

**BILAN  
ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ  
2009-2010**

**ENTRE**

**L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE**

**ET**

***LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA VALLÉE-DE-L'OR***

***11 MAI 2010***

## TABLE DES MATIÈRES

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1.</b>	<b>PROGRAMMES-SERVICES ET PROGRAMMES-SOUTIEN .....</b>	<b>1</b>
1.1	<i>SANTÉ PUBLIQUE .....</i>	<i>1</i>
1.2	<i>SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE .....</i>	<i>6</i>
1.3	<i>PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT .....</i>	<i>6</i>
1.4	<i>DÉFICIENCE PHYSIQUE .....</i>	<i>8</i>
1.5	<i>DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED .....</i>	<i>9</i>
1.6	<i>JEUNES EN DIFFICULTÉ .....</i>	<i>12</i>
1.7	<i>DÉPENDANCES .....</i>	<i>14</i>
1.8	<i>SANTÉ MENTALE .....</i>	<i>14</i>
1.9	<i>SANTÉ PHYSIQUE .....</i>	<i>17</i>
1.10	<i>AUTRES .....</i>	<i>25</i>
<b>2.</b>	<b>ADMINISTRATION .....</b>	<b>25</b>
2.1	<i>ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES .....</i>	<i>25</i>
2.2	<i>GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS .....</i>	<i>25</i>
2.3	<i>RESSOURCES INFORMATIONNELLES .....</i>	<i>26</i>
<b>3.</b>	<b>AU PLAN DES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>29</b>
<b>4.</b>	<b>AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE .....</b>	<b>32</b>
<b>II.</b>	<b>ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DU CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR .....</b>	<b>34</b>

## I. INTRODUCTION

Comme par les années passées, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence) fournit aux établissements un outil leur permettant de produire leur bilan annuel de l'entente de gestion et d'imputabilité. Même si la dernière entente couvre une période de deux ans, un bilan annuel est requis. Cet outil, construit à partir de la dernière entente de gestion signée avec l'Agence, constitue le document de reddition de compte attendu par l'Agence. Il contient déjà les cibles fixées en 2008-2009 et rappelle celles pour 2009-2010 pour tous les indicateurs. Des cases sont prévues pour indiquer les résultats obtenus en 2008-2009 ainsi que pour permettre d'expliquer ces résultats et les perspectives pour la prochaine année.

Les commentaires de l'établissement sont très importants afin de permettre une compréhension de la réalité de l'établissement et de celle de la région. En effet, ce bilan permettra à l'Agence de fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) une première version du projet d'entente 2009-2010 pour la région pour la mi-mai ainsi que le bilan de la région pour la fin mai.

Ce bilan devra être acheminé à l'Agence **au plus tard le 11 mai 2009**.

Pour éviter certaines confusions au niveau des résultats, les données apparaissant dans ce bilan devront être identiques à celles qui apparaissaient sur **GESTRED au 30 avril 2009**, date limite accordée à l'établissement pour valider ses données. Toutefois, si de nouvelles informations vous amènent à modifier vos résultats du 30 avril, il faudra l'indiquer dans les espaces prévus pour les commentaires, mais conserver quand même le résultat de GESTRED au 30 avril. Il est aussi possible que certains résultats soient préliminaires, par exemple, ceux au niveau financier, nous vous demandons aussi de l'expliquer dans l'espace prévu à cette fin.

### 1. PROGRAMMES-SERVICES ET PROGRAMMES-SOUTIEN

#### 1.1 SANTÉ PUBLIQUE

<b>PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES</b>			
P.1 Maintenir le ratio d'infirmières en prévention des infections nosocomiales.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ETP pour 133 lits de courte durée (CH)</li> <li>• 1 ETP pour 250 lits de longue durée (CHSLD)</li> </ul>			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
1 ETP pour 133 (CH)	Maintien de 2007-2008		Maintien de 2007-2008
1 ETP pour 250 (CHSLD)	Maintien de 2007-2008		Maintien de 2007-2008
<b>COMMENTAIRES</b>			
Nous avons 1,5 ressource en prévention des infections pour la courte durée, la longue durée et la psychiatrie.			

1.1.3 Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).			
RÉSULTAT DÉCEMBRE 2007	CIBLE DÉCEMBRE 2008	RÉSULTAT DÉCEMBRE 2009	CIBLE DÉCEMBRE 2009
61,2 %	67 %	<b><u>61.4%</u></b>	70 %
Respecter le délai de 30 jours entre l'appel de la femme et la date de rendez-vous pour la mammographie de dépistage.			
<b>RÉSULTAT ATTENDU</b>		<b>INDICATEUR</b>	
Délai maximum de 30 jours entre l'appel et le rendez-vous		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai entre l'appel et le rendez-vous</li> </ul>	
<b>RÉSULTAT OBTENU</b>			
<b>90 JOURS</b>			
<b>NOS PLAGES HORAIRES NE SUFFISENT PLUS EN RAISON DE L'AUGMENTATION DE L'ACHALANDAGE ET DU HAUT TAUX DE RÉFÉRENCE POUR LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES</b>			

1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisé auprès des clientèles vulnérables du SIDEP			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
138	130	<b>135</b>	130
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
Chlamydia : 13,54 % VHC : 5,4 %	Taux de positivité des tests de dépistage > 7 % (mais petit nombre)	<b>CHLAMYDIA :20.74%</b> <b>VHC :4,5%</b>	Taux de positivité des tests de dépistage > 7 % (mais petit nombre)
<b>COMMENTAIRES</b>			

1.10 Proportion de femmes ayant accouchées, dans l'année, rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.			
<b>RÉSULTAT 2007-2008</b>	<b>CIBLE 2008-2009</b>	<b>RÉSULTAT 2009-2010</b>	<b>CIBLE 2009-2010</b>
79 suivis sur 117 mères visées selon naissance 2007 : 68 %	85 %	<b>53 SUIVIS SUR 135 MÈRES VISÉES SELON NAISSANCES 2008.</b>	90 %
<p><b>COMMENTAIRES</b></p> <p><b>53 FEMMES REJOINTES SELON I-CLSC.</b></p> <p><b>48 FEMMES VIVENT SUR UNE RÉSERVE OU UN ÉTABLISSEMENT INDIEN ET ONT DES SERVICES EN PÉRINATALITÉ VIA UN PROGRAMME DE SANTÉ CANADA.</b></p> <p><b>4 MÈRES ONT DÉMÉNAGÉ AVANT L'ACCOUCHEMENT</b></p> <p><b>2 MÈRES ONT REFUSÉ LES SERVICES</b></p> <p><b>1 MÈRE NE RÉPOND PLUS AUX CRITÈRES</b></p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <p><b>108 SUR 135 MÈRES VISÉES = 80 % SI ON TIENT COMPTE DES ÉLÉMENTS PRÉCÉDEMMENT CITÉS</b></p> <p><b>N.B. 100% DES MÈRES ONT ÉTÉ REJOINTES SUITE À L'AVIS DE GROSSESSE</b></p>			
<b>RÉSULTAT ATTENDU</b>		<b>INDICATEUR</b>	
Maintien de l'action intersectorielle en respectant les balises du programme intégré en périnatalité et à la petite enfance		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités réalisées</li> <li>• Montant dépensé</li> </ul>	
Débuter le SIPPE à 12 semaines de grossesse et fin de suivi de l'enfant à 24 mois		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date du début des suivis</li> </ul>	
<p><b>RÉSULTAT OBTENU</b></p> <p><b>LES SERVICES EN PRÉNATAL COMMENCENT À 12 SEMAINES DE GROSSESSE ET SE TERMINENT EN POSTNATAL LORSQUE L'ENFANT A 24 MOIS.</b></p> <p><b><u>ACTION INTERSECTORIELLE</u> : LES TABLES FAMILLE ONT ACCORDÉ :</b></p> <p><b>À VAL-D'OR, 23 507 \$ RÉPARTI DE LA FAÇON SUIVANTE :</b></p> <p><b>19 663 \$, PROJET HALTE-RÉPIT À LA MAISON DE LA FAMILLE</b></p> <p><b>2 644 \$, STIMULATION PRÉCOCE, VOLET PARENT, JARDIN DES 3 ANS</b></p> <p><b>1 200 \$, ACTIVITÉS DANS LE CADRE DE LA SEMAINE QUÉBÉCOISE DE LA FAMILLE</b></p> <p><b>À MALARTIC, 6 558 \$ ENGAGÉ POUR LE PROJET MON ENFANT ET MOI (ENRICHISSEMENT DU POTENTIEL DES PARENTS).</b></p> <p><b>À SENNETERRE : 10 596 \$ ENGAGÉ DE LA FAÇON SUIVANTE :</b></p> <p><b>664.28 \$, ACTIVITÉS SEMAINE QUÉBÉCOISE DE LA FAMILLE</b></p> <p><b>2 031.75 \$, PROJET STIMULATION PRÉCOCE KARIBOU</b></p> <p><b>4 500.00 \$, HALTE-RÉPIT</b></p> <p><b>3 400.00 \$, PROJET ATELIERS PARENTS (CÂLIN-CÂLIN)</b></p>			

