier. Nous avons également uniformisé les procédures de polissage.

Sécurité civile

- Formation systématique de tous les nouveaux employés sur les mesures d'urgence.
- Déploiement d'une formation en ligne sur les mesures d'urgence pour tous les employés appelés à prendre des responsabilités en cas de mesure d'urgence.

Buanderie

- Nous avons passé à l'acide peracétique afin de permettre de laver le linge avec de l'eau moins chaude pour des économies d'énergie et l'augmentation de la longévité de la lingerie et finalement diminuer l'utilisation de l'eau de Javel plus nocive pour l'environnement.

- Mise aux normes de la ventilation afin d'améliorer la qualité de l'air.

Santé sécurité au travail

- La politique DRH-SST-14 sur le cadenassage a été adoptée le 18 juin 2014.
- La politique DRH-SST-15 travail à chaud a été adoptée le 14 mai 2014.
- Une ébauche des politiques espaces clos et prévention des chutes de toits a été élaborée, une dernière réunion est prévue en avril et elles seront proposées au comité de direction en début d'exercice 2015-2016 pour adoption.

Services alimentaires

L'année 2014-2015 a été encore une année d'importants changements dans le secteur alimentaire.

- Mise en place du module inventaire au CHH et début d'utilisation le 1er octobre 2014.
- Formation du personnel des soins infirmiers à l'utilisation de la fiche d'alimentation au CHH.
- Mise en place d'une procédure pour mettre à la disposition des employés de nuit des « cabarets dépannage ».
- Réfection des planchers des 2 laveries (CH et CHH).
- Restructuration du secteur de la courroie impliquant l'achat d'équipement (Frigo rideau d'air, petit frigo d'appoint et table réfrigérée) et la révision des tâches du personnel.
- Révision du plan d'orientation des nouveaux employés.

Ressources informationnelles

Vous trouverez ci-dessous une liste des principaux projets informatiques sur lesquels l'équipe a dû travailler au cours de l'année :

- Implantation du DSQ : Les objectifs ont été atteints.
- Compléter le déploiement du projet SARDM relié à la distribution des médicaments (chariot au CHH, distributeur à l'urgence et soins intensifs).
- Participation à tous les projets nationaux et régionaux (gouvernance régionale des ressources informationnelles, centre de traitement, dossier santé Québec, dossier clinique informatique, SIIATH banque de sang, planification triennale des projets et activités en ressources informatiques, programmation annuelle des ressources informationnelles…)

Merci, encore une fois, à tous nos employés qui par leur implication exceptionnelle, nous permettent d'atteindre les objectifs que l'organisation se fixe afin de répondre aux besoins de notre population.

François Dion
Directeur des ressources matérielles et informationnelles

Direction des ressources matérielles et informationnelles

TABLEAU DE BORD

Date : 31 mars 2015

Légende :
- Bleu- Optimal- Il y a une amélioration continue, nous dépasserons les attentes
- Vert : Bon rendement – Nous atteindrons les résultats visés
- Jaune : Avertissement – il y a lieu de suivre de près
- Rouge : Problème – un important travail est requis

A= Agrément, P= Plan stratégique 2009-2014, S=Prestation sécuritaire

A- SUIVI DES OBJECTIFS ANNUELS, CIBLES ET RECOMMANDATIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
1. INSTALLATION MATÉRIELLE			
1.1 Implantation des programmes préventifs dans le logiciel de gestion de la maintenance assistée par ordinateur de COGEP.		Implantation complétée	Employés des installations matérielles utilisent le logiciel pour le traitement des requêtes. Pour la partie maintenance préventive, il reste à entrer les données. Utilisateurs de l'Hôpital, du CLSC et du Centre d'hébergement sont formés. En attente des orientations en lien avec le futur CISSS.
1.2 Implantation du logiciel OCTOPUS pour la gestion de l'inventaire, de la maintenance préventive et des interventions curatives en remplacement du logiciel actuel GAMMA.		Logiciel OCTOPUS en place	Projet en attente des orientations en lien avec le futur CISSS
1.3 S'assurer de la conformité des installations en lien avec le règlement concernant la limitation de la température de l'eau pour les bains et douches.			Le dossier était terminé en fonction des demandes de l'ancien inspecteur. Suite à la visite d'une nouvelle personne, il y a eu une demande de changer toutes les «balancing valve» (20 valves à changer pour des thermostatiques). Par contre, toutes les températures ont été testées et limitées selon les normes. Nous faisons un suivi avec la Régie du bâtiment. Il reste 2 valves à changer (3e étage). Les travaux se feront en fonction de la disponibilité des locaux.
1.4 S'assurer de la conformité au nouveau règlement sur la gestion sécuritaire de l'amiante décret 476-2013.			La structure du registre de l'amiante est complétée. Nous avons prélevé une cinquantaine d'échantillons d'amiante et les autres, nécessaires à la mise sur pied du registre, seront prélevés d'avril à la fin mai. Nous avons jusqu'en juin 2015 pour compléter le registre.
1.5 Révision du plan d'organisation de la DRMI.			Réflexion débutée avec les DRMI des établissements de la région en lien avec le futur CISSS.
1.6 Compléter la formation de 2 mécaniciens de machineries fixes à l'interne afin de contrer la pénurie dans ce titre d'emploi.			1 employé a obtenu ses cartes de compétence et l'autre va passer son examen pour l'obtention de ses cartes de compétence d'ici la fin avril.

1.7 Économie d'énergie : Révision des procédures pour diminuer la consommation d'huile, réaliser un appel d'offres pour le remplacement des chaudières à l'huile, analyser la possibilité d'un programme intégré incluant un logiciel de système expert en analyse diagnostique.			Appel d'offres de candidatures complété en novembre. Choix de trois firmes en décembre. Les trois firmes ont 3 mois pour présenter leurs scénarios. Le choix de la firme retenue sera fait en avril 2015.
1.8 Poursuivre le suivi rigoureux de la gestion des dépenses en endoscopie.			Le projet est complété à 99% et le budget a été respecté.
1.9 Réfection et analyse de la ventilation du département urgence et cliniques externes.			La demande de budget pour l'utilisation de la réserve régionale a été refusée. Suite à ce refus, le projet a été inclus dans les travaux obligatoires du projet d'économie d'énergie.
1.10 Mise sur pied du programme préventif des tests de charge génératrice partie hôpital.			Les travaux nécessaires afin de pouvoir faire les tests préventifs sur les génératrices ont été complétés en novembre. Les tests de charges peuvent maintenant être faits annuellement. Avec les derniers travaux, élimination de délai de huit heures sans génératrice lors des tests de charge.
1.11 Sécurisation ou remplacement des équipements orthèses-prothèses.			Les équipements non spécialisés remplacés et pour ceux spécialisés ont été sécurisés avec un bouton d'arrêt d'urgence.
2. SÉCURITÉ CIVILE / SANTÉ SÉCURITÉ AU TRAVAIL			
1.1 Élaboration et adoption de 4 politiques et procédures reliées à la sécurité au travail : 1. *Entrée en espace clos,* 2. *Cadenassage,* 3. *Prévention des chutes de toit,* 4. *Travail à chaud.*		4 politiques rédigées et adoptées	1. Une ébauche de chacune des politiques espaces clos et prévention des chutes de toits a été élaborée, une dernière réunion est prévue en avril et elles seront proposées au comité de direction en début d'exercice 2015-2016. 2. La politique DRH-SST-14 sur le cadenassage a été adoptée le 18 juin 2014 3. La politique DRH-SST-15 travail à chaud a été adoptée le 14 mai 2014.
1.2 Mise en place d'un plan d'action sur : a) *Sécurité des machines,* b) *Cadenassage.*		Plan d'action réalisé	Plan déposé, une rencontre est prévue début 2015 pour suivi du dossier. Pour le cadenassage, la prochaine étape est l'entente avec la Commission Scolaire Harricana pour un prêt de service, pour venir nous aider à mettre en œuvre le plan d'action.
1.3 Reprise des activités du comité de planification et d'intervention de la sécurité civile du CSSSEA (COPIN).		Reprise des activités	Les efforts sont mis présentement sur le dossier EBOLA. Cette année, il n'y a eu que les membres touchés par EBOLA qui ont été rencontrés.
1.4 Suivi agrément : Mettre régulièrement à l'essai les plans de l'organisme en vue de sinistre ou d'urgence en effectuant des exercices sur un élément du plan aux 3 mois et des exercices d'évacuation annuelles pour chaque quart de travail.	A	Exercices effectués sur chaque quart de travail	Selon la disponibilité des chefs de service, l'établissement tente d'effectuer les exercices régulièrement et sur des quarts de travail différents. En 2014, pour le code 55, 2 exercices réalisés au CH, 1 CHH et 1 au CLSC d'Amos. Dans tous les cas, des mesures d'évacuation plus complexes ont été réalisées.
1.5 Faire adopter la politique DRMI-115 «Mesures de prévention et de contrôle des infections lors des travaux de construction, de rénovation ou d'entretien» (l'état de projet depuis 12 mois).	A	Politique adoptée	Politique adoptée le 28 octobre 2014.

3. ALIMENTATION			
3.1 Dans le logiciel Pro-Menu, finaliser le module inventaire pour le CHH. Continuer l'entrée et la standardisation des recettes pour les deux cuisines.		Plan de travail initié	Le module inventaire est fonctionnel au CH ainsi qu'au CHH. Nous sommes à travailler sur une communication informatique GRM avec l'équipe de Pro-Menu. La standardisation des recettes est toujours en cours. Il reste des liens à faire au CHH pour obtenir les valeurs nutritives et les coûts des recettes.
3.2 Réviser les protocoles d'orientation des employés au service alimentaire.			Il y a eu diminution des orientations des nouveaux employés de 40%. La plupart des postes de préposé ont une journée d'orientation au lieu de 2 journées. Une liste de tâches est fournie ainsi qu'un aide-mémoire service alimentaire, pour aider les employés à s'intégrer plus rapidement.
4. HYGIÈNE ET SALUBRITÉ			
4.1 Poursuivre les orientations prises concernant les zones grises.			**Lignes directrices :** Révision des fréquences d'entretien suite au dépôt du devis régional incluant particularités locales. **Zone grises :** L'objectif est de répertorier et désigner l'entité responsable de l'entretien de toutes surfaces ou objets qui risquent d'être en contact direct ou indirect avec l'usager et les catégoriser selon leur potentiel faible ou élevé de contamination (low ou high touch) donc 5 étapes : 1) Répertorier les surfaces et inventorier les équipements : **Complétée** 2) Catégoriser les surfaces : **Complétée** 3) Accord de principe de l'entité responsable : **Complétée** Le travail s'est fait en priorité pour le bloc opératoire, bloc obstétrical (Unité mère enfant), tables d'examen de tout le CSSS, armoire stérile (1 à 4 fois/année) 500 heures ont été libérées. Il y a eu entente de principe entre l'équipe des soins et l'équipe d'hygiène et salubrité afin que la désinfection de certains équipements médicaux ciblés dans les chambres soit faite par l'équipe des soins lors des épisodes de soins et par l'équipe d'hygiène et salubrité lors des départs. De plus, la désinfection des machines à glace a été transférée à l'équipe d'hygiène et salubrité. Les estimés d'heures sont d'environ 700 heures pour les désinfections de départ et de 208 heures pour les machines à glace. Il reste à réviser la désinfection des civières, chariots et chaises. (pour l'instant ce sont les unités de soins qui assument ces tâches) 4) Accord de principe approuvé par le CA: **À compléter** 5) Désignation des entités responsables : **En cours**, voir commentaires étape 3.

5. INFORMATIQUE			
5.1 Compléter le déploiement du projet SARDM relié à la distribution des médicaments (chariot au CHH, distributeur à l'urgence et soins intensifs).		Équipements déployés	Déploiement complété.
5.2 Implantation logiciel gestion de formulaires.		Utilisation des formulaires électroniques	Progresse bien. Unités complétées : Chirurgie, médecine, psychiatrie, médecine de jour, clinique préopératoire, chirurgie d'un jour/réception du bloc, orthèses-prothèses, PRCR l'urgence et soins intensifs. Unité mère-enfant en cours, mais va prendre quelques années. Secteurs SLD, CLSC, cliniques externes, orthopédie, imagerie médicale prévus en 2015-2016.
5.3 Implantation numérisation des prescriptions pharmacologiques au CHH.		Numérisation des prescriptions	Complétée à l'Hôpital. Pour le Centre d'hébergement Harricana, les travaux seront complétés lors de l'implantation des formulaires de SIGESFORM.
5.4 Utilisation des dispositifs personnels (I-PAD ou autres).		Recherche de solution technique	Dossier pas avancé. En attente de la collaboration du Technocentre.
6. PROJETS DE RÉAMÉNAGEMENTS			
6.1 Mise aux normes des locaux d'endoscopie et de bronchoscopie.		Réalisation de la 1re phase	Travaux sont complétés à 99%. Il reste à corriger la gestion des pressions des salles blanches. Les travaux devraient être complétés dans les deux prochaines semaines.
6.2 Compléter le réaménagement des archives au CLSC de Barraute.	A	Travaux réalisés	Travaux complétés.
6.3 Finaliser les plans pour pouvoir faire l'appel d'offres du réaménagement du laboratoire.		Plans finalisés	Dans la semaine du 2 mars 2015. L'ASSTSAS a révisé les plans, ceux-ci ont été soumis à l'architecte. Les ingénieurs ont analysé l'ensemble des systèmes de ventilation et une rencontre est prévue dans les dernières semaines de mars afin de prendre une orientation. Ensuite dans les semaines suivantes les professionnels vont travailler sur les plans préliminaires. L'objectif est de faire les travaux en automne 2015.
6.4 Réaliser le guichet pour la banque de sang afin de sécuriser l'environnement et limiter la circulation dans le laboratoire (zone restreinte).	A	Travaux réalisés pour mi-septembre 2013	Travaux complétés.
6.5 Terminer l'aménagement de la cuisine du centre hospitalier (secteur courroie) en lien avec le plan d'action du projet LEAN.		Travaux finalisés	Le seul aménagement non réalisé est de raccourcir la courroie. Nous sommes en attente de la livraison d'un frigidaire pour compléter les travaux (d'ici deux semaines). Il est à noter que la révision des tâches reliées à ces nouveaux aménagements est complétée.
6.6 Installation d'une nouvelle signalisation (suite à changement de nom).		Installation complétée	CLSC Barraute et Amos complétés. Pour les autres installations en attente d'une nouvelle appellation en lien avec le futur CISSS.
6.7 Réfection des monte-charges pharmacie et monte-charges archives du centre hospitalier.		Un appel d'offres complété	Travaux terminés.
6.8 Remplacement du système de ventilation du département orthèses-prothèses / buanderie.		Remplacement du système	Plans et devis reçus de l'ingénieur. Commandes données pour la ventilation $3 800 et pour le contrôle $5 000. Afin d'économiser, nous n'avons pas fait appel à un entrepreneur général. Les travaux devraient être complétés dans les prochaines semaines.