1.1.12 Prévention des maladies chroniques.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Consolider l'équipe locale dédiée à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques (alimentation, activités physiques, non-usage du tabac). Cette équipe s'arrimera au continuum de services (voir aussi 1.9.30).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe dédiée à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques</li> <li>• Nombre de personnes formées</li> <li>• <i>Programme 0-5-30 combinaison prévention</i> implantée (école, entreprise, municipalité)</li> <li>• Activités du CAT</li> </ul>
Projet intersectoriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liens avec « Québec en forme »</li> <li>• Nombre de projets</li> <li>• Nombre de partenaires</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>L'ÉQUIPE EST IMPLANTÉE ET NOUS SOUTENONS LE PROGRAMME 0-5-30. BON LIEN AVEC L'ÉQUIPE QUÉBEC EN FORME. IL Y A ACTUELLEMENT 14 ENTREPRISES DANS LE PROGRAMME 0-5-30 ET 9 ENTREPRISES EN ATTENTE.</b>	

1.1.13 Chutes chez les personnes âgées desservies au soutien à domicile par l'implantation d'intervention multifactorielle personnalisée (IMP)			
RÉSULTAT ATTENDU 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
S.O.	30 usagers rejoints	<b>41 PRISES EN CHARGE</b>	30 usagers rejoints
<b>COMMENTAIRES</b> <b>40 RÉFÉRENCES EN PHARMACO, 36 EN PHYSIO, 20 EN NUTRITION, 5 AU PROG. PIED, 2 EN ERGO, 35 PROGRAMMES D'EXERCICES</b>			

1.1.15 École en santé.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Maintien d'une intervention globale et concertée de promotion et de prévention en milieu scolaire selon le guide-école en santé dans les écoles déjà rejointes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'une planification conjointe avec le milieu scolaire</li> <li>• Nombre d'écoles primaires et secondaires où est implanté « école en santé »</li> <li>• Nombre d'interventions préventives en milieu scolaire</li> </ul>
Implantation du « Système D » en 6e année	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de classes de 6e année rencontrées (10 classes visées par année)</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>STATU QUO AU NIVEAU DU NOMBRE D'ÉCOLES PRIMAIRES (5 ÉCOLES) ET SECONDAIRES (2 ÉCOLES) ENGAGÉES DANS UNE DÉMARCHE ÉCOLE EN SANTÉ. CERTAINES ÉCOLES SONT ENCORE À L'ÉTAPE 1 ET IL N'Y A PAS DE PLANIFICATION CONJOINTE. LA VACCINATION MASSIVE H1N1 A RALENTI LES OPÉRATIONS.</b> <b>2 CLASSES DE 6<sup>E</sup> ANNÉE À SENNETERRE ONT ÉTÉ RENCONTRÉES POUR SYSTÈME D. À VAL-D'OR ET MALARTIC, LE PERSONNEL SCOLAIRE NE S'EST PAS INSCRIT À LA FORMATION.</b>	

1.1.30 Proportion d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza chez le personnel.

RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
69 %	70 %	<b>26.2%</b>	75 %
<b>COMMENTAIRES</b> NOTRE PERSONNEL A RÉPONDU POSITIVEMENT ET DANS UNE LARGE PROPORTION ( 97,3% ) À L'APPEL DE LA VACCINATION PANDÉMIE. LA CAMPAGNE DE VACCINATION INFLUENZA A ÉTÉ ANNONCÉE TARDIVEMENT EN DÉCEMBRE ET DEVAIT SE DÉROULER ± 3 SEMAINES PLUS TARD, CE QUI A LAISSÉ PEU DE TEMPS POUR UNE VÉRITABLE CAMPAGNE DE PROMOTION DE VACCINATION CHEZ LE PERSONNEL			

1.1.F Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin conjugué contre le DCaT-Polio Hib (Pentacel) à l'intérieur d'une semaine de la date anniversaire du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	CIBLE 2009-2010	CIBLE 2009-2010
65,6 %	90 %	66.53 %	90 %
<b>COMMENTAIRES</b> CIBLE NON ATTEINTE. MALGRÉ L'AUGMENTATION DES PLAGES HORAIRES AU CLSC DE VAL-D'OR, L'AMÉLIORATION EST PEU SIGNIFICATIVE PAR RAPPORT AU RÉSULTAT 2008-2009. À PARTIR D'UN REGISTRE DES AVIS DE NAISSANCE, UN SYSTÈME DE RELANCE SERA MIS EN PLACE. UN RAPPEL SERA FAIT AUPRÈS DES INFIRMIÈRES SUR L'IMPORTANCE DE LA PROMOTION.			

1.1.G Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C à l'intérieur d'une semaine de la date anniversaire du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
53,3 %	90 %	55.65 %	90 %
<b>COMMENTAIRES</b> CIBLE NON ATTEINTE. MALGRÉ L'AUGMENTATION DES PLAGES HORAIRES AU CLSC DE VAL-D'OR, L'AMÉLIORATION EST PEU SIGNIFICATIVE PAR RAPPORT AU RÉSULTAT 2008-2009. À PARTIR D'UN REGISTRE DES AVIS DE NAISSANCE, UN SYSTÈME DE RELANCE SERA MIS EN PLACE. UN RAPPEL SERA FAIT AUPRÈS DES INFIRMIÈRES SUR L'IMPORTANCE DE LA PROMOTION.			

1.1.J Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque (Pevnar) à l'intérieur d'une semaine de la date anniversaire du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

RÉSULTAT ATTENDU 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
65,6 %	90 %	<b>68.31 %</b>	90 %
<b>COMMENTAIRES</b> CIBLE NON ATTEINTE. MALGRÉ L'AUGMENTATION DES PLAGES HORAIRES AU CLSC DE VAL-D'OR, L'AMÉLIORATION EST PEU SIGNIFICATIVE PAR RAPPORT AU RÉSULTAT 2008-2009. À PARTIR D'UN REGISTRE DES AVIS DE NAISSANCE, UN SYSTÈME DE RELANCE SERA MIS EN PLACE. UN RAPPEL SERA FAIT AUPRÈS DES INFIRMIÈRES SUR L'IMPORTANCE DE LA PROMOTION.			

**1.2 SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE**

1.2.2 Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
(615 après le 30 avril) 454	> 591	<b>982</b>	> 591
<b>COMMENTAIRES</b> <b>NOMBRE ACCRU DE DEMANDES DE SERVICE À L'ACCUEIL PSYCHOSOCIAL.</b>			
1.2.3 Nombre moyen d'interventions, par usager, réalisé dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC).			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
(3,63 après le 30 avril) 3,4	> 3,6	<b>2.8</b>	> 3,6
<b>COMMENTAIRES</b> <b>PLUSIEURS INTERVENTIONS SONT TERMINALES À L'ACCUEIL PSYCHOSOCIAL EN INTERVENTION COURT TERME.</b>			

1.2.10 Implantation d'Info-Social.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Participation à la révision du modèle régional Info-Social et à la planification de la mise en œuvre au moment opportun	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation aux travaux</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>NOUS AVONS RELANCÉ LES DISCUSSIONS SUITE À L'OFFRE DE SERVICES DE LA LITPSAT. L'AGENCE EST EN ATTENTE DU DÉPÔT DU CADRE DE RÉFÉRENCE DU MSSS</b>	

**1.3 PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT**

1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par le CSSS (mission CLSC).			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
987	> 843	<b>1028</b>	> 880
<b>COMMENTAIRES</b> <b>NOMBRE D'INTERVENTIONS = 34896</b>			

1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
25	25	<b>33.95</b>	25
COMMENTAIRES			

1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans le CHSLD.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
3,17	≥ 3,17	<b>3.20</b>	≥ 3,17
COMMENTAIRES			

1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans le CHSLD.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
0,22	0,235	<b>À venir</b>	0,235
COMMENTAIRES <b>À VENIR</b>			

1.3.5 Réseau de services intégrés.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Poursuite de l'implantation des composantes du réseau de services intégrés (RSI) pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan des actions posées</li> <li>• Participation aux travaux régionaux</li> </ul>
RÉSULTAT OBTENU <b>EN COURS ET À DATE DANS LE DÉPLOIEMENT</b>	