6.9 Continuer les travaux d'aménagement du stationnement de l'Hôpital d'Amos.		Poursuite des travaux	Attend la terre de la ville et budget plus disponible.
6.10 Suivi des demandes du MSSS pour le PFT de l'urgence.			Pas eu de nouvelle depuis un certain temps. En attente de la réorganisation de nos services cliniques.
6.11 Compléter l'appel d'offres du réaménagement du secteur de la chirurgie d'un jour.			Appel d'offres prévu en avril 2015.Travaux à terminer pour le 07-09-2015. Suite aux décisions : - augmenter le nombre de civières et de chaises - de s'assurer d'une circulation interne des civières entre le bloc et le secteur de chirurgie d'un jour - de mettre aux normes le système de ventilation Les coûts d'aménagement ont augmenté à $760 000 versus le $650 000 estimés.
7. Objectif en lien avec la qualité de vie au travail			
7.1 Compléter 100% des actions déterminées dans le plan d'amélioration du climat de travail des installations matérielles.		Participation et plan d'action mobilisation	Il reste des suivis à faire dans le plan de mobilisation, mais toutes les grosses problématiques ont été réglées.

B- SUIVI DES ENTENTES DE GESTION

Indicateur		Cible	Commentaires
DÉVELOPPEMENT DURABLE			
AS-2.1.2 Efficacité de la consommation d'eau potable dans les établissements du RSSS		Mesurer l'état de situation pour mise en œuvre des phases 1 et 2 comprenant : les critères essentiels d'organisation (groupe A), critères techniques à fort potentiel (groupe B), les autres critères techniques (groupe C) et mesurage de la consommation d'eau potable se fera par l'intermédiaire du formulaire GESTRED no 630 à la P-6 (21 octobre 2014) et P-13 (30 avril 2015)	Nous avons reçu une ébauche de politique de gestion de l'eau potable et elle devra être modifiée et présentée au comité de direction en 2015. Un responsable de la gestion de l'eau potable a été nommé. L'inventaire et l'évaluation de la consommation d'eau potable ont été entrés dans GESTRED. Nous sommes en attente d'un nouveau rapport GESTRED du MSSS qui devrait clarifier les attentes et les suivis à faire. Un plan de gestion et de suivi de l'amélioration de la consommation d'eau devrait être déposé dans les prochains mois suivant ce nouveau rapport. Par contre, compteurs d'eau installés aux 3 établissements. Modification de deux compresseurs de frigidaire (de l'eau à air). Changement de la centrale d'air médical pour un système fonctionnant à l'air. Lors de bris de toilette, elles sont remplacées, passant de type 12 litres à 6 litres. Installation d'aérateur sur les robinets de lavabo au CHH. Changer trois climatiseurs fonctionnant à l'eau pour des appareils fonctionnant à l'air.
DOSSIER SANTÉ QUÉBEC (DSQ)			

AS-4.3.4 Déployer le DSQ pour les domaines laboratoire, imagerie médicale et médicament.		• Normaliser l tables cliniques des systèmes de laboratoire afin d'alimenter le domaine laboratoire du DSQ; • Arrimer l'index patient maître au registre des usagers; • Assurer le déploiement dans son territoire concernant le dossier SécurSanté (distribution des clés d'accès, formation, etc.).	Normalisation des tables cliniques : complétée Arrimage de l'index : complété L'appariement complété pour le CH et pour le CLSC, CHH sera complété en 2015-2016. Cible déploiement des dispositifs 185 pour objectifs de 172 (108%), il reste 39 dispositifs non remis à remettre d'ici le 31 mars De plus 3 établissements du territoire ne sont pas déployés soit le Centre Jeunesse, CRLM et la clinique du docteur Cormier (il refuse, car dentistes n'ont pas d'accès aux DSQ)
DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ (DCI)			
AS-4.3.5 Soutenir l'utilisation des DCI dans les établissements.	P	• Réaliser, à l'intérieur d'une démarche régionale, le plan d'affaires régional; • Rehausser la plateforme d'échanges actuelle suite à l'analyse des besoins d'affaires cliniques et organisationnels.	En attente de la position du Ministère pour voir si pouvons utiliser le DCI de l'Estrie.
DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE (DMÉ)			
AS-4.3.3 Soutenir l'utilisation des DMÉ dans les cliniques médicales	P	Brancher pour les UMF au domaine de laboratoire du DSQ, pour le volet consultation, soit pour le visualiseur ou les DMÉ.	Complété et services fournis lorsque requis.
MISE EN PLACE D'UNE GOUVERNANCE RÉGIONALE DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES			
AS-6.1.2 Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI)	P	Transmettre le PTPARI approuvé à l'Agence pour le 1er octobre 2014.	Changement dans les procédures, PTPARI et PARI à transmettre pour le 31 mars 2015
AS-6.1.3 Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles	P	Transmettre les PARI 2015-2016 à l'Agence pour analyse et avis de conformité d'ici le 1er avril 2015.	Notre PARI 2015-2016 sera travaillé dans la dernière semaine de mars 2015. Note : Suite à la mise sur pied du futur CISSS, il a été discuté d'inscrire les mêmes projets régionaux et pour nos priorités locales de voir avec le Technocentre pour la possibilité de les inscrire.
AS-6.1.4 État de santé des projets (ESP).	P	Transmettre à l'Agence une déclaration concernant l'ESP de plus de 100 k $ en cours de réalisation d'implantation ou de rodage d'ici le 1er octobre 2014.	Déclaration envoyée (mais pas de projet de $100 000 et plus).

OPTIMISATION EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION			
AS-6.1.10 Mettre en œuvre le plan d'action régional en sécurité de l'information.	P	• Établir le bilan annuel en sécurité d'information avec le gabarit ministériel d'ici le 1er septembre 2014; • Assister le Technocentre à la mise en œuvre des activités associées au réseau d'alerte, notamment : -le processus de déclaration d'un incident de sécurité - le processus de gestion des incidents de sécurité - le processus de communication en gestion d'incidents de sécurité - les rôles et les responsa-bilités - la mise en place d'un registre régional des incidents de sécurité; • Évaluer, avec l'aide du Technocentre, les efforts et les enjeux et élaborer la planification des travaux.	Le dossier devait être travaillé régionalement. En attente d'une convocation.
AS-6.1.11 Mettre à niveau les postes de travail	P	• Mettre à niveau Windows XP vers Windows 7/8.1 et voir à l'opportu-nité de virtualiser les postes (gestion du parc des postes de travail GPPT); • Réaliser la migration des postes de travail selon l'évolution régionale du dossier et selon les orientations du MSSS d'ici 1er avril 2015.	Pour la mise à niveau des Window XP vers Window 7/8.1, il reste 1 portable et une dizaine de PC à compléter, ils seront faits d'ici le 31 mars 2015. Pour ce qui est des postes virtuels, nous demeurons dans l'attente d'une stratégie régionale.

AS-6.1.12 Mettre à niveau le courrier électronique Lotus Notes	P	Réaliser les travaux de mise à niveau à la version courante de Lotus Notes selon les orientations du MSSS.	La migration des serveurs Domino régionaux en version 9 s'est réalisée le 29 novembre. Nous sommes en attente d'interventions régionales. Les employés seront informés une fois les travaux complétés. Il y a des changements dans l'interface graphique, mais assez semblable pour que les employés puissent travailler de façon intuitive. L'établissement participe aux travaux lorsqu'il est possible ou demandé par le Technocentre. Échéancier régional juin 2015
AS-6.1.13 Optimiser les centres de traitement	P	Poursuivre les travaux d'optimisation des applications, équipements logiciels et matériels	Dossier régional : Collaboration de nos équipes lorsque demandée, mais le dossier avance à pas de tortue.
SÉCURITÉ CIVILE			
AS-9.1.1 Désigner une personne responsable de la coordination en sécurité civile en effectuant les liens nécessaires avec les différents acteurs de son organisation ainsi qu'avec les partenaires présents sur le territoire du réseau local de services.	P	Nommer un coordonnateur de sécurité civile	Personne responsable nommée (garder le même responsable).
AS-9.1.2 Maintenir au sein de l'établissement une instance de coordination active en sécurité civile, dans le but d'assurer un leadership de coordination. Cette instance doit regrouper les représentants des différents volets ou secteurs d'activités tels que l'hospitalier, la santé de première ligne, le psychosocial, la santé publique, les communications, les ressources humaines, les ressources matérielles, les ressources informationnelles.	P	• Nommer les personnes responsables de chacun des volets ou secteurs d'activités composant l'instance de coordination locale en sécurité civile. • Nommer un substitut pour chaque personne responsable.	Garder la même structure qu'avant puisque nous avions déjà des responsables et substituts dans chacun des volets. Par contre, la priorité retenue a été le dossier EBOLA. Le comité COPIN ne s'est pas réuni en dehors du dossier EBOLA.
GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES			
S'assurer que des mesures soient mises en place afin d'éviter la prolifération bactérienne dans le secteur courroie au service alimentaire	G		L'achat des équipements (frigidaire et autres), l'aménagement de la courroie, la révision des tâches, devraient être complétés au 31-03-2015
S'assurer que des mesures soient mises en place afin de prévenir le bris de confidentialité associé à la perte de données lors du transport d'un dossier patient entre les sites.	G		Le transfert des dossiers se fait toujours par valise sécurisée par le brancardier. Avons convenu que rendu au CHH, les dossiers sont conservés dans un classeur sous clé dans le bureau de l'infirmière chef de l'unité. Un système de prêt aux archives du CH a été mis sur pied pour en effectuer le contrôle.

SUIVI DE L'EXERCICE DE CONCERTATION DES PRIORITÉS ENTRE LES DIRECTIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
DEMANDES ADRESSÉES À LA DRMI			
En lien avec les objectifs de diminution des coûts d'orientation : Partenariat; collaboration à l'implantation de mesures adéquates pour diminuer les coûts d'orientation dans les services. (Demande provenant de la DRH)			Voir point 3.2 pour les détails relatifs aux services alimentaires. Pour les autres services, les orientations ont été jugées adéquates.
En lien avec l'objectif de présence au travail : Collaboration étroite avec le bureau de santé pour faciliter et favoriser le retour au travail, assignation temporaire des employés. (Demande provenant de la DRH)			Nous offrons notre soutien direct aux employés avant qu'ils soient malades. «Climat de travail» Nous offrons notre collaboration au bureau de santé pour toute demande d'information lors d'un congé maladie.
En lien avec les objectifs organisationnels #6 et #7 : S'impliquer activement dans la préparation et dans la diffusion de l'information aux équipes terrains face à la visite d'Agrément Canada et dans le processus de gestion intégrée des risques. (Demande provenant de la DG)			Un suivi est fait régulièrement.
En lien avec l'objectif organisationnel #3 : Avoir les outils nécessaires pour la production de vapeur de qualité médicale. (Demande provenant de la DSI)			Présentement la production de vapeur de notre centrale thermique est de qualité. Nous avons fait une demande de financement pour avoir un générateur de vapeur propre pour la stérilisation. En attente d'une réponse.
En lien avec l'objectif organisationnel #2 : Accompagnement lors du processus de fusion physique de l'unité de médecine de jour avec le service de l'oncologie. (Demande provenant de la DSI)			Projet remis dû au départ de la technicienne en bâtiment en congé de maternité. Projet non actualisé par la DSI.
OFFRES DE LA DRMI			
Aucune offre en suivi.			

Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Pour l'année 2014-2015, l'équipe de la direction des programmes de Soutien à l'autonomie des personnes âgées s'est principalement concentrée sur l'optimisation des services de soutien à domicile et sur l'amélioration de la qualité des soins et services à l'hébergement.

Soulignons l'arrivée en poste de Mme Lyne Ricard comme chef d'unités de psychogériatrie au Centre d'hébergement Harricana en remplacement de M. Gilles Adam, qui nous a quittés vers de nouveaux défis en cours d'année.

Par ailleurs, malgré ces imprévus, soulignons l'excellent travail des chargées de projet qui ont œuvré en cours d'année. D'abord, Mme Lyne Massicotte, préposée aux bénéficiaires, qui a fait cheminer le projet visant «L'augmentation du taux de rétention des préposés aux bénéficiaires et assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées» où nous avons obtenus des résultats extraordinaires qui nous ont valu une publication dans la revue «Objectif Prévention» de l'ASSTSAS (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales). Ensuite Mme Geneviève Roy, travailleuse sociale et chargée de projet SRMO (stratégie régionale de main-d'œuvre), qui a travaillé à l'amélioration de la santé psychologique au travail du personnel de la direction. Enfin, Mesdames Isabelle Audet, auxiliaire aux services de santé et services sociaux et Lise Caron, infirmière qui ont œuvré au projet visant « L'amélioration de la prestation de services et de la prestation de travail des ASSS (auxiliaires aux services de santé et sociaux) et des soins infirmiers au soutien à domicile». Le vieillissement de la population conjugué à l'optimisation et aux compressions budgétaires nous pousse à faire preuve de créativité et d'innovation afin de maintenir et d'intensifier nos services.

En conclusion, l'année se termine avec de grands changements avec la création du CISSSAT (Centre Intégré de santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue). Je quitte le Centre de santé et services sociaux Les Eskers de l'Abitibi avec une grande fierté et le sentiment du devoir accompli. La vision de la direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées a toujours été de se démarquer par sa capacité à adapter son offre de services aux besoins des usagers et de leurs proches, par son soutien et son travail en étroite collaboration avec les partenaires du réseau local de services, par son engagement humaniste envers les usagers, leurs proches, les collègues et les partenaires et enfin, visait à devenir une référence en terme de pratiques novatrices et de milieu de travail sain et stimulant. C'est cette vision qui a porté et guidé mes décisions et celles de mes équipes et je suis très satisfaite de tout le chemin parcouru !

Je tiens à remercier personnellement tous ceux et celles qui font qu'au quotidien, la direction des programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées, est en mesure de rendre des services accessibles, de qualité et continus à la population de notre territoire.

Merci à chacun de vous, du fond du cœur !