1.3.9 Poursuite du plan d'action pour faire face au vieillissement.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Renforcement des services auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesures spécifiques en place</li> </ul>
Développement de 10 places en ressources d'hébergement de type projet novateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Places disponibles à partir de 2008-2009. <b>RÉALISÉ</b></li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>OUVERTURE DE LA RESSOURCE RÉSIDENCE BOYER MAI 2009.</b>	
1.3.10 Soutien au logement social.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Développement et consolidation du soutien au logement social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de personnes rejointes</li> <li>• Nombre d'unités d'habitation desservies</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>UN ACCORD DE COOPERATION A ETE SIGNE AVEC L'OMH DE VAL-D'OR. NOUS DEVRIONS ÊTRE EN MESURE DE REJOINDRE PLUS DE 360 UNITÉS. IL Y A EU UN ACCORD DE COOPERATION AVEC L'OMH DE SENNETERRE ET L'ÎLOT D'OR AFIN D'ASSURER UN SOUTIEN AUX PERSONNES AGEES, ET CE, PAR L'ENTREMISE DE LA MAISON DES FAMILLES DE SENNETERRE.</b>	

1.3.11 Soutien aux proches aidants.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Consolidation du soutien aux proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NOMBRE DE PROJETS = 3</b></li> <li>• <b>NOMBRE DE PERSONNES DESSERVIES</b></li> <li>• <b>NOMBRE D'HEURES DE RÉPIT OFFERTES</b></li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>RÉSULTAT À VENIR</b>	

#### 1.4 DÉFICIENCE PHYSIQUE

1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par le CSSS (mission CLSC).			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
(544 après le 30 avril) 548	> 486	<b>398</b>	> 486
<b>COMMENTAIRES</b> <b>TRANSFERT DU PROFIL (210) POUR 75 ANS ET + TRANSFÉRÉ SAD (710) AUTOMATIQUEMENT.</b>			

1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par le CSSS (mission CLSC), par usager (DP).			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
(14,59 après le 30 avril) 13,77	14	<b>12,49</b>	14
<b>COMMENTAIRES</b>  <b>MOINS D'USAGERS DONC MOINS D'INTERVENTIONS. DIMINUTION DES INTERVENTIONS EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE.</b>			
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
76	76	<b>74</b>	76
<b>COMMENTAIRES</b>  <b>AJUSTEMENT DES PROFILS 75 ANS ET + TRANSFÉRÉ DANS LA PERTE D'AUTONOMIE</b>			

1.4.11 Amélioration du recrutement et de la rétention des travailleurs dans le cadre du chèque emploi service.			
RÉSULTAT ATTENDU 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
Taux horaire à 10 \$	Taux horaire : 11 \$	<b>11\$/H</b>	Taux horaire : 11 \$
<b>COMMENTAIRES</b>			

**1.5 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED**

1.5.1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par le CSSS (mission CLSC).			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
(83 après le 30 avril) 63	83	<b>77</b>	83
<b>COMMENTAIRES</b>  <b>PROFIL CHANGÉ 75 ANS ET + TRANSFÉRÉ EN PERTE D'AUTONOMIE.</b>			

1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par le CSSS (mission CLSC), par usager (DI).			
<b>RÉSULTAT 2007-2008</b>	<b>CIBLE 2008-2009</b>	<b>RÉSULTAT 2009-2010</b>	<b>CIBLE 2009-2010</b>
(5 après le 30 avril) 7,79	> 5	<b>8,34</b>	> 5
<b>COMMENTAIRES</b>			
<b>TRANSFERT DES CLIENTS DE 2<sup>E</sup> LIGNE VERS LA 1<sup>RE</sup> LIGNE.</b>			
1.5.3 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.			
<b>RÉSULTAT 2007-2008</b>	<b>CIBLE 2008-2009</b>	<b>RÉSULTAT 2009-2010</b>	<b>CIBLE 2009-2010</b>
71	71	<b>61</b>	71
<b>COMMENTAIRES</b>			
<b>MOINS D'USAGERS EN DI DONC MOINS DE FAMILLES DEMANDANT DU SOUTIEN. RÉAJUSTEMENT AU NIVEAU RÉPIT/DÉPANNAGE/GARDIENNAGE AVEC LES CR DONC « COTAS » IMPOSÉ AUX FAMILLES EN NOMBRE DE JOURS PAR ANNÉE.</b>			
1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par le CSSS (mission CLSC).			
<b>RÉSULTAT 2007-2008</b>	<b>CIBLE 2008-2009</b>	<b>RÉSULTAT 2009-2010</b>	<b>CIBLE 2009-2010</b>
(6 après le 30 avril) 11	> 8	<b>13</b>	10
<b>COMMENTAIRES</b>			
1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par le CSSS (mission CLSC), par usager (TED).			
<b>RÉSULTAT 2007-2008</b>	<b>CIBLE 2008-2009</b>	<b>RÉSULTAT 2009-2010</b>	<b>CIBLE 2009-2010</b>
(2 après le 30 avril) 2,18	> 4	<b>2</b>	> 4
<b>COMMENTAIRES</b>			
<b>TED ÉTANT MAJORITAIREMENT DES ENFANTS, ON OUTILLE PLUS LA FAMILLE DONC MOINS D'INTERVENTIONS.</b>			

1.5.6 Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
10	12	<b>10</b>	15
<b>COMMENTAIRES</b> <b>LES MEDECINS HESITENT DE PLUS EN PLUS A EMETTRE UN DIAGNOSTIC EN TED.</b>			

1.5.11 Activités de jour et répit dépannage.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
À partir d'une coordination régionale, planification du transfert de responsabilités et des montants dévolus pour les activités de jour et le répit dépannage en organismes communautaires, des centres de réadaptation La Maison et Clair Foyer vers le CSSS (clientèle DI, DP et TED). Cette planification devra se faire avec la participation des organismes communautaires concernés et on devra s'assurer de garantir le maintien des sommes allouées	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan convenu entre le CSSS, le CR La Maison, le CRDI Clair Foyer et les organismes communautaires du territoire, comportant les éléments suivants : maintien des sommes et modalités de suivi des budgets, lieu de concertation régionale identifié pour assurer l'harmonisation (incluant l'Agence)</li> </ul>
Maintien de l'implication des centres de réadaptation (CR) dans les services afin de répondre aux besoins spécifiques des usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribution des CR convenue</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>ENTENTE DE COLLABORATION ENTRE LES CR ET LE CSSSVO POUR LES ACTIVITÉS DE JOUR.</b> <b>ENTENTE DE SERVICES ENTRE LE CSSSVO ET LE VAAT POUR LE REPIT DEPANNAGE</b>	

1.5.14 Réinsertion sociale.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Collaboration, avec le CRDI Clair Foyer et les autres établissements concernés, à la planification et au processus de réinsertion sociale pour les personnes en provenance du territoire, hébergées à Macamic et dans les autres ressources d'hébergement institutionnel de CRDI Clair Foyer et du CR La Maison	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activités réalisées</li> <li>Nombre de personnes relocalisées</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>IL N'Y A PAS EU DE COLLABORATION DE LA PART DU CSSSVO AVEC LES CR POUR UNE ACTIVITE DE REINSERTION SOCIALE D'UNE CLIENTELE CONCERNEE PAR CETTE REINSERTION (JOLIETTE).</b>	

1.5.20 Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (DP, DI et TED)	
<b>RÉSULTAT ATTENDU</b>	<b>INDICATEUR</b>
Implantation des standards de continuité et d'accès (2008-2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionnaire responsable identifié, intervenant pivot et PSI</li> <li>• Pourcentage de nouvelles demandes traitées en conformité aux standards d'accès pour les usagers dont le niveau de priorité est urgent (septembre 2008) et pour les enfants de moins de six ans dont le niveau de priorité est élevé (novembre 2008)</li> <li>• Pourcentage de nouvelles demandes traitées en conformité aux standards d'accès pour les usagers dont le niveau de priorité est élevé (2009-2010)</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> NOUS AVONS POURSUIVI L'IMPLANTATION DU PLAN D'ACCÈS ET CRÉÉ LE POSTE D'INTERVENANT PIVOT EN DI-DP-TED. UN PROTOCOLE D'ENTENTE EST FAIT ENTRE LE CRDI-CRLM ET LE CSSSVO POUR LES ENFANTS 0-6 ANS QUI N'ONT PAS DE DIAGNOSTIC ET QUI ONT UN RETARD DE PLUS DE 6 MOIS DANS PLUS DE TROIS SPHÈRES. LES ÉCHÉANCIERS SONT RESPECTÉS ET IL Y A TOUJOURS DES PROBLÈMES RELIÉS À L'ENTRÉE DES DONNÉES DANS I-CLSC, MAIS UN PLAN D'ACTION A ÉTÉ MIS EN PLACE.	