Marie-Claude Lacombe
Directrice des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées

TABLEAU DE BORD

Date : 31 mars 2015

Légende :
- Bleu- Optimal- Il y a une amélioration continue, nous dépasserons les attentes
- Vert : Bon rendement – Nous atteindrons les résultats visés
- Jaune : Avertissement – il y a lieu de suivre de près
- Rouge : Problème – un important travail est requis

A= Agrément, P= Plan stratégique 2009-2014, S=Prestation sécuritaire

A- SUIVI DES OBJECTIFS ANNUELS, CIBLES ET RECOMMANDATIONS

–

Indicateurs		Cibles	Commentaires
1. Actualiser le projet visant à transformer des lits de CHSLD en lit de type RI pour les clientèles présentant des déficits cognitifs, de déficience physique et de santé mentale.		Nombre de ressources alternatives	L'appel d'offres est lancé du 9 janvier 2015 au 2 février 2015 pour 47 places RI. En mars 2015 : sans résultat. Sera à réévaluer avec la venue du CISSS.
2. Poursuivre le travail en vue de réduire le nombre de personnes en attente d'hébergement occupant des lits de courte durée.		Consolidation de l'UTRF et augmentation des services de soutien à domicile	En date du 13 janvier 2015, notre taux d'usagers en attente de longue durée en courte durée est de 15.9 %. Une rencontre avec l'équipe médicale s'est tenue en février afin de présenter la trajectoire. En date du 10 mars 2015, notre taux est de 12.6%.
3. Poursuivre les travaux d'optimisation des services de soutien à domicile et d'hébergement.		Travaux d'optimisation mis en place	Travaux en cours au niveau des SI et ASSS, pour les professionnelles et TS, les travaux sont terminés. Si la tendance se maintient, nous atteindrons nos objectifs cette année. 31 mars 2015, le projet est terminé et les objectifs sont atteints.
4. Développer et consolider les services psychosociaux pour la clientèle DI en première ligne en collaboration avec la DSPLP.		Collaboration	Travaux non-débutés. À réévaluer.
5. S'assurer qu'une évaluation des risques (environnement physique, chutes, médicaments, etc) soit effectuée pour tous les usagers qui reçoivent des services à domicile.	A	Conformité obtenue lors de la visite d'Agrément Canada	Évaluation à domicile faite systématiquement de façon générale via l'OEMC et si des besoins sont dépistés, les usagers sont référés au programme PIED ou IMP.
6. S'assurer que les usagers à domicile suivis pour soins de la peau et de plaies, bénéficient d'une évaluation complète et d'un suivi approprié par une approche interprofessionnelle.	A	Formation offerte aux personnes impliquées dans les soins de plaies. Information à l'usager et sa famille Conformité obtenue lors de la visite d'Agrément Canada	Travaux en cours via le comité de soins de plaies. Actuellement le suivi est fait via l'équipe des ASSS, infirmière, nutritionniste, ergo et physio.
5. Consolider la mise en place du bilan comparatif des médicaments (BCM) en soins de longue durée, réadaptation et services à domicile.	A	Collaboration	En travaux à la DSPH.
6. Soutenir les pavillons (Amos, Barraute et Harricana) face à l'alourdissement des clientèles.			Des rencontres régulières ont lieu avec les coordonnatrices, CA et infirmières des Pavillons et ils s'adaptent bien à la lourdeur de la clientèle.

7. Effectuer des audits de qualité au CHH.		Audit effectué au CHH en décembre 2014 Audit effectué dans les pavillons en mars 2015	L'audit du 4e étage est complété et a été diffusé au personnel le 30 octobre dernier. Dû à la création du CISSS, à réévaluer.

B- SUIVI DES ENTENTES DE GESTION

Indicateurs		Cibles	Commentaires
UTILISATION OPTIMALE DES LITS DE CHSLD			
AS-1.3.13Les personnes admises en CHSLD sont de profil 10 et plus.	P	90% des nouvelles personnes admises dans des lits d'hébergement permanent en CHSLD sont de profil ISO-SMAF allant de 10 à 14	En date du 8 décembre2014, les usagers de profil 10 et plus représentent : - 14/34 usagers au 3e étage - 32/40 usagers au 4e étage - 2/16 usagers au 5e étage Pour un total de 48/90 usagers de profil 10 et plus soit : 53 %. En lien avec le développement de places en RI. Du 1er avril 2014 au 31 mars 2015, nous avons eu 29 admissions dont 15 usagers ayant un profil 10 et plus, soit 51.7% des admissions.
SOUTIEN À DOMICILE-SAPA			
AS-1.3.16 Atteindre une proportion en SAD-SAPA de 30% d'heures services professionnels et de 70% d'heures en activités de la vie quotidienne.	P ???	30% des heures SAD en SAPA par les services professionnels et 70% en activités de la vie quotidienne.	En attente de nos résultats par l'ASSSAT.
MALTRAITANCE			
AS-1.3.8 Favoriser la lutte contre la maltraitance.	P	• Le nombre de rencontres de la Table multisectorielle en maltraitance • Le nombre d'intervenants formés par les formateurs du CSSS sur la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées.	La répondante de notre CSSS en maltraitance participe activement aux travaux menés par l'ASSSAT et anime notre milieu en lien avec ce mandat. Les intervenants sociaux et les infirmières du SAD ainsi que des partenaires ont eu une formation en maltraitance par Maître Turmel en mars dernier.
ÉLABORATION DES PLANS DE SERVICES POUR TOUS LES ADULTES AYANT BESOIN DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE			
AS-1.3.10 Compléter le plan de services individualisé et l'allocation de services (PSIAS) de la clientèle adulte SAPA ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée.	P	• Avoir complété un PSIAS pour : -65% des usagers ayant profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 déc. 2014 -100% des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015 -100% des usagers ayant profil ISO-SMAF 3 et moins au 30 juin 2015.	Les intervenantes du SAD sont formées et ont débuté leur PSIAS. Au 31 décembre, 83% des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus ont un PSIAS complété. 31 mars 2015 : 97% des usagers ayant un profil Iso-Smaf 4 et plus ont un PSIAS complété.

ÉVALUATION DES BESOINS POUR LES USAGERS HÉBERGÉS EN CHSLD PUBLIC			
AS-1.3.11 Profil ISO-SMAF pour les usagers hébergés depuis 2 ans et moins dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD public.	P	Profils transmis pour le 30 septembre 2014	Nos évaluations sont complétées et les profils ont été transmis pour le 30 septembre.
AS-1.3.12 Évaluation ou mise à jour du profil ISO-SMAF pour les usagers hébergés depuis plus de 2 ans dans des lits d'hébergement permanent de CHSLD public.	P	Avoir complété l'évaluation ou la mise à jour du profil ISO-SMAF pour le 31 décembre 2014.	Nos évaluations sont complétées et ont déjà été transmises.
RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES			
AS-1.3.13 Pourcentage d'implantation de la composante PI-PSI.	P ?	12.80%	Évalué en fin d'année seulement, mais nous devrions atteindre l'objectif dû aux travaux du PSIAS.
AS-1.3.14 Pourcentage d'implantation de la gestion de cas.	P ?	14.20%	Évalué en fin d'année seulement, mais nous devrions atteindre l'objectif dû aux travaux du POT-régional.
AS-1.3.15 Pourcentage d'implantation du mécanisme de coordination avec la communauté.	P ?	14.20%	Évalué en fin d'année seulement mais nous devrions atteindre l'objectif dû aux travaux du POT-régional.
DÉFICIENCES			
AS-1.4.2 Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement.	P	Participation aux travaux du Centre de réadaptation La Maison et signer entente collaboration avec l'établissement	Une rencontre a eu lieu en juin dernier, le projet d'entente est convenu, il reste à le finaliser et à le signer.
AS-1.5.1 Clarifier et bonifier l'offre de service aux TED incluant le répit-dépannage et l'hébergement.	P	Dépot à l'Agence d'un portrait local des services offerts aux TED par le réseau local de services.	Nous participons aux travaux régionaux via la Table des gestionnaires d'accès et des DPSAPA.
AS-1.5.2 Évaluer à l'aide de L'OEMC la clientèle DP n'ayant jamais été évaluée.	P	Avoir complété les évaluations pour le 31 octobre 2014	En date du 31 octobre 2014, 210 usagers DI-DP-TED ont été évalués sur un total de 211usagers. Atteint à 99.53%.
AS-1.5.3 Évaluation à l'aide de l'OEMC de la clientèle DI-TED n'ayant jamais été évaluée.	P	Avoir complété les évaluations pour le 31 octobre 2014	En date du 31 octobre 2014, 43 des 43 usagers DI-DP-TED ont été évalués. Atteint à 100%.
AS-1.5.4 Déterminer les profils ISO-SMAF de la clientèle DP ayant été évaluée.	P	Transmettre les profils pour le 31 octobre 2014.	En date du 31 octobre 2014, tous, 99.53% des usagers sont évalués, les profils ont été transmis à l'Agence.
AS-1.5.5 Déterminer les profils ISO-SMAF de la clientèle DI-TED ayant été évaluée.	P	Transmettre les profils pour le 31 octobre 2014.	En date du 31 octobre 2014, 100% des usagers DI-DP-TED ont été évalués. Les profils ont été transmis à l'Agence.

AS-1.5.6 Compléter le PSIAS de la clientèle adulte DP ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée.	P	Avoir complété un PSIAS pour : -65% des usagers ayant profil ISO-SMF 4 et plus au 31 déc. 2014 -100% usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015 -100% des usagers ayant profil ISO-SMAF 3 et moins au 30 juin 2015.	Les intervenantes du SAD sont formées et ont débuté leur PSIAS. Au 31 décembre 2014, 83% des usagers DP ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus ont un PSIAS complété. Au 31 mars 2015, 96.6% des usagers DP ayant un profil Iso-Smaf 4 et plus ont un PSIAS complété.
AS-1.5.7 Compléter le PSIAS de la clientèle adulte DI-TED ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée.	P	Avoir complété un PSIAS pour : -65% des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 décembre 2014 -100% des usagers ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus au 31 mars 2015 -100% des usagers ayant un profil ISO-SMAF 3 et moins au 30 juin 2015.	Les intervenantes du SAD sont formées et ont débuté leur PSIAS. Au 31 décembre 2014, 89% des usagers DI-TSA ayant un profil ISO-SMAF 4 et plus ont un PSIAS complété. Au 31 mars 2015, 95.8% des usagers DI-TSA ayant un profil Iso-Smaf 4 et plus ont un PSIAS complété.
AS-1.5.8 Plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité.	P ??	Dépôt à l'Agence du plan local pour le 1er avril 2015	En attente des attentes de l'ASSSAT à ce sujet.
C- GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES			
Mener à terme le projet SRMO au CHH en vue de diminuer les absences pour causes psychologiques.	G		Projet SRMO débuté le 25 août dernier, la collecte de données est terminée et le plan d'action est fait. Nous sommes en action.
S'assurer d'une utilisation adéquate des contentions au CHSLD.	G		Nous avons diminué notre taux d'utilisation des contentions depuis le début de l'année, mais notre taux demeure élevé selon le MSSS. Notre taux devrait se situé sous les 20 % et nous sommes actuellement autour de 30 % et la moyenne provinciale est de 12 %. Ce sera travaillé dans le plan d'action suite à la visite du MSSS. Le plan MSSS est déposé à l'Agence le 26 janvier 2015. Au 31 mars 2015, nous avons utilisé 10 contentions (ceinture d'attache, contention ségufix au lit avec ridelles, contention ségufix au lit avec ridelles et 1 œillet, tablette de positionnement au fauteuil gériatrique, tablette de positionnement chaise droite (repas seulement)) pour 90 résidents, soit un taux de 11%.

SUIVI DE L'EXERCICE DE CONCERTATION DES PRIORITÉS ENTRE LES DIRECTIONS

Indicateur		Cible	Commentaires
DEMANDES ADRESSÉES À LA DPSAPA			
En lien avec l'objectif de présence au travail : Collaboration étroite avec le bureau de santé pour faciliter et favoriser le retour au travail, assignation temporaire des employés. (Demande provenant de la DRH)			Nous offrons d'être proactifs lors de l'arrêt et du retour au travail de notre personnel. (coup de fil, feedback, plan de réintégration, etc.). Nous offrons de planifier une «routine de travail» pour le personnel en travaux légers à la DPSAPA. Les routines sont faites en SLD et réadaptation, il reste la psychogériatrie.
En lien avec l'objectif organisationnel #5 : Respect du budget entendu/service et ou explications/périodes financières pour écarts significatifs 0. Ex : Heures travaillées + ou - 100 heures/période dépenses salariales + ou - 1000$/service par période. (Demande provenant de la DRF)			Nous effectuons le suivi serré de nos écarts et travaillons très fort pour respecter nos budgets. ☺
En lien avec les ressources intermédiaires S-M : Être au cœur des alignements concernant la clientèle santé mentale. Être entendu sur les besoins en suivi s-m dans la communauté. (Demande provenant de la DSPLP)			Travailler conjointement au projet dans une perspective gagnant-gagnant centrée sur les besoins de la clientèle. Une rencontre DG-DSPLP-DPSAPA a eu lieu et l'appel d'offres sera faite pour la clientèle générale dans le cadre d'une RI.
En lien avec harmoniser (Amos-Barraute) les services SAD/PPH/MAD : Communication fluide des changements en cours et à venir (pour la CAP et la directrice DSPLP). Actualiser les critères Amos = Barraute. Ressources humaines : Capacité à faire ce qui est attendu dans le temps au poste! (T.S) Discussions et décisions. (Demande provenant de la DSPLP)			Collaborer afin d'arrimer l'offre de services au secteur BSD. Les chefs de programmes et le personnel de Barraute se sont rencontrés et la collaboration va bon train. Des façons de faire ont été changées et adaptées et ce, sans l'ajout de RH.
En lien avec l'objectif organisationnel #2 : Que les patients de convalescence inscrits, mais non admis, soit sur médiclinic. (Demande provenant de la DSI)			Une rencontre prévue le 18 février 2015 a été reportée en lien avec la création du CISSS.
En lien avec le partenariat recrutement PAB : Collaborer à développer et consolider un programme de formation et accueil/intégration des PAB en emploi en cours de formation (formation en cours d'emploi sur les lieux de travail). (Demande provenant de la DRH)			L'équipe de la DPSAPA est intéressée à collaborer au projet par ses idées, sa disponibilité à offrir des milieux de stage et peut-être même à faire de la formation en emploi. Une rencontre a eu lieu le 24 octobre dernier et un projet démarre. Entre les mains de la direction des ressources humaines.
OFFRES DE LA DPSAPA			
En lien avec Interface services généraux et autres : Partenariat et collaboration de Julie et Marie-Claude. (offre adressée à la DSPLP).			

Agrément

Tout au long de l'année 2014-2015, beaucoup de travail a été réalisé par les différentes équipes de l'organisation afin de bien se préparer à la visite d'Agrément Canada prévue du 26 au 30 avril 2015. Les équipes étaient accompagnées par Mélanie Sigouin agente de planification programmation recherche et Martine Doyon conseillère cadre à la direction générale.

Une capsule d'information sous forme de questions-réponses a été régulièrement envoyée aux employés (9 parutions) afin de les préparer à la visite. Différents thèmes étaient abordés à l'intérieur de celle-ci. Nous avons obtenu un bon taux de participation à ces capsules.

Beaucoup d'efforts ont été investis au niveau du Cheminement des usagers qui constitue une POR (pratique organisationnelle requise pour Agrément Canada), notamment par la mise en place des admissions le jour même, la révision des processus préopératoires, la politique de congé des patients, les rencontres de gestion de lits, etc. Ces différentes actions ont largement contribué à diminuer les durées moyennes de séjour et à améliorer l'accès à nos services.

Une des pratiques organisationnelles requises, soit le bilan comparatif des médicaments, a connu de grandes difficultés au niveau de l'implantation et l'échéance prévue au plan d'action n'a pu être respectée principalement en raison d'absences maladie de techniciennes en pharmacie. La mise en place est donc reportée en juin prochain.

L'utilisation de la stérilisation rapide demeure problématique cependant un plan d'action a été établi afin d'y remédier. On y prévoit notamment l'achat d'équipements supplémentaires et la mise en place et le respect rigoureux de l'ordonnancement des listes opératoires.

Au terme de l'année financière 2014-2015, la plupart des équipes se sentaient prêtes et confiantes face à la visite d'Agrément Canada.

Sécurité des soins et des services

Gestion des risques

Cette année, la sécurité des soins et services s'est déroulée sous le signe de notre préparation à la visite d'Agrément Canada qui aura lieu du 27 au 30 avril prochain. Les différentes équipes se sont bien investies dans ce processus où la sécurité de l'usager est au cœur des travaux. Aussi, l'équipe de base du programme Ampro Plus (Approche Multidisciplinaire en Prévention des Risques Obstétricaux) entame quant à elle sa cinquième année de fonctionnement. Les responsables font preuve d'engagement et de professionnalisme pour l'atteinte des objectifs fixés et tout le personnel soignant de l'unité mère-enfant est impliqué dans les activités. Comme par les années précédentes, une tournée de sensibilisation à la gestion des risques s'est déployée dans tous les établissements de notre CSSS. L'objectif est d'assurer une compréhension commune pour les employés des notions et des responsabilités liées à la gestion des risques : déclaration, divulgation, incident, accident, évènement sentinelle, etc.

Le comité de gestion des risques et de la qualité

Cette année, notre activité de promotion de la gestion intégrée des risques a pris une formule différente. Effectivement, nous avons concentré les activités de tous les secteurs dans un seul et même endroit. Les journées de la gestion intégrée des risques ont donc eu lieu les 23 et 24 septembre 2014 à la salle Michel Michaud du centre hospitalier. Plusieurs activités étaient offertes durant ces deux journées. Des kiosques ayant pour thème les sujets suivants : Agrément et communications, gestion des risques et agrément, sécurité de l'information, qualité des soins et prévention des infections, permettaient aux employés de recevoir des informations recherchées. Entreprise en santé proposait également l'activité « Pédale ton smoothies » ainsi que des massages sur chaise. De plus, une « scène de risques » a été élaborée pour rendre la visite dynamique et participative. Un mini Ipad a également été tiré parmi tous les participants, à titre incitatif. Cette nouvelle formule a suscité beaucoup d'intérêt et le comité envisage renouveler l'expérience.

La parution du Bulletin Info-Sécur se poursuit aux 2 mois. Les sujets sont soigneusement choisis afin de refléter notre réalité organisationnelle et couvrir tous les secteurs d'activités. Une section Bons coups vise à reconnaître le travail du personnel en matière de gestion des risques en plus des rappels à la vigilance. Ces bulletins sont diffusés à tout le personnel.

Mesures de contrôle et d'isolement *

Pour ce qui est des mesures de contrôle et d'isolement au centre d'hébergement de soins de longue durée, nous constatons une baisse du nombre d'utilisations et ce, depuis quelques années. Effectivement, en 2012-2013, pour 51 personnes, 125 contentions avaient été utilisées alors qu'en 2013-2014, pour le même nombre de résidents, 104 contentions ont été utilisées. En 2014-2015, pour 48 résidents, 83 contentions ont été utilisées. Tout nous porte à croire que les mesures alternatives à la contention sont mieux connues et plus utilisées par le personnel.

Au centre hospitalier, la compilation de données fiables pour les mesures de contrôle et d'isolement demeure problématique puisque celle-ci est saisie manuellement et les indicateurs utilisés ne sont pas toujours les mêmes. Cependant, la direction des soins infirmiers est à la recherche de nouveaux outils de compilation, en collaboration avec nos partenaires des CSSS de la région. Une formation sur l'installation des contentions avec un patient agité a été offerte au personnel soignant (de jour, de soir et de nuit) des départements de psychiatrie et de l'urgence. Aussi, un

document de référence concernant les mesures alternatives à la contention a été produit pour les unités de soins et un plan de formation est en cours.

Recommandations du Coroner

Comme pour la période 2013-2014, aucun rapport du Coroner n'a été transmis à la responsable de la gestion des risques et de la qualité pour notre CSSS pour la période 2014-2015.

Examen des plaintes et la promotion des droits des usagers

Pour l'année 2014-2015, l'établissement a reçu un total de 22 plaintes soit une légère diminution comparativement à l'année dernière où nous avions reçu 26 dossiers de plainte. Le nombre d'interventions est demeuré stable avec 8 interventions pour l'année 2014-2015 comparativement à 7 pour l'année précédente.

Les motifs de plainte et d'intervention sont de façon générale assez variés. C'est l'aspect de *l'Organisation du milieu et les ressources matérielles* qui a reçu le plus grand nombre d'insatisfaction avec 32% des objets d'insatisfaction. Les *Soins et services dispensés* ont représenté 20% des insatisfactions. L'*Accessibilité* ainsi que *les Relations interpersonnelles* furent le motif d'insatisfaction dans 16% des dossiers.

Mesures correctives et recommandations
Pour l'année 2014-2015, 18 mesures furent mises en place dans le cadre du régime d'examen des plaintes. De ce nombre, 7 mesures avaient une portée individuelle, les autres étant systémiques. Tous les dossiers soumis ont été accueillis avec une grande ouverture par les gestionnaires et le personnel, et ils ont été traités avec diligence. Leur contribution positive au traitement des plaintes démontre leur engagement envers la clientèle et a permis de s'assurer du respect et des droits des usagers.

Bilan des assistances
Le nombre d'assistances a sensiblement augmenté comparativement à l'année dernière avec 41 assistances plutôt que 38. Ce type d'action a permis de donner l'information pertinente, de clarifier certaines situations, de servir de lien dans l'obtention de service, et, parfois même, d'être uniquement une écoute qui rassure la clientèle sur la qualité des services offerts par l'établissement.

Bilan des consultations
Le nombre de consultations est demeuré stable avec 9 demandes de consultation. Dans les dernières années, la présence de la commissaire et son implication dans les formations des gestionnaires et intervenants ont contribué à diminuer le nombre de consultations.

LES PLAINTES

Plaintes selon le niveau de traitement

	En traitement en début d'année	Total Reçue 2014-2015	Conclues dans l'année	En traitement en fin d'année	Transmise au 2e palier	Transmise au 2e palier
Commissaire aux plaintes	**0**	**22**	**22**	**0**	**0**	**0**
Médecin examinateur	**4**	**2**	**5**	**1**	**0**	**0**
TOTAL	**4**	**24**	**27**	**1**	**0**	**0**

Plaintes reçues pour chaque mission

Missions	Commissaire aux plaintes	Médecin examinateur
Centre hospitalier CH	10	2
Centre d'hébergement Harricana (CHH)	10	0
CLSC	2	0
TOTAL	22	2

Objets de plaintes traitées pendant l'exercice*

Objets de plaintes	Commissaire aux plaintes	Médecin examinateur
Accessibilité	4	0
Aspect financier	1	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	8	1
Relations interpersonnelles	4	2
Soins et services dispensés	5	1
Droits particuliers	3	1
autres	0	0
TOTAL	25	5

* Une plainte peut comporter plus d'un motif (objet) d'insatisfaction

Temps de traitement

	Commissaire aux plaintes		Médecin examinateur	
Moins de 45 jours	22	100%	1	20%
Plus de 45 jours	0	0%	4	80%

Demandes d'assistance, d'interventions et de consultations

	TOTAL
Plaintes	22
Assistances (soutien fourni sans dépôt de plainte)	41
Interventions (sur demande ou à l'initiative du commissaire)	8
Consultations (sur demande de professionnels)	9
TOTAL	80

Le rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est disponible au bureau de la direction générale du Centre hospitalier d'Amos.

Les modes d'information et de consultation de la population

La diffusion d'information à la population se fait de manière régulière via divers moyens énumérés dans notre politique et procédure de communication qui a pour objectif d'assurer une communication ouverte et constante, de manière cohérente, en temps opportun et en quantité suffisante, à toutes les clientèles de l'organisation.

Les principaux moyens utilisés pour informer la population sont les suivant :
- Site internet : www.csssea.ca;
- Journées porte-ouverte;
- Rencontres d'information;
- Documents/matériel utilisés à des fins informationnelles et/ou promotionnelles
- Communication avec les médias (publicité, communiqués de presse, conférences de presse, etc.).

Par ailleurs, en ce qui concerne la consultation de notre population, nous avons quelques moyens mis en place. Notre programme d'appréciation de la qualité (PAQ) précise l'importance de connaître les besoins et la satisfaction de notre clientèle. Il s'agit là de la qualité perçue par nos usagers et elle est primordiale à l'amélioration de nos soins et services.
Les moyens mis en place par notre organisation sont les suivants :

- Un sondage effectué auprès des usagers de nos différents programmes, et ce, aux 3 ans, en préparation de nos visites d'Agrément Canada;

- Des sondages de satisfaction dits « maison », présents dans différents services;

- Des sondages de satisfaction dits « maison » et remis à tous les usagers hospitalisés à même le guide d'accueil;

- La présence du comité des usagers et du comité des résidents qui apportent de précieux commentaires et recommandations permettant d'améliorer nos soins et services;

- Une commissaire locale aux plaintes attentive qui s'assure d'informer le comité de vigilance et de la qualité en permanence sur les améliorations à effectuer;

- Une section sur le site internet permettant aux usagers d'émettre leurs commentaires et/ou leurs questions;

- Des boîtes à suggestions et commentaires disponibles à différents endroits, incitant les gens à nous aider à mieux les servir. Chacun des commentaires recueillis est discuté au comité de direction et un suivi est accordé.

- La participation d'un représentant des usagers à deux projets d'amélioration continue Lean.

Les constats en découlant:

Notre clientèle semble très satisfaite de nos soins et services. Nous avons le défi de maintenir ce degré de satisfaction. De plus, nous sommes convaincus qu'il y a toujours place à l'amélioration. Le rapport du comité de vigilance et de la qualité, de la commissaire locale aux plaintes, du comité des usagers, du comité des résidents, des divers autres comités et de toutes les directions qui

apparaissent au présent rapport annuel vous convaincront que nous prenons action chaque fois qu'il nous est possible d'améliorer nos soins et services en fonction de nos priorités stratégiques mais aussi des commentaires reçus de nos usagers.

Voici les résultats du dernier sondage d'Agrément de 2014-2015.

Sondage satisfaction des usagers du CH et CLSC

- 88% de satisfaction globale
- 90% des clients sont satisfaits des relations avec notre personnel
- 88% des clients sont satisfaits de la prestation professionnelle qu'ils reçoivent
- 86% des clients sont satisfaits de l'organisation de nos services

Sondage satisfaction des résidents et leurs proches du CHH

- 84% de satisfaction globale
- 86% des clients sont satisfaits des relations avec notre personnel
- 83% des clients sont satisfaits de la prestation professionnelle qu'ils reçoivent
- 83% des clients sont satisfaits de l'organisation de nos services

5 - ACTIVITÉS DES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DES CONSEILS PROFESSIONNELS

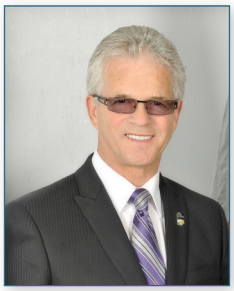
Les membres du conseil d'administration

François Lemire
Président
Coopté

Richard Vallée
Vice-président
Population

Hélène Desjardins
Secrétaire
Directrice générale

Jacques Riopel
Désigné Fondation



Lionel Pelchat
Population

Léandre Paré
Comité des usagers

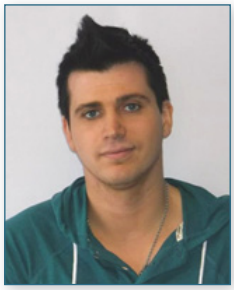
Marthe Bélanger
Comité des usagers

Françoise Pomerleau
Désignée par
l'ASSSS A-T*

Maryse Thibault
Désignée par
l'ASSSS A-T*

Dr Yves Paradis
Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens

Jean-François Drouin
Conseil des infirmières
et infirmiers



Jonathan Hébert
Conseil
multidisciplinaires

Céline Perron
Personnel
non clinique

Annie Desrochers
Membre cooptée

Danyelle Gonthier
Membre cooptée

Patricia Bédard
Membre cooptée

Sylvie Gagnon
Membre cooptée

Ghislain Roy
Membre coopté

*Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Les conseils et les comités institués en vertu de la loi

Comité administratif
François Lemire*, président
Richard Vallée*, vice-président
Jean-François Drouin*, administrateur
Vacant, administrateur
Hélène Desjardins**, directrice générale

Comité de vérification
Mme Maryse Thibault*, présidente
Mme Danyelle Gonthier*
M. Léandre Paré*
M. Sylvain Bouchard**, directeur des ressources financières (intérimaire)

Comité de révision
M. Lionel Pelchat*, président
Dr Jean-Yves Boutet, comité trauma
Dr Félix Gallard, chirurgien

Comité de gouvernance et d'éthique
M. Lionel Pelchat*, président
Dr Yves Paradis*
Mme Françoise Pomerleau*

Comité de vigilance et de la qualité
M. Léandre Paré*, président
M. Richard Vallée*, vice président
Mme Annie Desrochers*
Mme Francine Pelletier, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Mme Hélène Desjardins, directrice générale
Martine Doyon**, conseillère à la direction générale
Guylaine Audette, adjointe à la direction générale, secrétaire d'assemblée