**1.6 JEUNES EN DIFFICULTÉ**

1.6.1 Nombre d'utilisateurs (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC), notamment référence personnalisée du CJAT (signalement non retenu, situation non compromise à la suite de l'évaluation et fin de suivi)			
<b>RÉSULTAT 2007-2008</b>	<b>CIBLE 2008-2009</b>	<b>RÉSULTAT 2009-2010</b>	<b>CIBLE 2009-2010</b>
475	553	<b>554</b>	630
<b>COMMENTAIRES</b> EN DESSOUS DE LA CIBLE, ACTION FAITE EN COURS D'ANNÉE : INFORMATIONS, RENCONTRES ET SENSIBILISATIONS DES INTERVENANTS POUR BIEN REMPLIR LEURS STATISTIQUES ET DEMANDES DE SERVICE.			

1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC).			
<b>RÉSULTAT 2007-2008</b>	<b>CIBLE 2008-2009</b>	<b>RÉSULTAT 2009-2010</b>	<b>CIBLE 2009-2010</b>
8,3	> 7	<b>6,9</b>	> 7
<b>COMMENTAIRES</b> DANS LA CIBLE.			

1.6.7 Offre de service jeunesse révisée en lien avec l'offre de service 2007-2012 et de l'investissement 2007-2008 annualisé en 2008-2009.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Révision du panier de services en lien avec l'offre de service du MSSS et les standards attendus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lacunes identifiées</li> <li>• Consolidation des services</li> <li>• Nouveaux services développés en lien avec l'offre de service</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b>  <b>LES PROGRAMMES-SERVICES OFFERTS COUVRENT TOUTES LES FICHES DE L'OFFRE DE SERVICE DÉCOULANT DE LA RESPONSABILITÉ DU CSSSVO SAUF LA SUPERVISION DES DROITS D'ACCÈS (FICHE 22), . ILS ONT ÉTÉ RÉVISÉS ET REJOIGNE EN MAJORITÉ LES STANDARDS DE L'OFFRE DE SERVICE. LE PROGRAMME D'INTERVENTION DE CRISE ET DE SUIVI INTENSIF RÉPOND À LA FICHE 5 AVEC LA PARTICIPATION DE L'URGENCE SOCIALE DU CJAT EN SOIRÉE ET LA NUIT. LE CSSSVO ASSUME L'ENTIÈRE RESPONSABILITÉ DU PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE (FICHE 4) TOUS LES PROGRAMMES-SERVICES ONT ÉTÉ DÉCRITS DANS LE PROJET CLINIQUE JEUNES EN DIFFICULTÉ ET DISTRIBUÉ AUX INTERVENANTS, GESTIONNAIRES, CONSEIL D'ADMINISTRATION ET PARTENAIRES.</b>	

1.6.9 Supervision des droits de visite.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Planification de l'organisation des services requis dans le territoire en collaboration avec les organismes communautaires intéressés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification de l'organisation des services</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>IL NE S'EST RIEN PLANIFIÉ CETTE ANNÉE AVEC LA RESSOURCE COMMUNAUTAIRE IDENTIFIÉE ET INTÉRESSÉE À CE PROGRAMME, CAR IL N'Y A EU AUCUN ARGENT SPÉCIFIQUEMENT ALLOUÉ PERMETTANT LA MISE EN PLACE DU SERVICE (EX. :FORMATION DU PERSONNEL).</b>	

1.6.11 Équipe d'intervention jeunesse.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Équipe d'intervention jeunesse fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de PSI</li> <li>• Nombre de situations étudiées</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>L'ÉQUIPE D'INTERVENTION JEUNESSE EST FONCTIONNELLE. IL Y A EU 13 SITUATIONS ÉTUDIÉES ET IL Y A EU 8 PSI.</b>	

1.6.14 Nombre d'utilisateurs desservis par des services d'intervention immédiate et de crise.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
47	50	<b>90</b>	50
<b>COMMENTAIRES</b> <b>ÉQUIPE DE TROIS INTERVENANTS MRC MISE EN PLACE DURANT L'ANNEE 09-10</b>			

**1.7 DÉPENDANCES**

1.7.3 Services de première ligne en dépendance.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Poursuite de l'implantation des services de première ligne en dépendances, notamment la détection et l'intervention brève (cf. offre de service 2007-2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme d'intervention précoce disponible (Alcochoix +)</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>DIFFICILE DE DIRE QUE NOUS AVONS UN SUIVI PUREMENT ALCOCHOIX+ IL Y A TOUJOURS UNE AUTRE PROBLÉMATIQUE ASSOCIÉE, MAIS LES GENS SONT FORMÉ</b>	

1.7.5 Désintoxication	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Collaboration avec le Centre Normand dans le cadre d'un projet à l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arrimage des services</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>NOUS SOMMES ASSOCIÉS AUX TRAVAUX CARMEN GIROUX ,HECTOR SYLVESTRE ET LUC VÉZINA</b>	

**1.8 SANTÉ MENTALE**

1.8.1 Nombre d'usagers de moins 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (viser 2/3 de la clientèle santé mentale en 1re ligne)			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
112	140	<b>85</b>	168
<b>COMMENTAIRES</b> <b>IL Y A UNE SOUS REPRÉSENTATION DU PROFIL 410 ET UNE SUR REPRÉSENTATION DU PROFIL 411 COMPTE TENU DE LA DÉFINITION DU PROFIL 411. LA PRÉSENCE DES PÉDOPSYCHIATRES EXPLIQUE AUSSI CETTE SOUS-REPRÉSENTATION DU PROFIL 410. IL N'Y A PAS EU DE LISTE D'ATTENTE POUR CETTE CLIENTÈLE.</b>			

1.8.2 Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (viser 2/3 de la clientèle santé mentale en 1re ligne)			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
477	569	<b>314</b>	661
<b>COMMENTAIRES</b> <b>IL Y A UNE SOUS REPRÉSENTATION DU PROFIL 410 ET UNE SUR REPRÉSENTATION DU PROFIL 411 COMPTE TENU DE LA DÉFINITION DU PROFIL 411. LA PRÉSENCE DE PLUSIEURS PSYCHIATRES EXPLIQUE AUSSI CETTE SOUS-REPRÉSENTATION DU PROFIL 410.</b>			

1.8.3 Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
Moyenne par période : 0	Moyenne par période : 0	Moyenne par période : <b>0,3</b>	Moyenne par période : 0
<b>COMMENTAIRES</b> <b>IL N'Y A PAS EU DE PROBLÈME D'ATTENTE.</b>			
1.8.4 Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
Moyenne par période : 26,4	Moyenne par période : < 13	Moyenne par période : <b>15,5</b>	Moyenne par période : 0
<b>COMMENTAIRES</b> <b>NOUS AVONS AJOUTÉ DEUX POSTES ETC DANS LE SERVICE DEPUIS JANVIER 2010. UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DE LA NOTION D'ÉPISODE DE SERVICES ET DU RÉTABLISSEMENT DEVRAIT PERMETTRE UNE DIMINUTION DE LA CHARGE DE TRAVAIL DES INTERVENANTS EN 2010 ET AVOIR UN IMPACT SUR LA DIMINUTION DES DÉLAIS D'ATTENTE.</b>			

1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
28 (70 usagers différents)	28 (70 usagers différents)	<b>36.5(CSSS)</b> <b>95.3 (OSBL)</b>	104 usagers incluant ceux dans org. com.
<b>COMMENTAIRES</b> <b>IL FAUDRA VALIDER LES DONNÉES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUR LA DÉFINITION DU CONCEPT DU SUIVI D'INTENSITÉ VARIABLE EN 2010-2011</b>			

1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
20,2 heures	16 heures	<b>17,66</b>	12 heures
<b>COMMENTAIRES</b> <b>PROCESSUS EN ARRIMAGE AVEC LE NOUVEAU DIRECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE POUR AVOIR PLUS RAPIDEMENT LA RÉPONSE À LA CONSULTATION.</b>			
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
8,1 %	4 %	<b>7,2</b>	0 %
<b>COMMENTAIRES</b> <b>NOUS AVONS COUCHÉ SUR CIVIÈRE 360 CLIENTS DONT 26 + 48 HRS. PROCESSUS EN ARRIMAGE AVEC LE NOUVEAU DIRECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE POUR AVOIR PLUS RAPIDEMENT LA RÉPONSE À LA CONSULTATION</b>			