Comité de bioéthique
Dre Isabelle Robitaille, omnipraticienne, présidente
Me Éric Benoît, vice-président, avocat
Dr Robert Adam, orthopédiste
Dr Belkacem Bouchek, psychiatre
Dre Liette Boyer, oncologue
Dre Ève Darcy, omnipraticienne
Mme Patricia Jolin, psycho-éduc. CLSC
Mme France Lachance, infirmière clinicienne, assistante infirmière-chef au bloc opératoire
Mme Carmen Lanoix, animatrice Pastorale CHSLD
Mme Lucie Lechasseur, Inf chef médecine générale
M. Pierre Lesage, travailleur social santé mentale

Mme Monique Pleau, infirmière-chef par intérim, médecine et psychiatrie interne
Mme Diane Raby, directrice des soins infirmiers
Dr Denis Rivest, omnipraticien

Comité de pharmacologie
Dre Paule Warren, interniste, présidente
Mme Lise Côté, pharmacienne
Dre Ève Darcy, omnipraticienne
M. David DeMaupeou, pharmacien
Mme Sylvie Gaudreau, conseillère clinique soins infirmiers CH
Dr Daniel Martin, anesthésiste
Dr Maed Osili, oncologue
Dr Jean-Mathieu Racicot, anesthésiste
Dre Louise Roux, neurologue
Mme Lyne Trépanier, conseillère clinique soins infirmiers CLSC et CHSLD

Comité central d'évaluation de la qualité de l'acte médicale, dentaire et pharmaceutique
Dre Micheline Letendre, présidente, omnipraticienne
Dre Suzanne Cinq-Mars, anesthésiste
Dre Mariléna DeBujanda, pathologiste
Dre Pascale Dubé, ophtalmologiste
Dr Sepher Javaheri, interniste
Dr Daniel Lévesque, ORL
Dre Daniela Mocanu-Prisecariu, psychiatre
Dre Noémie Noël-Beau, omnipraticienne
Dr Yves Paradis, omnipraticien

Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Dre Natalie Cormier, présidente, omnipraticienne
Dre Marika Hamel-Cyr, vice-présidents, omnipraticienne
Dre France Picard, trésorière, omnipraticienne
M. David DeMaupeou, pharmacien
Mme Hélène Desjardins, directrice générale
Dr Richard Jodoin, plasticien
Dre Lyse Landry, directrice des services professionnels et hospitaliers
Dr Pierre-Olivier Roy, anesthésiste
Dr Stéphane Terrault, omnipraticien

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)
M. Jean-François Drouin, président, Chef administratif programmes santé publique et services généraux
Mme Diane Raby, Directrice soins infirmiers et santé physique
Mme Sylvie Gaudreau, Conseillère clinique soins infirmiers
Mme Lyne Trépanier, Conseillère clinique, soins infirmiers
Mme Nathalie Marcotte, Ass. Sup. santé mentale
Mme Amélie Mercier, Infirmière clinicienne
Mme Sylvie Larochelle, présidente CIIA

Comité des résidents du Centre d'Hébergement Harricana
Mme Marie Grondin, présidente, représentante des familles
Mme Sylvie Dénommé, représentante des familles
Mme Francine Lequin, résidente au CHSLD Les Eskers
Mme Nicole Matte, représentante des familles
Mme Marie-Pier Dubois**, intervenante sociale

Comité des usagers
M. Jacques Leblanc, président, services du CLSC
M. Léandre Paré* vice- président, services hospitaliers
Mme Marthe Bélanger*, services de première ligne
Mme Pauline Fredette, services hospitaliers
M. André Goyette, services d'hébergement
Mme Marie Grondin, membre nommée, représentante du Comité des résidents
Mme Mélanie Sigouin**, agente de planification programme et recherche

Comité de gestion intégrée des risques et de la qualité (CGIRQ)
M. Richard Vallée*, président
Mme Diane Raby, Directrice des soins infirmiers
Mme Sonia Caplette, Chef de service santé et sécurité au travail
Mme Hélène Desjardins, Directrice générale
Mme Lise Dicaire, Directrice services 1re ligne
Mme Martine Doyon, Cons. D.G., responsable gestion intégrée des risques
Mme Sylvie Gaudreau, Conseillère clinique en soins infirmiers
Mme Marie-Claude Lacombe, Directrice programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
M. Denis Mercier, Conseiller prévention infections
Mélanie Sigouin, Agente de planification programmation recherche
Isabelle Lord, Chef des services archives, accueil et téléphonie
Louis Gilbert, Chef hygiène et salubrité, buanderie, sécurité
François Dion, Directeur des ressources matérielles et informationnelles
Lyse Landry, Directrice des services professionnels et hospitaliers

Conseil Multidisciplinaire
Mme Mélanie Sigouin, présidente, agente de planification programme et recherche
M. Benoit Gagné, vice-président, chef de service d'Orthocentre Plus
Mme Audrey Bérubé, trésorière, ergothérapeute
Mme Marie-Eve Dupuis, secrétaire, nutritionniste
Mme Nancy Bédard, thérapeute en réadaptation physique
Mme Marie-Eve Boisclair, nutritionniste
Mme Caroline Hallée, conseillère activités cliniques (intérimaire)

* Membre du conseil d'administration
** Personne-ressource

Comité des usagers

Les comités des usagers et des résidents : Une neuvième année (2006-2015)

Nous avons renouvelé avec l'établissement l'entente de libération de deux personnes ressources, soit Marie-Pier Dubois pour le comité des résidents et Mélanie Sigouin pour le comité des usagers. Le rôle des ces personnes est de réaliser l'ensemble de la coordination des projets et de soutenir les actions des comités. Elles sont également un lien indispensable avec les diverses directions concernées. En contrepartie, le comité des usagers s'est engagé à rembourser à l'établissement un montant de 7 000 $ pour le temps utilisé par ces deux personnes. Nous tenons à les remercier pour leur implication, leur soutien indéfectible et leur grande disponibilité.

Deux postes furent comblés sur le conseil d'administration du comité des usagers. Mme Marthe Bélanger fut nommée, le 18 septembre 2014, en remplacement de Mme Sabrina Castelli et Mme Pauline Fredette fut nommée, le 24 février 2015, en remplacement de M. Gérard Auger. Aussi, les officiers suivants furent nommés en date du 28 octobre 2014 : Jacques Leblanc à la présidence, Léandre Paré à la vice-présidence, et Mélanie Sigouin au secrétariat, comme personne ressource.

Mme Marie Grondin (présidente du comité des résidents) a informé tout au long de l'année le comité des usagers quant aux actions et préoccupations du comité des résidents. À noter qu'une des fonctions du comité des usagers est d'allouer un budget au comité des résidents, pour lui permettre de fonctionner. Ce montant s'est établi à 1 000.$ en 2014-2015. Nous tenons à souligner la grande et précieuse implication de Mme Marie Grondin dans la promotion et la défense des droits des usagers du Centre d'hébergement de soins de longue durée(CHSLD).

Après plusieurs mois de questionnements et d'incertitude, nous avons finalement été informés que la loi 10 confirmait l'existence et le financement des comités des usagers et des résidents.

***Principales activités réalisées par le comité des usagers en 2014-2015**

-Nous avons tenu sept réunions régulières, en plus de l'assemblée générale annuelle :

- 24 avril 2014
- 15 mai 2014
- 5 juin 2014 (assemblée générale annuelle)
- 18 septembre 2014
- 28 octobre 2014
- 9 décembre 2014
- 13 janvier 2015
- 24 février 2015

Nous avons participé à sept rencontres régionales impliquant les présidents et les personnes ressources disponibles :

- 22 mai 2014 (concertation sur un plan d'action régional 2014-2016)
- 13 juin 2014 (conférence téléphonique sur affaires courantes)
- 2 octobre 2014 (concertation sur affaires courantes)
- 8 novembre 2014 (ressourcement sur les droits et obligations des usagers)
- 21 novembre 2014 (formation en marketing social)
- 4 décembre 2014 (concertation sur affaires courantes)
- 22 janvier 2015 (concertation sur affaires courantes)
- 16 mars 2015 (formation en marketing social)
- 27 mars 2015 (conférence téléphonique sur affaires courantes)

La promotion des droits des usagers

De tradition, depuis les dernières années, la semaine de promotion des droits des usagers avait l'habitude de se tenir au cours du mois de février. Par contre, avec la loi 10, nous avons passé plusieurs mois dans l'incertitude quant au devenir des comités des usagers et des résidents. À cause de cela, une décision fut prise au niveau régional, à l'automne 2014, de reporter à l'automne 2015 la tenue de cette grande semaine de promotion.

Au cours de la dernière année, nous avons quand même effectué plusieurs activités de nature à faire connaître le comité des usagers et à faire la promotion des droits des usagers et la qualité des services, tout en ayant un œil ouvert sur les impacts de la loi 10. En voici quelques exemples :

- la distribution en décembre dernier des calendriers 2015;
- distribution dans les journaux d'une chronique sur la confidentialité;
- mise à jour des tableaux représentant les membres du comité des usagers;
- financement d'un projet en cours de 20 peintures murales au CHSLD, au montant de 7,500.$. Le vernissage de ces peintures murales est prévu en juin 2015.
- révision du guide d'accueil des usagers au CH;
- participation financière au projet de la clinique juridique Juripop, traitant de la maltraitance envers les aînés. Une journée de formation sur le sujet est prévue à Amos en juin prochain;
- financement d'un tableau aidant les usagers à s'orienter au quotidien au sixième étage du CH.
- rencontre avec Mme Marie-Claude Lacombe pour échanger sur les suites de l'enquête portant sur les services dispensés sur le troisième étage du CHSLD;
- participation à une rencontre sur les résultats d'une visite ministérielle au CHSLD;
- participation à une rencontre du comité des résidents et des familles au CHSLD;
- participation à la journée de la gestion intégrée des risques au CH;
- reconnaissance des bienfaits du projet d'intégration des nouveaux préposés au CHSLD;
- participation à une activité de réflexion sur la gouverne dans le cadre d'une démarche régionale de mobilisation (loi 10).

Concours superstar

Le concours superstar fut lancé en février dernier, avec une échéance fixée à la fin mars 2015 pour la réception des mises en candidature. Depuis le lancement de ce concours en 2008, nous avons toujours reçu une moyenne de 12 à 15 mises en candidature selon les années. Cependant cette année, après plusieurs rappels, nous n'avons reçu que 9 mises en candidature. Nous pouvons expliquer cette baisse par le climat d'incertitude et de turbulence créé par les impacts de la loi 10 et des changements confirmés ou appréhendés concernant les conditions de travail du personnel du réseau. Nous sommes toutefois très heureux de la qualité des candidatures reçues cette année.

Le concours superstar doit être maintenu et consolidé malgré les changements apportés aux structures du réseau. Dans le cadre d'une rencontre de ressourcement régional tenue à Rouyn le 8 novembre dernier et regroupant plusieurs représentants des comités des usagers et des résidents, Jacques Leblanc a présenté notre concours superstar comme étant le coup de coeur de notre comité des usagers.

De plus, rappelons que notre comité des usagers est membre du CPM (conseil pour la protection des malades). Nous avons récemment été informés que Mme Nicole Trottier, présidente du

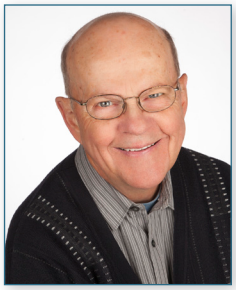
comité des usagers du CSSS de La Sarre et représentante du CPM en région, avait déposé notre candidature pour notre concours superstar, et ce, pour un prix lors du prochain colloque annuel du CPM prévu à la fin mai prochain. C'est à suivre…!

***Principaux défis pour 2015-2016**

- Poursuite des activités de promotion des droits des usagers et du concours superstar;
- Participation à la création et aux activités du comité des usagers du CISSS;
- Poursuite de la formation en cours sur le plan de communication;
- Poursuite de la formation sur le plan d'action en mai 2015 et sur la maltraitance en juin 2015;
- Prévoir des élections, conformément à nos règlements.

Jacques Leblanc
Président par intérim

Membres élus en 2012 pour un mandat de 4 ans



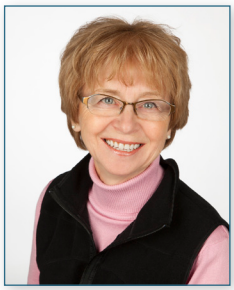
Jacques Leblanc
Président
Services de
première ligne

Léandre Paré
Vice-président
Services hospitaliers

Marthe Bélanger
Services de
première ligne

Pauline Fradette
Services hospitaliers

André Goyette
Services
d'hébergement



Marie Grondin
Représentante du
Comité des résidents

Mélanie Sigouin
Agente planification
programmation
et recherche

Comité des résidents

Au cours de l'année 2014-2015, les membres ont tenu huit réunions régulières, deux rencontres spéciales pour connaître la satisfaction des résidents présents et/ou de leur représentant et deux réunions spéciales pour préparer ces rencontres des familles. Nous tiendrons aussi une rencontre pour présenter le rapport annuel le mercredi 3 juin 2015.

Le comité travaille fort à promouvoir la promotion et le respect des droits des usagers et résidents du CHSLD en ayant *une sensibilité particulière pour la clientèle la plus vulnérable.*

Pour faciliter les suivis et les rappels, la direction nous fournit un tableau après nos rencontres. Merci.

Cette année fut marquée par la visite du ministère et un plan d'action a été établi par la direction afin d'améliorer certains points.

Au terme de cette année, nous tenons à remercier spécialement Mme Marie-Claude Lacombe qui nous a soutenus dans nos demandes, et souhaitons la bienvenue à Mme Lyne Ricard dans ses nouvelles fonctions.

Merci au personnel qui se dévoue pour améliorer les conditions de vie de nos résidents.

Un merci spécial à notre personne ressource, Marie-Pier Dubois et nous vous disons à l'an prochain !

Marie Grondin, présidente *Francine Lequin*, secrétaire

Fonction du comité : ***Renseigner les résidents et ou leur représentant.***			
Actions prévues	**Quand ?**	**Qui ou Quoi ?**	**Évaluation**
Feuillet : L'écho du comité après chaque rencontre.	Toute l'année.	Personne-ressource	Le comité a produit 9 feuillets dans l'année.
Former un comité pour remettre en personne les cartes pour nous faire connaître.	Tous les mois aux anniversaires des résidents.	Francine, Gilles, Sylvie et Marie.	Tout au long de l'année, bien apprécié des résidents.
Assister à toutes nos rencontres et à celles du comité des usagers et transmettre les informations dans les deux sens.	Toute l'année.	Les membres et la déléguée.	9 rencontres régulières, 3 spéciales, 2 rencontres des familles et la déléguée a assisté à 5 rencontres du comité des usagers.
Formation à Palmarolle sur le mandat du comité.	15 octobre 2014	Marie Grondin	Belle rencontre avec maître Dupuis.
Participer à une journée de ressourcement à Rouyn.	Le 8 novembre 2014	La présidente, Marie Grondin	Très intéressant.