1.8.11 Nombre moyen de personnes par période sur la liste d'attente dont le délai d'accès aux services de première ligne en santé mentale est supérieur à 30 jours.				
CLIENTÈLE	RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
Moins de 18 ans	0,3	0	<b>0,3</b>	0
18 ans et plus	37,8	19 Au 31 mars 2009 : 0	<b>17.1</b>	0
<b>COMMENTAIRES</b> NOUS AVONS AJOUTÉ DEUX POSTES ETC DANS LE SERVICE DEPUIS JANVIER 2010. UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DE LA NOTION D'ÉPISODE DE SERVICES DEVRAIT PERMETTRE UNE DIMINUTION DE LA CHARGE DE TRAVAIL DES INTERVENANTS EN 2010 ET AVOIR UN IMPACT DONC SUR LA DIMINUTION DES DÉLAIS D'ATTENTE.				
1.8.12 Révision des services en santé mentale en cohérence avec le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010.				
<b>RÉSULTAT ATTENDU</b>		<b>INDICATEUR</b>		
Les services mobiles d'intervention de crise psychiatrique et/ou suicidaire "face à face"; pour les plus de 18 ans des personnes connues en santé mentale. Des services disponibles sur le territoire du CSSS afin de désamorcer la crise et préciser l'orientation à privilégier (urgence, hébergement ou autre)				
<b>IL Y A ENCORE EU CETTE ANNÉE UNE SOUS UTILISATION SIGNIFICATIVE DES SERVICES OFFERTS PAR L'ÉQUIPE LA PETITE RENCONTRE, LE GROUPE SOLEIL ET LE GROUPE EN TOUTE AMITIÉ. UNE ÉVALUATION DE CE SERVICE SERA FAITE EN 2010. IL DEVRAIT Y AVOIR UN PLAN D'ACTION DE RÉALISER DONT UNE NOUVELLE CAMPAGNE DE PROMOTION DES SERVICES.</b>				
Hébergement en situation de crise psychiatrique et/ou suicidaire; 24/7 pour les personnes connues en santé mentale de 18 ans et plus dont l'état nécessite un retrait provisoire (0-5 jours) de leur milieu de vie				
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>PAS DE SERVICES D'HÉBERGEMENT DE CE TYPE. OFFRE POTENTIELLE ÉVENTUELLEMENT DU LITSAT</b>				
Logement avec soutien continu (soutien long ou très long terme) et appartement supervisé; appartement autonome pour les personnes de 18 ans et plus connues en santé mentale. Le fournisseur de service peut être un organisme communautaire		•		
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>IL Y A DES SERVICES OFFERTS PAR LA CHAUMIÈRE AVEC LE 812. IL Y A AUSSI LE PROJET DE LA MAISONNÉE À MALARTIC. IL Y A UN PROJET DE DÉVELOPPEMENT DE LOGEMENT À PRIX MODIQUE À MALARTIC AVEC LE GROUPE SOLEIL. IL Y AUSSI DES POSSIBILITÉS AVEC L'OMH DE VAL-D'OR D'OFFRIR DES UNITÉS DE LOGEMENT AVEC UN SOUTIEN À DÉTERMINER.</b>				

## 1.9 SANTÉ PHYSIQUE

1.9.1 Séjour moyen sur civière.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
16,3 heures	14 heures	<b>16,8</b>	12 heures
<p><b>COMMENTAIRES</b>                  : IL EST À NOTER CET INDICATEUR COMPRENANT LE 1.9.2 S'EXPLIQUE, PAR LE MÊME COMMENTAIRE CONCERNANT L'INFECTION CHEZ LES ÂGÉS. COMPTE TENU DES CES PRÉCISIONS, ON PEUT CONCLURE À UNE AMÉLIORATION PUISQUE L'AUGMENTATION DU SÉJOUR N'EST PAS PROPORTIONNELLE À L'ALOURDISSEMENT DU P3 .                  AJOUTONS QUE SELON LE <u>RAPPORT 22 DE MEDÜRGE</u> (DONNÉES DIFFÉRENTES DU <b>TABLEAU OA DU MSSS</b>):                  -LE NOMBRE D'USAGERS SUR CIVIÈRE EST PASSÉ DE 5593 L'AN DERNIER À 6973 CETTE ANNÉE                  -LE NOMBRE D'USAGERS ADMIS À L'URGENCE EST PASSÉ DE 1938 L'AN DERNIER À 2005 CETTE ANNÉE                  MALGRÉ CELA :                  -LE SÉJOUR MOYEN GLOBAL A DIMINUÉ DE 6.42 À 6.33                  -LE SÉJOUR MOYEN DES USAGERS ADMIS A DIMINUÉ DE 23.11 À 22.37 (<b>TABLEAU OA = 25.36</b>)                  -LE DÉLAI MOYEN AVANT DEMANDE D'ADMISSION A DIMINUÉ DE 5.20 À 4.51 (<b>TABLEAU OA = 6.16</b>)                  -LE DÉLAI MOYEN APRÈS DEMANDE D'ADMISSION A DIMINUÉ DE 20.11 À 18.24 (<b>TABLEAU OA = 20.70</b>)</p> <p><b>"POUR AUGMENTER LA FLUIDITE DANS LES LITS D'HOSPITALISATION, NOUS AVONS INSTAURE DEPUIS DECEMBRE 2009 UNE NOUVELLE PRATIQUE DE REALISER DES PLANS DE SERVICES INDIVIDUALISES (PSI) POUR LES CLIENTS DEVENANT EN ATTENTE D'HEBERGEMENT, AFIN DE S'ASSURER QU'AUCUNE RESSOURCE DU MILIEU NE SOIT IGNOREE. CES PSI REGROUPENT LES PARTIES PRENANTES TANT INSTITUTIONNELLES QUE RESIDENTIELLES SUSCEPTIBLES D'ETRE INTERPELLEES PAR LA SITUATION. À CE JOUR, 13 PSI (SUR 13 PSI POTENTIELS) ONT ETE FAITS ET 10 ONT PERMIS A L'USAGER D'ATTENDRE LE PLACEMENT DANS LA COMMUNAUTE PLUTOT QUE DANS LES LITS HOSPITALIERS."</b></p>			
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
24,7 heures	18 heures	<b>25,34</b>	12 heures
<p><b>COMMENTAIRES</b>                  IL EST PASSÉ 989 PTS &gt;75 ANS , IL EST À NOTER QU'IL Y A EU UN ALOURDISSEMENT POUR CETTE CLIENTÈLE TEL QUE SIGNALÉ PAR MEDURGE EN CATÉGORIE P3 (↑ 69% )PAR RAPPORT À L'AN DERNIER. AU SURPLUS, CES CLIENTS SONT SOUVENT OU MRSA OU ERV OU C.DIFF DONC NOUS DEVONS ATTENDRE LA LIBÉRATION D'UNE CHAMBRE PRIVÉE (CE QUI EST RARE PUISQUE NOUS SOMMES LA PLUPART DU TEMPS EN DÉBORDEMENT DONC NOUS DOUBLONS LES LITS DES CHAMBRES PRIVÉES). IL EST BON DE SE RAPPELER QUE NOUS N'AVONS QUE 6 CHAMBRES PRIVÉES LORSQU'ELLES NE SONT PAS DOUBLÉES.                  NOUS ESSAYONS D'AVANTAGE DE COHORTER LES CHAMBRES CE QUI APPORTE DES DÉLAIS. IL FAUT AUSSI SAVOIR QUE NOUS AVONS EU D'AVANTAGE DE CLIENTS INFECTÉS QUE L'AN DERNIER. PAR AILLEURS, NOUS N'AVONS PAS CONNU D'ÉCLOSIONS SIGNIFICATIVES À L'INTERNE MÊME SI NOS CLIENTS EN RÉSIDENCE PRIVÉE ONT ÉTÉ TOUCHÉS PAR DES ÉCLOSIONS.</p>			

1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
8,4 %	4 %	5,75	0 %
<b>COMMENTAIRES</b> NOUS AVONS BEAUCOUP TRAVAILLÉ SUR CET ASPECT (RENCONTRES HEBDOMADAIRES DE GESTION DE LITS, VISITES DU DSP ET DE LA DDSP SUR LES ÉTAGES LORSQUE CONGESTION ET LORSQUE DSP DISPONIBLE). CET INDICATEUR A DIMINUÉ MALGRÉ LES ÉLÉMENTS ÉNONCÉS AU COMMENTAIRE DE L'INDICATEUR PRÉCÉDENT CONCERNANT L'INFECTION VS DISPONIBILITÉ DE CHAMBRES PRIVÉES.			
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
17,2 %	8 %	12,33%	0 %
<b>COMMENTAIRES</b> NOUS AVONS BEAUCOUP TRAVAILLÉ SUR CET ASPECT (RENCONTRES HEBDOMADAIRES DE GESTION DE LITS, VISITES DU DSP ET DE LA DDSP SUR LES ÉTAGES LORSQUE CONGESTION ET LORSQUE DSP DISPONIBLE MALGRÉ LE FAIT QUE LE COMMENTAIRE DE L'INDICATEUR PRÉCÉDENT CONCERNANT L'INFECTION VS DISPONIBILITÉ DE CHAMBRES PRIVÉES ÉTAIT PRÉSENT.			
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
111	125	139	135
<b>COMMENTAIRES</b> NOMBRE D'INTERVENTIONS = 1902			
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
13,56	15	13,68	16
<b>COMMENTAIRES</b>			

1.9.7 Programme de lutte contre le cancer – Panier de services de base en soins palliatifs pour les services de soutien à domicile (2007-2012).	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
<p>Réviser, rehausser et diversifier la gamme de services en soins palliatifs en tenant compte de la complexité, de la diversité et de l'intensité des services de soutien à domicile requis. La disponibilité des services de base se doit d'être offerte par du personnel travaillant en équipe interdisciplinaire, selon les indicateurs suggérés, le tout conformément à la Politique ministérielle en soins palliatifs de fin de vie.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Services médicaux 24 heures par jour, 7 jours par semaine (visite à domicile, aide téléphonique) <b>DISPONIBLE SUR DEMANDE. À FORMALISER ET GÉNÉRALISER À L'ENTENTE DE LA MRC.</b></li> <li>2. Soins infirmiers continus, 24 heures par jour, 7 jours par semaine <b>DISPONIBLE SUR DEMANDE. À FORMALISER ET GÉNÉRALISER À L'ENTENTE DE LA MRC.</b></li> <li>3. Services psychosociaux. <b>DISPONIBLE À 1 JOUR SEMAINE</b>, pendant tout le temps requis, y compris une offre systématique de soutien psychologique tant dans la phase du deuil anticipé, que celle du deuil normal et celle de la prévention du deuil pathologique. <b>OUI FORMALISER</b></li> <li>4. Services d'ergothérapie, <b>0 MAIS AU BESOIN, LA RESSOURCE EST ALLOUÉE À MÊME LES RESSOURCES EXISTANTES DE PHYSIOTHÉRAPIE 0 MAIS AU BESOIN, LA RESSOURCE EST ALLOUÉE À MÊME LES RESSOURCES EXISTANTES ET DE NUTRITION OUI À 1 JOUR SEM</b></li> <li>5. Services d'aide à domicile (assistance personnelle, aide domestique) <b>OUI, DISPONIBLE</b></li> <li>6. Services à domicile de répit, de dépannage et de « gardiennage » <b>OUI, DISPONIBLE</b></li> <li>7. Services téléphoniques disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à un clinicien formé pour répondre aux besoins particuliers de la clientèle en soins palliatifs <b>INFORMEL, MAIS DISPONIBLE PONCTUELLEMENT À LA DEMANDE DU CLIENT QUI A LE NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER.</b></li> <li>8. Couverture pharmaceutique 24 heures par jour, 7 jours par semaine, offerte par les pharmaciens de la communauté et les pharmaciens d'établissements de santé. <b>Ce fait à l'Urgence sans déplacer le client, c'est l'infirmière qui organise avec le médecin</b></li> <li>9. Disponibilité d'équipements (aides techniques, fournitures médicales...) <b>100%</b></li> <li>10. Mécanisme en place pour s'assurer de la continuité des services et de la circulation de l'information entre les différents fournisseurs de services situés à tous les niveaux de l'organisation <b>TABLE CANCER, ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE AVEC MÉDECIN, IPO, INFIRMIÈRE, TS, NUTRITIONNISTE, PHARMACIEN, ET HÉMATO ONCOLOGUE EN VISIOCONFÉRENCE.</b></li> </ol>

<p><b>RÉSULTAT OBTENU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ENTENTE SIGNÉE AVEC LES ONCOLOGUES DE L'HÔPITAL SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL</li> <li>-COLLABORATION LORS DE L'OUVERTURE DE LA RADIO-ONCOLOGIE AVEC GATINEAU.</li> <li>-COLLABORATION À LA MISE EN PLACE DE LA NAVETTE VERS GATINEAU.</li> <li>-ZOOTHÉRAPIE POUR LES ENFANTS EN COLLABORATION AVEC LEUCAN.</li> <li>-DÉMÉNAGEMENT DE L'ONCO DANS DE NOUVEAUX LOCAUX.</li> <li>-SATISFACTION À 100% DE LA CLIENTÈLE EN ONCO VS QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES</li> <li>-RÉVISION DE TOUS LES DOSSIERS DE CANCER DU SEIN SUITE À LA REQUÊTE PROVINCIALE POUR LA REPRISE DE TOUS LES TESTS DES RÉCEPTEURS HER2 ET HORMONAUX (57 CAS MRC) 42 A RETEST ET 15 POUR RASSURER</li> <li>-AUGMENTATION DE LA PERFORMANCE DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE EN ONCO (3 RENCONTRES AVEC L'AGENCE)</li> <li>-INTRODUCTION DE LA CLIENTÈLE ONCOLOGIQUE AU PROGRAMME DE RÉADAPTATION CARDIAQUE. ZOO 2/5 CEUX QUI VOULAIENT-L'ON EU</li> <li>-RÉVISION DU MÉCANISME D'ACCÈS À LA MAISON DE LA SOURCE GABRIEL.</li> </ul>
--

<p>1.9.8 Services pharmaceutiques- améliorer l'offre de service locale et régionale, rehausser la qualité et la sécurité du circuit du médicament tout en contribuant à soulager la pénurie de pharmaciens (2007-2011)</p>	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
<p>Poursuite des travaux de réorganisation du travail, dans le respect du plan régional des services pharmaceutiques, en fonction du projet de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délégation de certaines tâches aux assistantes techniques en pharmacie (ATP)</li> <li>• Participation aux programmes de formations offerts pour les ATP</li> <li>• Rehaussement du nombre d'assistantes techniques en pharmacie</li> <li>• Élaboration d'un plan de relève en cas de bris de service ainsi qu'une planification de la main-d'œuvre</li> <li>• Acquisition de technologies pour améliorer la qualité et la sécurité lors de la préparation, distribution et administration des médicaments</li> </ul>
<p><b>RÉSULTAT OBTENU</b></p> <p><b>DÉLÉGATION DE CERTAINES TÂCHES AUX ASSISTANTES TECHNIQUES EN PHARMACIE (ATP)</b></p> <p><b>CHSLD ET PSYCHIATRIE : DÉLÉGATION COMPLÈTE À 95% INCLUANT LE CONTENU CONTENANT SOINS COURTE DURÉE : DÉLÉGATION COMPLÈTE EXCEPTÉE LE CONTENU-CONTENANT QUI SE FERA AVEC LA MISE EN PLACE DU PROJET SARDM. RÉALISÉ À 75%.</b></p> <p><b>PARTICIPATION AUX PROGRAMMES DE FORMATIONS OFFERTS POUR LES ATP. FAIT.</b></p> <p><b>PARTICIPATION AU CONGRÈS ANNUEL DES ASSISTANTES TECHNIQUES EN PHARMACIE. FAIT.</b></p> <p><b>REHAUSSEMENT DU NOMBRE D'ASSISTANTES TECHNIQUES EN PHARMACIE</b>  <b>AJOUT ACTUEL DE 5 JOURS SEMAINES, 3 JOURS SEMAINES SERONT AJOUTÉS D'ICI FÉVRIER 2009. FAIT.</b></p> <p><b>ÉLABORATION D'UN PLAN DE RELÈVE EN CAS DE BRIS DE SERVICE AINSI QU'UNE PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE</b>  <b>IMPOSSIBLE DE TROUVER RELÈVE, DONC PAS DE PLAN EXCEPTÉ RECOURS AU DÉPANNAGE ET POSSIBILITÉ DE LA FERMETURE DE LA CLINIQUE D'ANTICOAGULOTHÉRAPIE</b></p> <p><b>ACQUISITION DE TECHNOLOGIES POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ LORS DE LA PRÉPARATION, DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS</b></p> <p><b>AJOUT D'UNE NOUVELLE BASE DE DONNÉES : KING I.V. FAIT</b>  <b>AJOUT INTERFACE AVEC L'ADMISSION FAIT</b>  <b>AJOUT INTERFACE AVEC LE LABORATOIRE FAIT</b></p>	

**CHANGEMENT DU LOGICIEL D'ANTICOAGULOTHÉRAPIE (EN DEMANDE PROVINCIALE) EN COURS**  
**ACHAT ET INSTALLATION PACMED 500 FAIT**  
**ACHAT CHARIOT FAIT**  
**INTERFACE PACMED FAIT**  
**PROCESSUS DE RECRUTEMENT DE PHARMACIEN ET PHARMACIEN DÉPANNEUR ACTIF**  
**PRÉSENCE D'UN RÉSEAU PAR POUR TOUS LES PHARMACIENS.**

1.9.13 Nombre chirurgie de la cataracte

RÉSULTAT (SELON MED-ÉCHO) 2002-2003	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
426	523 Validé par Med-Écho	<b>433 non validé par Med-Écho (validé Simass et Opéra)</b>	523 Validé par Med-Écho
Résultat 2007-2008, non validé par Med-Écho : 527			