Suivi à donner après la rencontre des familles.	En décembre 2014 et avril 2015.	Compte-Rendu et rencontre avec la direction.	Envoi par courriel ou par courrier aux personnes le désirant.
Autre : Faire connaître le comité.	Avant la fin d'année et poursuivre avec échange de photos.	Commande de panneaux réutilisables avec photos et texte.	Fait au 3e étage.
Fonction du comité : ***Promouvoir l'amélioration de la qualité de vie de nos résidents et sonder leur satisfaction.***			
Les boîtes à suggestions.	Les ouvrir à chaque rencontre.	Les membres du comité.	Elles sont plus visibles.
Les demandes faites en personne ou au téléphone.	Faire une action le plus tôt possible.	Le comité et l'aide du personnel et de la direction.	À poursuivre
Informer la direction de tous besoins d'amélioration.	Dans les plus brefs délais.	Le comité et/ou la personne ressource.	Temps réservé à la direction lors de nos rencontres
Surveiller d'une façon toute spéciale, l'alimentation, la sécurité, la propreté et les activités pour les usagers.	Observation par tous. Rencontre avec les évaluateurs. Recommandations discutées avec la direction.	Les résidents, les membres et leur famille.	Suivi et documents fournis par la direction sur les améliorations.
Fonction du comité ***: Défendre les droits et les intérêts collectifs des résidents***.			
Organiser une rencontre spéciale pour les Résidents et/ou leur représentant pour sonder leur satisfaction.	Les 2 novembre 2014 et 12 avril 2015.	Le comité et la personne ressource, les membres du comité et les résidents ou leur représentant.	Rencontres tenues comme prévu. De beaux échanges où les participants ont pu recevoir des réponses à leurs questions et/ou exprimer leur insatisfaction.
Participer à toutes les réunions du comité des Usagers	28 octobre et 9 décembre 2014, 13 janvier, 24 février et 12 mai 2015. Puis à l'AGA du 4 juin 2014.	La personne déléguée.	Assisté à 5 rencontres, le comité appuie nos demandes d'amélioration pour la qualité de vie.
Demander l'aide de la commissaire aux plaintes, l'inviter à nos rencontres.	Au besoin.	Mme Francine Pelletier.	Elle a assisté à quelques rencontres sur invitation et à une rencontre des familles.

Soyons les yeux, les oreilles et la voix de nos résidents !

Plan d'action 2015-2016

Pour l'année 2015-2016, nous comptons poursuivre notre travail concernant les objectifs suivants :

- Poursuivre la collaboration avec la direction pour améliorer la qualité du milieu de vie;
- Renseigner les résidents sur leurs droits;
- Participer aux rencontres avec le Comité des Usagers;
- Participer à la semaine de promotion des droits des usagers;
- Demeurer à l'écoute des préoccupations des résidents;
- Donner un compte-rendu mensuel de nos actions par l'Écho du comité;
- Faire une ou deux rencontres avec les résidents et/ou leur représentant, pour les informer et avoir leurs commentaires sur leur milieu de vie;
- Points à suivre : repas spéciaux, présence au changement de quart, propreté des meubles et des lieux, alimentation, sécurité, laveuse-sécheuse, abri pour fumeurs et tout ce qui concerne le milieu de vie.

Marie Grondin
Présidente
Représentante des familles et représentante au comité des usagers

Nicole Matte
Représentante des familles

Francine Lequin
Secrétaire et résidente
CHSLD Les Eskers

Sylvie Dénommée
Représentante des familles

Jocelyne Therrien
Résident au CHSLD

Marie-Pier Dubois
Travailleuse sociale et personne-ressource
CHSLD Les Eskers

Comité des Auxiliaires bénévoles

Pour l'année 2014-2015 le comité des Auxiliaires Bénévoles est composé de trente-sept membres, dont sept membres honoraires. Un membre honoraire est toujours actif au service de la pastorale. Douze membres sont actifs dans plus d'un service. Nous avons accueilli au cours de l'année deux nouvelles bénévoles à temps plein à la boutique.

Sept personnes sont venues prêter main-forte à nos bénévoles, soit pour le chariot, la boutique, la vente de pommes et l'été dernier une personne pour la période d'été pour le service des collations en oncologie.

Du 1er janvier au 31 décembre 2014 les bénévoles ont effectué un total de **5 302 heures de bénévolat** réparties dans différents services et/ou activités.

Quelques statistiques : À l'administration, comptabilité et secrétariat, dix bénévoles pour un total de 978 heures. Les huit bénévoles de l'accueil ont effectué 665 heures. À la boutique et aux achats, seize bénévoles pour un total de 3 016 heures. Les huit bénévoles de la pastorale ont donné 320 heures.

Le conseil d'administration des auxiliaires bénévoles s'est réuni cinq fois en 2014-2015, le comité de Noël, une fois. Une réunion de l'équipe de l'accueil s'est tenue en août 2014 et l'équipe de la boutique s'est rencontrée en janvier dernier.

En plus des tâches régulières accomplies par les bénévoles, nos membres ont participé à diverses activités. Nous avons débuté l'année en soulignant notre 35e anniversaire de fondation le 9 mai 2014. Quarante-six bénévoles anciens et actuels, ainsi que quelques invités se sont rencontrés lors d'un 5 à 7 qui s'est tenu à l'Hôtel des Eskers. Lors de cette soirée, trois membres âgés de 75 ans et ayant plus de quinze ans de service ont été nommés membres honoraires, ce sont Mesdames Thérèse Lavoie, Jacqueline Boisvert et Olivette Larouche.

Madame Thérèse Lavoie, bénévole depuis 35 ans a reçu un présent et elle a été honorée comme bénévole du 35e. Madame Micheline Desjardins a également reçu nos remerciements pour ses huit années à la présidence du conseil d'administration des Auxiliaires bénévoles.

L'assemblée générale annuelle s'est tenue le 28 mai 2014, vingt-quatre membres étaient présents. Madame Mariette Pelletier a été nommée bénévole de l'année 2013-2014. Elle a reçu un certificat d'honneur et un certificat cadeau de la boutique Orchidée. Étaient également présentes Madame Hélène Desjardins, directrice générale du CSSS les Eskers de l'Abitibi et Madame Mélanie Sigouin, agente de planification, programmes et recherche à la direction générale.

Dix-neuf personnes étaient présentes au brunch annuel offert par Madame Hélène Desjardins, directrice générale du Centre de santé et des services sociaux Les Eskers de l'Abitibi, le 8 juin 2014. Du 15 au 17 juin, neuf bénévoles ont assisté au congrès annuel de l'ABSQ qui s'est tenu à Rouyn-Noranda. Madame Thérèse Lavoie a reçu le prix de la bénévole de l'année ainsi qu'un certificat d'honneur et un chèque qui lui ont été remis.

Nous avons innové cette année en présentant les nouveautés de la boutique dans le hall d'entrée du Centre Hospitalier, le 23 octobre 2014. La vente de pommes s'est tenue les 27 et 28 octobre 2014. Le 11 décembre nous avons récidivé en offrant une nouvelle fois dans le hall d'entrée nos articles de la boutique. En mars dernier, une vente d'inventaire a eu lieu. Au cours de l'année nous avons fait quatre tirages, soit celui d'une toile, d'un toutou pour Noël, un bibelot à la St-Valentin et un autre toutou pour Pâques.

Le souper des fêtes s'est tenu le 9 janvier 2015, vingt-huit personnes étaient présentes, incluant Madame Hélène Desjardins, directrice générale et Madame Mélanie Sigouin. À cette occasion nous avons souligné le départ de cinq bénévoles, soit, Mesdames Jacqueline Boisvert, Mariette Provencher, Olivette Larouche, Yolande Pinard et Monsieur André Matte.

Au cours de la dernière année, le comité des auxiliaires bénévoles a reçu sa nouvelle charte, et a reçu les documents attestant comme étant un organisme sans but lucratif (OSBL) reconnu par le Ministre du Revenu.

Pour l'année 2013-2014 le comité des Auxiliaires bénévole a remis à la Fondation Hospitalière la somme de 20,000.$. La Maison du Bouleau Blanc a reçu un don de 1 500$ et l'organisme a contribué à l'achat de paniers de Noel pour un montant de 550 $. Des fleurs ont été distribuées à l'occasion de la Fête des Mères aux mamans hospitalisées et également pour la Fête des Pères aux papas hospitalisés.

En terminant, en tant que présidente, je tiens à remercier les membres du conseil d'administration pour leur excellente collaboration. Merci aussi aux bénévoles qui chaque jour sont présents à l'hôpital ou au CHSLD et contribuent à leur façon au bien-être des bénéficiaires. Un merci spécial à ces bénévoles de la boutique pour leur très grande disponibilité.

Je me dois aussi de souligner l'excellente collaboration de Madame Guylaine Audette, adjointe à la direction générale, pour son soutien et tout le travail de secrétariat au cours de l'année. Merci également à Madame Mélanie Sigouin, agente de planification, programmation et recherche à la direction générale pour sa disponibilité et son écoute.

Jacqueline Coulombe
Présidente

Les membres du conseil d'administration des Auxiliaires bénévoles

Mme Jeanne d'Arc Fugère, secrétaire, Mme Cécile Gagnon, conseillère,
Mme Jacqueline Coulombe, présidente, Mme Gisèle Hull, conseillère,
Mme Raymonde Thériault, trésorière, Mme Marie-Rose Therrien, conseillère,
Mme Mariette Pelletier, vice-présidente

Comité de bioéthique

Pour une quatrième année consécutive, aucune demande d'avis au comité de bioéthique n'a été formulée. Le comité ne s'est donc pas réuni.

Des membres du comité de direction du CSSS ont demandé à rencontrer la présidente du comité de bioéthique, mais cette rencontre a été annulée à deux reprises.

Une responsable de l'agrément du CSSS fut rencontrée lors de sa visite en avril dernier et ses questions furent répondues.

Je désire souligner l'initiative d'une infirmière de notre urgence qui, sans que ceci ne soit une initiative du comité de bioéthique, a développé un feuillet expliquant les niveaux de soins aux usagers. Ce feuillet est en voie d'être accepté pour être distribué dans les GMF, ainsi qu'à l'hôpital.

Par ailleurs, dans le contexte du nouveau CISSS, le comité de bioéthique sera sûrement appelé à être réorganisé au cours des prochains mois.

Isabelle Robitaille, M.D.
Présidente du comité de bioéthique

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Nathalie Cormier
Présidente
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Il me fait plaisir de vous transmettre mon 3e rapport annuel à titre de présidente du CMDP du CSSS Les Eskers de l'Abitibi.

Le CMDP du CSSS Les Eskers de l'Abitibi compte 90 membres dont 10 ont un statut de membre associé et 3 ont un statut de membre honoraire.

Le CMDP s'est réuni en assemblée générale à deux reprises au cours de l'exercice financier. Son assemblée générale annuelle s'est tenue le 2 juin 2014 au restaurant Le Moulin.

Notre CMDP s'est attardé, au cours de la dernière année, principalement sur la notion de qualité de l'acte professionnel. Notre vision de la qualité de l'acte professionnel est claire, comprise et partagée par tous les membres du CMDP. Ceci se reflète par la qualité des soins offerts aux patients de la MRC ainsi que de la région. Chacun des comités obligatoires du CMDP a exécuté son mandat respectif en gardant en tête cette vision.

L'unité de médecine de jour a continué de démontrer sa grande utilité au sein de l'organisation des soins.

L'INESSS a visité notre centre secondaire de trauma qui s'est très bien classé selon les indicateurs de performance suivant : délais de chirurgie, complications majeures, infarctus, SDRA et embolies pulmonaires.

En espérant pouvoir continuer notre travail et continuer à offrir des soins de qualité lorsque nous serons intégrés dans le nouveau CISSSS AT.

Natalie Cormier
Présidente

Comité central d'évaluation de la qualité de l'acte

Nous avons eu trois rencontres au comité central depuis un an.

Encore cette année, beaucoup de travail d'évaluation de la qualité de l'acte a été accompli dans chacun des départements et comités tant par la révision des dossiers pour leurs complications que par des études par critères objectifs. Ceci a mené entre autres à la création de protocoles ou à la révision de ceux préexistants en plus de corriger certaines procédures ou façons de faire qui n'étaient pas optimales.

Différentes études ont été faites ou sont en cours, entre autres : révision des infections de plaies post césariennes, étude sur la prise en charge des gaz sanguins prélevés sur cordon ombilical lors des césariennes, révision des quantités de pertes sanguines lors de césariennes. Toujours en gynéco- obstétrique, étude sur la thromboprophylaxie.

Du côté de l'urgence, évaluation et révision du protocole de thrombolyse de l'AVC, évaluation du traitement des infections urinaires, suivi sur le traitement du bronchospasme pédiatrique à l'urgence, étude sur le dosage du magnésium chez les personnes âgées avec hypokaliémie et finalement révision de la prise en charge des pharyngites.

Problématique récurrente qui a été soulignée à plusieurs reprises, est l'absence de mention de l'heure des visites médicales dans les notes d'évolution. Les recommandations du Collège des médecins et de l'Association Canadienne de Protection Médicale (ACPM) sont claires à ce sujet et le comité central en fait un rappel à tous.

Le comité de trauma fait un travail colossal, digne de mention en ce qui a trait à la révision de tous les cas de TCC de notre hôpital. Les exigences gouvernementales sont très élevées à ce sujet. Il reste à souhaiter que les heures de travail impliquées ne résulteront pas à écrire des rapports qui restent sur les tablettes.

Merci pour votre grande collaboration en acheminant au comité central le fruit de votre travail. Soyez assurés que nous révisons avec attention les résultats et recommandations que vous nous faites parvenir. Le but ultime étant bien sur d'améliorer la qualité des soins que nous offrons aux patients.

Micheline Letendre
Présidente du comité central

Comité de pharmacologie

Le comité a tenu deux réunions durant l'année. Nous avons révisé des protocoles, des ordonnances collectives et réévalué le formulaire des médicaments et les substitutions automatiques.

Docteure *Paule Warren*
Présidente du comité de pharmacologie

Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire du Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi a repris ses activités en avril 2014, après une absence de plus de 3 ans. Nous avons d'abord revu les priorités du conseil multidisciplinaire. Une des priorités qui s'est imposée fut de mieux faire connaître le conseil multidisciplinaire au sein du Centre de santé et de services sociaux. À cet effet, plusieurs articles ont été publiés dans le journal interne du Centre de santé et de services sociaux(CSSS) afin de faire connaître notre mission et nos activités.

L'exécutif du conseil multidisciplinaire s'est rencontré à six reprises.

Le conseil multidisciplinaire souhaite offrir un budget de formation à un secteur d'activité et ce, à tous les ans. Le choix du secteur est fait par tirage au sort et sorti ensuite de la pige afin de favoriser tous les secteurs. Cette année, le secteur de l'orthophonie a été tiré et une formation sur la pratique orthophonique avec les enfants bilingues a été privilégiée, selon leurs besoins. Un budget a aussi été alloué pour des demandes de livres ou de matériel afin de favoriser le perfectionnement des membres.

Le concours « l'As du cœur » a été réactivé et des modifications ont été apportées. Effectivement, l'exécutif a choisi de conserver un seul volet, soit celui du Prix reconnaissance « As du cœur ». Trois personnes seront honorées et de ces 3 personnes, un grand gagnant sera élu.

Pour l'année 2014-2015, le conseil multidisciplinaire avait un budget d'exploitation de 5 000$.

Voici le sommaire de nos dépenses :

Formation : 1 459.16$
Achat de livres pour les professionnels : 1 507.10

Total des dépenses pour l'année 2014-2015 : 2 966.26$

Le défi de 2015-2016 du conseil multidisciplinaire sera de maintenir ses activités malgré des changements organisationnels importants tout en demeurant le plus près possible de ses membres.

Mélanie Sigouin
Présidente

Conseil des infirmières et infirmiers

Cette année le comité a tenu quatre rencontres régulières et plusieurs nouveaux membres ont été recrutés. Le comité des infirmières et infirmières-auxiliaires(CIIA) a aussi été relancé et leurs activités ont repris.

Les membres du comité ont terminé la révision des statuts et règlements du comité exécutif du comité des infirmiers et infirmières. Le projet est à l'étape finale de correction et sera par la suite adopté par les membres du Comité est infirmières et infirmières (CII).

La soirée Hermine, qui est aussi notre assemblée générale annuelle, n'a pas eu lieu cette année, la décision ayant été prise de tenir l'évènement aux deux ans. Par contre, le sous-comité reprend du service et l'évènement sera tenu le 5 novembre 2015.

Le comité a donné son avis sur le «guide d'application des activités d'exception confiées aux aides-

soignants». Ainsi, en collaboration avec les chargés de projet au service d'aide à domicile(SAD), le document a été révisé et quatre règles de soins sont en révision pour être harmonisées avec le document.

Nous avons également débuté la révision du «guide de référence sur la pratique de l'infirmière-auxiliaire au Centre de santé et de services sociaux» car plusieurs changements dans l'organisation et la dispensation des soins ont rendu le document désuet. Une importance sera accordée à l'uniformisation des pratiques dans l'ensemble des unités du Centre de santé et de services sociaux. Un plan de déploiement sera aussi élaboré afin d'éviter les interprétations possibles du guide.

Finalement, l'exécutif du comité des infirmières et infirmières-auxiliaires a analysé et documenté, en collaboration avec le département de médecine générale, l'utilisation d'un test de gorge rapide fait en pharmacie communautaire. Après consultation et révision des écrits sur le sujet, un avis a été émis afin de ne pas orienter les usagers vers ce type de test car il ne représente aucun bénéfice pour la clientèle.

Jean-François Drouin
Président du CECII

Comité de vérification

Au cours de la dernière année, les membres du Comité de vérification ont tenu 7 réunions étalées sur toute l'année financière.

Les principaux dossiers qui ont été présentés au Comité au cours de l'année sont :

- présentation du rapport annuel 2013-2014 du Comité de gestion intégré des risques;
- présentation du rapport financier annuel AS-471 de 2013-2014;
- présentation du budget prévisionnel de 2015-2016 en équilibre budgétaire mais avec une zone de fragilité s'élevant à 1 129 557 $;
- présentation de la liste des contrats de 2013-2014 ayant passé par une procédure d'appel d'offres ou ayant été conclue selon une entente de gré à gré;
- reconduction du mandat du vérificateur externe pour l'exercice 2014-2015;
- présentation et suivi du « Plan de retour à l'équilibre budgétaire pour 2014-2015 » exigé par l'Agence de la santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue;
- discussions sur les difficultés financières d'un partenaire privé offrant une ressource d'hébergement pour les personnes âgées;
- suivi continuel des résultats financiers périodiques de 2014-2015;
- dépôt des résultats d'un appel d'offres des services bancaires;
- dépôt de la nouvelle politique « Prévention, détection et gestion des fraudes économiques »
- discussions au sujet d'un appel d'offres visant à développer de nouvelles places dans une ressource intermédiaire pour les personnes âgées.

Suite à l'adoption de la loi 10, loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux en vigueur depuis le 1er avril 2015, le comité de vérification de l'établissement s'est vu aboli.

Sylvain Bouchard, CPA, CA
Directeur des ressources financières par intérim
SB/io

Comité de vigilance et de la qualité

Mandat
Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services. Ce comité analyse les rapports portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes et il fait des recommandations au conseil d'administration afin d'améliorer la qualité des services aux usagers.

Activités réalisées

Notre Comité de vigilance et de la qualité s'est réunit deux fois au cours de l'année 2014-2015. En mai 2014 la rencontre visait principalement à faire le bilan de l'année.

Mme Francine Pelletier, commissaire locale aux plaintes, a fait la présentation de son rapport des plaintes 2013-2014. Six plaintes médicales et vingt-six plaintes autres que médicales ont été adressées au cours de l'année. Les plaintes au niveau médical concernent les soins et services et les relations interpersonnelles alors que les autres plaintes concernent les problèmes d'accessibilité, de relations interpersonnelles, de milieu de vie et de soins et services. Parmi toutes les plaintes reçues, aucune n'a dû être transmise en deuxième instance auprès du Protecteur du Citoyen.

Au cours de cette rencontre de bilan 2013-2014 les membres ont été informés de l'avancement des travaux en lien avec la préparation à la visite d'Agrément Canada prévue en avril 2015. Un suivi a également été réalisé quant à l'implantation de la gestion intégrée des risques.

En novembre 2014 le comité s'est de nouveau réunit. Les principaux sujets abordés :

- Poursuite du programme AMPRO (gestion des risques obstétricaux);
- Suivi des projets d'amélioration continue Lean;
- Rapports du groupe vigilance (chutes et erreurs de médicaments);
- Présentation du rapport des plaintes pour la période du 1er avril au 18 octobre 2014 par Mme Francine Pelletier, commissaire locale aux plaintes.

Les membres du comité de vigilance et de la qualité sont fiers des efforts du personnel de l'établissement en lien avec la qualité et la sécurité des soins et services offerts.

Léandre Paré
Président

Les membres du comité de vigilance et de la qualité

Léandre Paré
Président
Membre du CA

Richard Vallée
Vice-président
Membre du CA

Annie Desrochers
Membre du CA

Francine Pelletier
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Hélène Desjardins
Directrice générale

Martine Doyon
Conseillère à la direction générale

Guylaine Audette
Adjointe à la direction générale

Comité de gestion des risques

Activités réalisées

Pour l'année 2014-2015, le comité de gestion des risques et de la qualité a tenu 4 réunions.

Comme chaque année, le comité de gestion intégrée des risques a assuré le suivi de plusieurs incidents et accidents qui sont survenus en cours d'année et émis quelques recommandations. Nous avons également transmis des félicitations au personnel qui a exercé une vigilance particulière au niveau de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Suite à la demande du Ministère d'implanter la gestion intégrée des risques au sein de notre organisation, nous avons ajouté certains membres à notre comité. Nous souhaitions ainsi nous assurer d'avoir des représentants pour les différents secteurs de risques. Ceci nous permettra de passer d'une gestion des risques davantage axée sur la prestation de soins et services sécuritaires (incidents/accidents) à une gestion des risques plus globale.

Parmi les autres réalisations dignes de mention;

- Organisation des journées « La gestion des risques : PARTOUT, TOUJOURS, PAR TOUS » qui regroupait les volets suivants : gestion des risques, prévention des infections, Entreprise en santé, confidentialité, Agrément, contentions. Des ateliers sur ces thèmes étaient offerts à la salle Michel Michaud. Nous avons eu un bon taux de participation. Les gens ont semblé avoir apprécié la formule.
- Reprise du comité portant sur les mesures de contention
- Implantation de l'approche adaptée à la personne âgée
- Élaboration d'une politique et d'un programme sur la gestion intégrée des risques.
- Réalisation d'une cartographie avec les principaux risques identifiés par les différentes directions,
- Mise en place du comité code 33 afin d'améliorer les façons de faire lors d'agitation et/ou d'agressivité chez les usagers
- Poursuite des rencontres du comité de communication.
- Élaboration d'une liste de risques et méthodes de contrôle dans le cadre des travaux pour la certification Entreprise en santé.
- Clarification des rôles au niveau de la gestion des alertes, avis, rappels afin d'éviter les dédoublements ou les oublis.
- Projet santé psychologique au travail au CHSLD

Incidents-Accidents ainsi qu'alertes médicales et rappels de produits 2014-2015

La gestion des incidents-accidents ainsi que des alertes médicales et rappels de produits est traitée au CSSS Les Eskers de l'Abitibi avec tout le sérieux et la rigueur qu'elle requiert. Chaque évènement indésirable est évalué par l'agente de planification programmation et recherche à la direction générale, qui est responsable de la prestation sécuritaire des soins et services. Au besoin, les gestionnaires impliqués sont invités à revoir la situation afin d'élaborer des pistes d'amélioration. Tous les évènements sont considérés, que ce soit une situation à risque ou un accident de gravité plus importante.

Au total, le CSSS Les Eskers de l'Abitibi a reçu 1074 rapports d'incidents/accidents pour les 9 premières périodes, comparativement à 948 pour la même période en 2013-2014. Les deux principaux types évènements déclarés demeurent les erreurs de médication et les chutes. Le personnel étant mieux conscientisé à l'importance de la déclaration peut expliquer, en partie, cette hausse.

Une grande proportion des événements déclarés soit 96% sont de niveau A à D ce qui représente des événements sans conséquence ou avec très légère conséquence nécessitant seulement une surveillance mais pas de soin particulier. Nous n'avons eu aucune déclaration pour des événements de niveau supérieur à F signifiant ainsi qu'aucun événement n'a entraîné de conséquence permanente. La majorité des accidents de gravité E1 et E2 ont nécessité un peu de soins mais n'ont pas eu de conséquence majeure. Différentes actions ou modifications ont été apportées suite à des événements entraînant des conséquences pour des usagers, ex : modification d'une procédure, réparation d'un équipement défectueux, réévaluation d'un plan d'intervention pour un usager présentant des chutes répétitives. La prévention de la récurrence d'un évènement indésirable est un objectif quotidien pour l'ensemble du personnel.

Aussi, lors d'accidents de gravité plus importante, nous effectuons des rappels au personnel concernant les meilleures pratiques et lorsque requis, des formations sont offertes pour le maintien des acquis.

Les rapports trimestriels ont été transmis au conseil d'administration concernant les incidents et accidents afin qu'ils puissent y être davantage sensibilisés et de recommander des actions au besoin.

La politique concernant la gestion des alertes médicales et des rappels de produits a fait l'objet d'une révision. Les mécanismes sont bien connus du personnel concerné et les situations sont traitées tel que prévu.

Infections nosocomiales

En 2013–2014 nous pouvons une fois de plus être très fiers de nos résultats.

Le personnel des installations de courte durée et de longue durée a encore une fois cette année amélioré ses capacités à faire face rapidement aux éclosions. En conséquence, la durée des épisodes est plus courte et un moins grand nombre de cas est affecté par les diarrhées d'allure virale et l'Influenza saisonnier. Le support du service d'hygiène et salubrité est bien arrimé à ces situations, ce qui est primordial pour gérer les éclosions.

Notre taux général de vaccination a été de 62%, ce qui est une nette amélioration de 7% par rapport à l'an dernier. Depuis 2 ans, c'est une amélioration de 14% de notre taux de vaccination pour l'ensemble du personnel, médecins et bénévoles. Pour atteindre ces résultats, nous avons formé une équipe et adopté une stratégie d'information qui a porté fruit. Félicitations à tous!

Nous avons également poursuivi les activités de formation qui ont fait l'objet d'efforts supplémentaires pour en améliorer la qualité et la mise à jour. La collaboration avec la conseillère clinique de la Direction des soins infirmiers et de la responsable de la formation à la Direction des ressources humaines ont grandement contribué à ce résultat.

Monsieur Denis Mercier infirmier en prévention et contrôle des infections qui a implanté ce service dans notre établissement, nous a quittés pour une retraite bien méritée. Nous le remercions pour tout le travail accompli auprès des différentes équipes ainsi qu'au niveau de la communauté. Une équipe jeune et dynamique suivra ses traces pour les prochaines années. Il s'agit de madame Véronique Savard et madame Marie-Claire Bérubé Leblanc.

Bulletin Info-Sécur

Le bulletin Info-Sécur, mis en place en 2009-2010, a traité encore une fois de différents sujets au cours de l'année. La perte ou bris d'objets personnels, la confidentialité du dossier, l'administration sécuritaire des médicaments, les procédures d'isolement, la sécurité en IRM, les erreurs d'identification, les 12 principes de la gestion intégrée des risques, la vaccination antigrippale, les piqûres avec aiguilles souillées, les POR d'Agrément Canada, sont les principaux sujets abordés dans les bulletins parus cette année. Des félicitations pour vigilance ont aussi été faites régulièrement.

Principaux objectifs pour 2014-2015

Pour l'année 2014-2015, nos principaux objectifs seront :

- S'assurer de la mise en place de la gestion intégrée des risques (surveillance des actions effectuées en lien avec les risques identifiés).
- S'assurer de la mise en application de la politique de prévention des chutes.
- S'assurer de l'implantation du BCM (bilan comparatif des médicaments) dans au moins un secteur de l''organisation.
- S'assurer que des mesures sont mises en place sur les unités ciblées pour la prévention de la thrombo-embolie veineuse.
- S'assurer que de la formation soit offerte au personnel sur l'utilisation des contentions (comment les utiliser mais surtout dans quel contexte).

En plus de ces objectifs, nous poursuivrons également les activités suivantes : Bulletin Info-Sécur, semaine de la gestion intégrée des risques, rapports trimestriels au niveau des incidents/accidents.

Remerciements

Nous ne voudrions pas terminer ce rapport sans remercier sincèrement tous les employés pour les efforts quotidiens qu'ils déploient afin de rendre nos soins et services sécuritaires et de qualité.

Les membres du comité de la gestion des risques et de la qualité sont fiers du travail accompli et s'engagent à poursuivre leur mandat de façon à ce que la qualité et la sécurité des soins dispensés dans notre établissement soient toujours une priorité.