**COMMENTAIRES**  
**3 CAS HORS DÉLAI (CATARACTE) "LA DIMINUTION S'EXPLIQUE PAR DES ABSENCES EN OPHTALMOLOGIE DONC LE TEMPS OPERATOIRE PREVU A ETE REDISTRIBUE EN CHIRURGIE D'UN JOUR POUR CEUX QUI ETAIENT PRESENTS."**

1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant la cataracte)

RÉSULTAT (SELON MED-ÉCHO) 2002-2003 1154	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
(1 337 en 2007-2008 – non validé par Med-Écho)	1397 Validé par Med-Écho	<b>2704(NON VALIDÉ PAR MED-ÉCHO) (validé par SIMASS ET OPÉRA)</b>	1397 Validé par Med-Écho
Nombre en attente hors délai au 31 mars 2008 : 70	Nombre en attente hors délai : 0	<b>63 (NON VALIDÉ PAR MED-ÉCHO) (validé par SIMASS ET OPÉRA)</b>	Nombre en attente hors délai : 0

**COMMENTAIRES**  
**"LA DIMINUTION S'EXPLIQUE PAR DES ABSENCES EN OPHTALMOLOGIE DONC LE TEMPS OPERATOIRE PREVU A ETE REDISTRIBUE EN CHIRURGIE D'UN JOUR POUR CEUX QUI ETAIENT PRESENTS."**

1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG).

RÉSULTAT (SELON MED ÉCHO) 2002-2003 827	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
(961 en 2007-2008 non validés par Med-Écho)	855 Validé par Med-Écho	<b>958 (NON VALIDÉ PAR MED-ÉCHO) (validé par SIMASS ET OPÉRA)</b>	855 Validé par Med-Écho
Nombre en attente hors délai au 31 mars 2008 : 0	Nombre en attente hors délai : 0	<b>17(GASTROPLASTIES ET BANDES)</b>	Nombre en attente hors délai : 0

**COMMENTAIRES**

1.9.18 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte.			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
1 hors délai	100 %	<b>98.5%</b>	100 %
<b>COMMENTAIRES</b>  <b>LE CAS HORS DÉLAI SERA PROGRAMMÉ SOUS PEU.</b> <b>NOUS AVONS, DEPUIS DÉCEMBRE 2008, UN MÉCANISME INTERNE DE DEUXIÈME OFFRE.</b> <b>2 CAS SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE DEVRAIENT ÊTRE PROGRAMMÉS EN MAI.</b> <b>1 CAS HORS DÉLAI NON DISPONIBLE DEPUIS JANVIER 2010.</b> <b>NOUS AVONS ACTUELLEMENT ENVIRON 196 CAS EN ATTENTE.</b>			

1.9.23 Services de laboratoire de biologie médicale	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiérarchisation des analyses locales, régionales et supra régionales</li> <li>• Abolition pour avril 2010 de la facturation intra régionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyses avec un volume de moins de 100 ou inférieur à 10 % du volume régional total de cette analyse et qui ne sont pas des analyses dites « court-délai (inférieur à 60 minutes) » transférées vers autre laboratoire en région</li> <li>• Collaboration aux travaux régionaux en rapport à la facturation des analyses de laboratoire</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>POURSUITE DES TRAVAUX EN TABLE RÉGIONALE DES LABORATOIRES SUR LA HIÉRARCHISATION DES ANALYSES. INFORMATION FOURNIE QUANT À L'IDENTIFICATION DES CENTRES SOUS-TRAITANTS UTILISÉS. PRÉCISIONS APPORTÉES SUR LES ANALYSES CIBLÉES ET POUVANT ÊTRE TRANSFÉRÉES.</b></li> <li>• <b>RENCONTRE EN TABLE RÉGIONALE ET ÉVALUATION DES DONNÉES DE PRODUCTION DES DERNIÈRES ANNÉES AFIN DE DRESSER UN PORTRAIT DE LA FACTURATION INTER ÉTABLISSEMENT. EXERCICE EFFECTUÉ SUR LES TROIS DERNIÈRES ANNÉES.</b></li> </ul>	

1.9.24 Clientèle vulnérable orpheline.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Mettre en place un mécanisme de réception, de traitement et d'orientation des demandes d'accès à un médecin lorsque la situation le requiert	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable de l'identification de la clientèle (DR AUTHIER + INFIRMIÈRE)</li> <li>• Critères de priorisation de la clientèle vulnérable orpheline</li> <li>• Registre des demandes de références</li> <li>• Mécanisme de répartition de la prise en charge des clients selon le besoin clinique en collaboration avec les médecins du territoire</li> </ul>

<p><b>RÉSULTAT OBTENU</b>  <b>RENCONTRE EN SEPT 2009 A 2 REPRISSES AVEC DR. AUTHIER ET MONS MARCEL REHEL POUR DEFINIR L'OPERATIONNALISATION A LA DEMANDE DU DSP DR. GOSSELIN.</b>  <b>MEDECIN ASSOCIE: DR. ALAIN AUTHIER</b>  <b>AFFICHAGE EN OCTOBRE 2009 ET SELECTION DE L'INFIRMIERE CLINICIENNE.</b>  <b>LIEN D'AUTORITE: LE CHEF DE L'URGENCE/SOINS INTENSIFS MONS. MARCEL REHEL.</b>  <b>BUDGET IMPUTE: SOINS INTENSIFS</b>  <b>LOCAL ASSIGNE: BUREAU DE L'INF.-CHEF D'UNITE DES SOINS INTENSIFS</b>  <b>LOGISTIQUE D'ACCES: ADRESSE INTERNET CREEE POUR ACCES A L'INFIRMIERE, IDENTIFICATION PAR COCART POUR L'INFIRMIERE LORS DE SES FONCTIONS AVEC LA CLIENTELE ET LES UNITES.</b>  <b>MANDAT DE 3 MOIS EN ASSIGNATION, RENOUELLE AUTOMATIQUEMENT A MOINS D'AVIS CONTRAIRES. (RENCONTRE FAITE APRES 3 MOIS (02-02-2010) AVEC DR. AUTHIER ET L'INFIRMIERE MME ANNIE LECLERC POUR FAIRE LE POINT: TOUT LE MONDE EST SATISFAIT)</b>  <b>DEMARRAGE 2 DEC 2009.</b>  <b>DISCUSSIONS TELEPHONIQUES ET RENCONTRES AVEC MME E. LAROUCHE DE L'AGENCE</b>  <b>FORMATION WEB AVEC L'AGENCE</b>  <b>1 INF A 1 JOUR SEMAINE (MARDI) POUR UN TOTAL DE 10 JOURS.</b>  <b>10 CLIENTS ENTRES SUR LOGICIEL SIGAGO, DONT 1 QUI A ETE RETIRE SUITE A L'ATTENTE D'HEBERGEMENT</b>  <b>16 CLIENTS EN ATTENTE DE SIGNATURE DE CONSENTEMENT QUI SERONT PAR LA SUITE INSCRITS DANS LE LOGICIEL SIGACO</b>  <b>DOCUMENTS UTILISES:</b>                  -INSCRIPTION DU CLIENT AU GUICHET                  -COMPTE-RENDU DU GUICHET D'ACCES "PRISE EN CHARGE DU PATIENT"                  -DEMANDE DE PRISE EN CHARGE (SIGACO)                  -LETTRE D'ACCUSE DE RECEPTION  <b>DOCUMENTS PRODUITS:</b>                  -PROCESSUS D'INCLUSION QUI SERA DEPLOYE SOUS PEU DANS LES BUREAUX DES MEDECINS ET SUR LES UNITES  <b>ACTIVITES A CE JOUR EN LIEN DIRECT AVEC LA CLIENTELE:</b>                  -VISITES DE CLIENTS AUX UNITES                  -ÉTUDE APPROFONDIE DES DOSSIERS POUR VERIFIER L'ADMISSIBILITE EN VUE D'INSCRIRE LE CLIENT AU SIGACO                  -LIEN AVEC LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES POUR ETABLIR L'ACCES A CE NIVEAU</p> <p><b>(L'INFIRMIERE EST EN VACANCE DONC NOUS NE POUVONS VALIDER SI DES CLIENTS ONT ETE DIRIGES VERS UNE PRISE EN CHARGE MEDICALE, MAIS A NOTRE AVIS, IL N'Y EN A PAS EU)</b></p>	
1.9.25 Pandémie.	
<b>RÉSULTAT ATTENDU</b>	<b>INDICATEUR</b>
Élaboration pour décembre 2008 d'un plan de déploiement du SNT ambulatoire et du SNT soins et admissions à partir du modèle proposé par l'Agence.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis de conformité de l'Agence</li> </ul>
<p><b>RÉSULTAT OBTENU</b>  <b>PLAN DE DEPLOIEMENT DE LA CLINIQUE DE GRIPPE ET SNT SOINS ADMISSIONS SONT REALISES ET DEPOSES A L'AGENCE.</b></p>	