Richard Vallée
Président

Martine Doyon
Conseillère à la direction générale

6 - LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Les ressources humaines de l'établissement

	Exercice En cours	Exercice antérieur
Note 1		
Effectifs de l'établissement		
Les cadres :		
– Temps complet	18	33
(excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
– Temps partiel	5	5
Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	4	4
– Nombre de cadres en stabilité d'emploi	16	0
Les employés réguliers :		
– Temps complet	374	378
(excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
– Temps partiel	299	290
Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	187	161
– Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels :		
– Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	232 324	253 403
– Équivalents temps complet (b)	127	138

Activités principales

(a) L'équivalence 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'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées ; divisé par : 1826 heures.

Gestion et contrôle des effectifs

La cible des effectifs fixée à partir du 1er janvier 2015 au 31 mars 2015 a été respectée (niveau mensuel des heures rémunérées).

7 - ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Rapport de l'auditeur

LacroixCotnoir Boucher S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de sa dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

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 ».

22, Principale Nord, Bureau 200
Amos (Québec)
J9T 2K6
Tél. : 819 732-5275
Téléc. : 819 732-0739

921, 3e Avenue, Suite 100
Val-d'Or (Québec)
J9P 1T4
Tél. : 819 825-8083
Téléc. : 819 825-8087

LacroixCotnoir Boucher[2] S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, tel qu'il est exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les états financiers n'incluent pas certaines informations supplémentaires relatives aux immobilisations, la dette à long terme, le passif au titres des avantages sociaux et les risques découlant des instruments financiers, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de ces dérogations aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Lacroix Cotnoir Boucher, s.e.n.c.r.l.[1]

Lacroix Cotnoir Boucher, s.e.n.c.r.l.

Amos, Québec
Le 30 juin 2015

---

[1] Annie Cotnoir, CPA auditrice, CA

22, Principale Nord, Bureau 200
Amos (Québec)
J9T 2K6
Tél. : 819 732-5275
Téléc. : 819 732-0739

921, 3e Avenue, Suite 100
Val-d'Or (Québec)
J9P 1T4
Tél. : 819 825-8083
Téléc. : 819 825-8087

L'état des résultats

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS les Eskers de l'Abitibi	1104-4468	200-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	66 938 829	63 418 801	3 359 783	66 778 584	66 210 683
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	15 516	15 516		15 516	15 516
Contributions des usagers	3	2 905 700	2 986 855	XXXX	2 986 855	2 877 213
Ventes de services et recouvrements	4	977 000	1 042 962	XXXX	1 042 962	981 166
Donations (FI:P294)	5	150 000	5 225	180 304	185 529	175 187
Revenus de placement (FI:P302)	6	34 300	32 914		32 914	34 324
Revenus de type commercial	7	208 000	213 781	XXXX	213 781	207 931
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	1 547 000	1 686 473	14 046	1 700 519	1 722 399
TOTAL (L.01 à L.11)	12	72 776 345	69 402 527	3 554 133	72 956 660	72 224 419
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	47 032 896	48 797 142	XXXX	48 797 142	47 339 217
Médicaments	14	2 365 850	2 030 527	XXXX	2 030 527	2 002 759
Produits sanguins	15	815 059	660 410	XXXX	660 410	561 350
Fournitures médicales et chirurgicales	16	4 724 240	4 447 236	XXXX	4 447 236	4 675 269
Denrées alimentaires	17	621 000	610 652	XXXX	610 652	606 810
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	1 110 000	1 364 817	XXXX	1 364 817	1 088 570
Frais financiers (FI:P325)	19	714 000		701 383	701 383	676 846
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	2 626 786	939 754	872 761	1 812 515	1 801 648
Créances douteuses	21			XXXX		2 863
Loyers	22	961 220	875 251	XXXX	875 251	932 283
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	1 975 000	XXXX	1 979 989	1 979 989	2 001 421
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			3 344
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	9 830 294	9 705 928		9 705 928	10 603 156
TOTAL (L.13 à L.27)	28	72 776 345	69 431 717	3 554 133	72 985 850	72 295 536
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	0	(29 190)	0	(29 190)	(71 117)

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

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

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS les Eskers de l'Abitibi	1104-4468	206-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(20 783 553)	(1 893 250)	(18 890 303)	(20 783 553)	(20 245 950)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(20 783 553)	(1 893 250)	(18 890 303)	(20 783 553)	(20 245 950)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		(29 190)		(29 190)	(71 117)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(2 612 739)	XXXX	(2 835 483)	(2 835 483)	(2 362 240)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	1 975 000	XXXX	1 979 989	1 979 989	2 001 421
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			3 344
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(637 739)	XXXX	(855 494)	(855 494)	(357 475)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(1 602 047)	XXXX	(1 602 047)	(1 662 099)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(336 782)		(336 782)	(321 680)
Utilisation de stocks de fournitures	17		1 662 099	XXXX	1 662 099	1 692 949
Utilisation de frais payés d'avance	18		321 680		321 680	181 819
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		44 950		44 950	(109 011)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(637 739)	15 760	(855 494)	(839 734)	(537 603)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(21 421 292)	(1 877 490)	(19 745 797)	(21 623 287)	(20 783 553)

État des flux de trésorerie

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS les Eskers de l'Abitibi	1104-4468	208-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(29 190)	(71 117)
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	44 950	(109 011)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		3 344
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7	(180 304)	(169 580)
Amortissement des immobilisations	8	1 979 989	2 001 421
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		2 678
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11	3 026	
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(1 212 130)	
Autres	13		(1 182 696)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	635 531	546 156
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	4 202 441	1 084 508
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	4 808 782	1 559 547
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(2 835 484)	(2 362 240)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(2 835 484)	(2 362 240)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS les Eskers de l'Abitibi	1104-4468	208-01 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	1 541 796	
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		5 023 572
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(1 445 089)	(1 316 551)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		(1 817 131)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		7 020
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	2 293 696	1 166 531
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(32 482)	(3 451)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10	(1 541 797)	(3 206 441)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	816 124	(146 451)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):	14	2 789 422	(949 144)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	1 152 541	2 101 685
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	3 941 963	1 152 541
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	3 941 963	1 152 541
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	3 941 963	1 152 541

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS les Eskers de l'Abitibi	1104-4468	208-02 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	1 725 980	(459 624)
Autres débiteurs	2	429 738	(568 442)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	12 952	
Frais reportés liés aux dettes	4	(10 022)	(7 814)
Autres éléments d'actifs	5	25 803	17 656
Créditeurs - Agence et MSSS	6		19 539
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	729 918	468 179
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	1 546 342	412 990
Intérêts courus à payer	9	16 879	3 642
Revenus reportés	10	(577 400)	1 012 117
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	204 677	
Autres éléments de passifs	13	97 574	186 265
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	4 202 441	1 084 508
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	314 442	147 827
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18	34 323	34 323
Intérêts encaissés (revenus)	19	31 405	34 160
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	698 357	674 168
Intérêts déboursés (dépenses)	21	681 478	670 526
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

Bilan des fonds d'exploitation

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS les Eskers de l'Abitibi	1104-4468	358-00 /

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

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	62 767 893	62 936 589	482 212	63 418 801	62 886 095
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	15 516		15 516	15 516	15 516
Contributions des usagers (P301)	3	2 905 700	2 986 855	XXXX	2 986 855	2 877 213
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	977 000	1 042 962	XXXX	1 042 962	981 166
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		5 225		5 225	5 607
Revenus de placement (P302)	6	34 300	32 914		32 914	34 324
Revenus de type commercial (P351)	7	208 000	XXXX	213 781	213 781	207 931
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	1 547 000	113 932	1 572 541	1 686 473	1 722 399
TOTAL (L.01 à L.11)	12	68 455 409	67 118 477	2 284 050	69 402 527	68 730 251
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	47 032 896	47 862 964	934 178	48 797 142	47 339 217
Médicaments (P750)	14	2 365 850	2 030 527	XXXX	2 030 527	2 002 759
Produits sanguins	15	815 059	660 410	XXXX	660 410	561 350
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	4 724 240	4 447 236	XXXX	4 447 236	4 675 269
Denrées alimentaires	17	621 000	610 652	XXXX	610 652	606 810
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	1 110 000	1 364 817	XXXX	1 364 817	1 088 570
Frais financiers (P325)	19	14 000		XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	980 850	939 754		939 754	989 091
Créances douteuses (C2:P301)	21					2 863
Loyers	22	961 220	875 251		875 251	932 283
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	9 830 294	8 587 243	1 118 685	9 705 928	10 603 156
TOTAL (L.13 à L.24)	25	68 455 409	67 378 854	2 052 863	69 431 717	68 801 368
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(260 377)	231 187	(29 190)	(71 117)

Dons - Fonds d'immobilisation au 31 mars 2015

Dons
Exercice 2014-2015

Dons par la la Fondation hospitalière d'Amos Inc:

Opération Enfant Soleil	19 707$
Divers dons	14 029
	33 736

Autres dons:

Fondation Paul-Giroux	8 500
Divers autres dons	1 325
	43 561$

Extrait des états officiels

L'état des surplus (déficits) cumulés

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS les Eskers de l'Abitibi	1104-4468	202-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	90 529	75 927	166 456	89 217	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2				148 356	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	90 529	75 927	166 456	237 573	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(29 190)		(29 190)	(71 117)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	61 339	75 927	137 266	166 456	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	159 000	159 000	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(21 734)	7 456	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	137 266	166 456	

L'état de la situation financière

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS les Eskers de l'Abitibi	1104-4468	204-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	3 526 839	415 124	3 941 963	1 152 541
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	2 333 328	229 121	2 562 449	4 288 429
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	712 418	251 656	964 074	1 393 811
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(70 511)	70 511	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	5 568 817	10 031 566	15 600 383	14 401 205
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	67 755	67 755	60 759
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	31 974		31 974	57 777
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	12 102 865	11 065 733	23 168 598	21 354 522
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		1 358 274	1 358 274	638 857
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	6 706 725	314 442	7 021 167	6 291 249
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	2 467 063	2 467 063	920 721
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		229 121	229 121	212 242
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	649 254	1 175 904	1 825 158	2 582 862
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	25 266 726	25 266 726	25 170 019
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	6 488 204	XXXX	6 488 204	6 283 527
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	136 172		136 172	38 598
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	13 980 355	30 811 530	44 791 885	42 138 075
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(1 877 490)	(19 745 797)	(21 623 287)	(20 783 553)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	19 821 724	19 821 724	18 966 230
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	1 602 047	XXXX	1 602 047	1 662 099
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	336 782		336 782	321 680
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	1 938 829	19 821 724	21 760 553	20 950 009
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	61 339	75 927	137 266	166 456

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

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2015.1.0 — Révisée: 2014-2015

Timbre valideur: — Rapport V 0.1

Contrats de services

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique[1]	**N/A**	**N/A**
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	**N/A**	**N/A**
Total des contrats de services		

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

8 - TABLEAU DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS les Eskers de l'Abitibi	1104-4468	140-00 /

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 : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2015**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Retard de transmission du rapport annuel d'activités dans les délais requis	2011-2012	R	Le rapport annuel d'activités de 2013-2014 a été déposé avant le 30 juin 2014	R		
Non respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux	2012-2013	R	Les déficits de 2013-2014 et 2014-2015 sont comblés par les surplus cumulés de l'établissement			NR
L'établissement n'a pu fournir l'ensemble des obligations contractuelles requises à la page 635	2012-2013	R	Les obligations contractuelles ont été fournies pour l'exercice 2014-2015	R		
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la SIQ à tittre de contrat de location-exploitation au lieu de location-acquisition	2011-2012	R	Aucune directive du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Unité de mesure des centres d'activités #6320 et #6880 non décomptée	2011-2012	R	Aucune			NR
Unité de mesure du centre d'activités #7532 incomplète	2011-2012	R	Aucune			NR
Unité de mesure des centres d'activités #6830 et #7553 impossible à valider	2011-2012	R	L'établissement verra à obtenir la liste de validation de ces unités de mesure pour l'an prochain			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
S/O						

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Retard de transmission du rapport annuel d'activités dans les délais requis	2011-2012	R	Le rapport annuel d'activités de 2013-2014 a été déposé avant le 30 juin 2014	R		
Non respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux	2011-2012	R	Les déficits de 2013-2014 et 2014-2015 sont comblés par les surplus cumulés de l'établissement			NR
L'établissement n'a pu fournir l'ensemble des obligations contractuelles requises à la page 635	2012-2013	R	Les obligations contractuelles ont été fournies pour l'exercice 2014-2015	R		
Des montants de revenus et de dépenses ont été comptabilisés en 2014-2015 alors qu'ils se rapportent à des exercices antérieurs	2014-2015	R	Aucune	R		
Rapport à la gouvernance						
S/O						

9 - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

1. Disposition générale

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

2. Devoirs et obligations

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

3. Devoirs spécifiques

Les mesures de prévention

- Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;
- Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
- Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion

de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;

- Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

- Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;

- Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;

- Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;

- Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

L'identification de situations de conflits d'intérêts

- Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;

- Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;

- Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;

- Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :
  - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés,
  - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

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

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;

- Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;

- Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;

- Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

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

- Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

Régime de sanctions

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;

- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;

- Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie;

- Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;

- Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;

- Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;

- La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;

- Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

La publicité du code

- L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande;

- L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration;

- Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
  a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
  b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
  c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Révisé au C.A : le 15 septembre 2014

Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi

Juché sur la montagne,
La vie t'accompagne.
Tes occupants sont des bienfaiteurs,
L'efficience, ton moteur,
Ta franchise est sans peur.

Ta transparence,
Te rend digne de confiance.
Tu accompagnes cette force de vie,
Le jour et même la nuit.

Le client est ta raison d'être,
Tu le soignes telle une mère.
Pour la survie de la population,
Tu priorises la prévention.

Malgré la turbulence,
La continuité de tes services traverse la mouvance.
Tous les éléments de base sont mis en place,
Et maintenus précieusement, tu laisses ta trace.

Tu accompagnes dans la vie,
Nos enfants démunis.
Tu es le dernier foyer,
De nos ainés fatigués.

Le Centre de santé et de services sociaux Les Eskers de l'Abitibi assumera un nouveau changement à compter du 1er avril 2015, il terminera son règne pour s'arrimer au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Sa dénomination sera désormais Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Hôpital d'Amos, CLSC Les Eskers et CHSLD Amos.

Guylaine Audette
Adjointe à la direction générale
2015-03-31

Centre de santé et de services sociaux
Les Eskers de l'Abitibi

La santé eau naturel

Centre d'hébergement Harricana

612, 5e Avenue Ouest
Amos
(Québec)
J9T 4L3

Hôpital Hôtel-Dieu d'Amos

Centre régional de traumatologie

622, 4e Rue Ouest
Amos
(Québec)
J9T 2S2

CLSC Les Eskers

632, 1re Rue Ouest
Amos
(Québec)
J9T 2N2