1.9.30 Maladies chroniques.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Consolidation de l'organisation de soins et services intégrés de lutte aux maladies chroniques incluant des activités de prévention et de promotion de saines habitudes de vie ainsi que de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services intégrés pour rejoindre la clientèle</li> <li>• Équipe dédiée en place et fonctionnelle selon les principes de l'interdisciplinarité</li> <li>• Nombre et type d'activités de formation</li> <li>• Étape d'élaboration du projet clinique « maladies chroniques » réalisée</li> <li>• Liens convenus avec le GMF</li> </ul>
<b>RÉSULTAT ATTENDU</b>	<b>CIBLE 2008-2009</b>
Nombre de personnes suivies par l'équipe intégrée (haut de la pyramide selon le modèle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 70 usagers</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>LE PROJET CLINIQUE DES MALADIES CHRONIQUES N'EST PAS FINALISÉ. LE PROGRAMME D'AUTOSOINS SERA IMPLANTÉ EN 2010-2011.</b>	

1.9.32 Activités chirurgicales et diagnostiques.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Inscription et suivi des délais d'attente dans SIMASS pour les chirurgies oncologiques, endoscopies, examens de résonance magnétique, santé mentale et clientèle vulnérable n'ayant pas de médecin de famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à jour du plan d'action</li> <li>• Nombre de chirurgies et examens concernés</li> <li>• Délai d'attente disponible</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>NOUS TRAVAILLONS ACTUELLEMENT À L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION POUR DIMINUER LES DÉLAIS EN CHIRURGIE BARIATRIQUE.</b>	

1.9.35 Plan directeur en traumatologie.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Mise à jour du plan local	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan local mis à jour</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>LES TRAVAUX NE SONT PAS DÉBUTÉS.</b>	

**1.10 AUTRES**

1.10.1 Analyse différenciée selon les sexes.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Formation des gestionnaires et du personnel responsable de la planification, de la programmation et de l'organisation des services à l'analyse différenciée selon les sexes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de personne ciblées formées à l'analyse différenciée selon les sexes</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>DANS LE PASSÉ, UNE SENSIBILISATION A ÉTÉ FAITE; POUR LE MOMENT, NOUS SOMMES EN ATTENTE DES ÉLÉMENTS DE FORMATION ET DE MISE À JOUR DU MSSS.</b>	
1.10.2 Projet clinique.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Poursuite des travaux pour la mise en place du projet clinique et organisationnel en prenant en compte la réalité autochtone	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État d'avancement</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>DENISE PURCELL-PELLETIER DIR.SANTÉ PHYSIQUE</b> <b>MPOC :</b> <b>ÉVALUATION ET CONSOLIDATION DU PROGRAMME DE RÉADAPTATION PULMONAIRE</b> <b>CONTINUITÉ DU PROJET DE RÉADAPTATION PULMONAIRE DANS LA COMMUNAUTÉ</b> <b>SANTÉ MENTALE : COLLABORATION AVEC LE CENTRE NORMAND POUR L'ÉLABORATION D'UN PROJET D'ÉQUIPE DE LIAISON EN DÉPENDANCE À L'URGENCE</b> <b>ÉLABORATION ET UNIFORMISATION D'UN FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU GUICHET UNIQUE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIAL</b> <b>DIABÈTE : ÉLABORATION EN COURS D'UN PROJET INTERDISCIPLINAIRE QUI S'ADRESSERAIT À LA GESTION DE L'OBÉSITÉ, LE DIABÈTE (POPULATION NON-AUTOCHTONE ET AUTOCHTONE)</b>  <b><u>SYLVIE ROY</u></b> <b>COMPLÉTÉ POUR PALV</b>  <b><u>MICHEL LAPOINTE (SANTÉ MENTALE)</u></b> <b>LA RÉDACTION PRÉLIMINAIRE DU PROJET CLINIQUE A ÉTÉ FAITE. LA RÉDACTION FINALE DEVRAIT SE RÉALISER EN 2010-2011.POUR LA RÉALITÉ AUTOCHTONE, NOUS SOMMES EN DISCUSSION AVEC LE CAAVD EN REGARD DE L'ENTENTE DE COLLABORATION POUR LA CLIENTÈLE AUTOCHTONE VIVANT EN MILIEU URBAIN. NOUS AVONS DES REPRÉSENTANTS DU LAC SIMON ET DE KITCISAKIK SUR NOTRE COMITÉ DE LA TABLE RÉSEAU SANTÉ MENTALE(TABLE PROJET CLINIQUE).</b>  <b><u>MICHEL LAPOINTE INT.DIR.SANTÉ COMMUNAUTAIRE</u></b> <b>LE PROJET CLINIQUE JEUNE EN DIFFICULTÉ A ÉTÉ DÉPOSÉ ET IL SERA OPÉRATIONNALISÉ EN 2010-2011. LA POURSUITE DES TRAVAUX POUR LE PROJET CLINIQUE AU NIVEAU DES MALADIES CHRONIQUES</b>	

**2. ADMINISTRATION**

**2.1 ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES**

Aucun objectif.

**2.2 GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS**

2.2.2 Appliquer les lignes directrices en hygiène et salubrité.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Toutes les installations CHSGS et CHSLD sont répertoriées et les surfaces sont catégorisées. L'entité responsable de l'entretien est identifiée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répertoire et catégorisation des surfaces</li> <li>• Responsable du service identifié</li> <li>• Responsable de l'exécution identifiée</li> <li>• Approbation par le directeur général et le conseil d'administration de l'ensemble de l'opération</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>L'INVENTAIRE DES SURFACES VA DE L'AVANT. LA PERSONNE A ÉTÉ DÉSIGNÉE COMME RESPONSABLE</b>	
2.2.3 Parc d'équipement médical	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Élaboration d'un plan triennal de maintien du parc d'équipement médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan triennal</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> - MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE POLITIQUE D'APPROVISIONNEMENT EN BIENS - TRANSFERT DU DOSSIER À LA DSH - RÉVISION EN COURS - <b>NOTRE PLAN TRIENNAL SERA SUPPORTÉ PAR UNE PROCÉDURE D'ACQUISITION POUR LES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX.</b>	

**2.3 RESSOURCES INFORMATIONNELLES**

2.3.1 Plan directeur régional ressources informationnelles (PDRRI).	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
L'établissement participe, lorsque requis, à la mise à jour et à la mise en oeuvre du PDRRI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation aux travaux avec l'Agence</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> <b>PARTICIPATION CONTINUE</b>	

2.3.2 IPM (Index-Patient-Maître).	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Débuter la mise en place d'un service d'index patient maître.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation aux travaux et mise en oeuvre</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b>  <b>2009-01-22 : FORMATION 1/3 À RN. AVEC DANIELLE TREMBLAY, CHEF DE SERVICE INTÉIMAIRE DE L'ACCUEIL ET DES COMMUNICATIONS.</b>  <b>FÉVRIER 2009 : SENSIBILISATION FAITE AU NIVEAU DU CSSSVO EXPLIQUANT LE PROJET DSQ ET RAPPELANT L'IMPORTANCE DE L'UNIFORMITÉ AU NIVEAU DE LA COLLECTE ET LA SAISIE DE DONNÉES.</b>  <b>2009-05-28 : FORMATION 2/3 À R.N. AVEC DANIELLE TREMBLAY.</b>  <b>2010-03-18 : CONFERENCE TELEPHONIQUE DES CHEFS DE PROJET LOCAUX IPM NOUS INFORMANT ENTRE AUTRES DE L'ARRIVEE DE M. MICHEL BOND (ARCHITECTE DE SOLUTION RI). (PRESENCE DE MME DANIELLE TREMBLAY EGALEMENT)</b>  <b>2010-05-20 : APPEL CONFERENCE PREVU ; COMPTE TENU DES POINTS EN SUSPENS ET DE L'ABSENCE DE DATES DE LIVRAISON DES LIVRABLES DE LA SOGIQUE.</b>	

2.3.6 Sécurité des actifs informationnels.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Poursuite des travaux pour l'application du « cadre global de la gestion des actifs informationnels - volet sécurité » (CGGAI)	Étapes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse de risques</li> <li>• Élaboration du plan directeur</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b>  -VOIR TABLEAU CI-JOINT -DES HEURES ONT ÉTÉ INVESTIES POUR FAIRE PROGRESSER NOTRE PLAN DIRECTEUR. -UNE STRUCTURE PERMANENTE DEVRA ÊTRE PRIORISÉE SI NOUS VOULONS ASSURER LA CONTINUITÉ AU NIVEAU DE LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELLE.	

PLAN ORGANISATIONNEL SUR LA SÉCURITÉ AU CSSSVO	Réalisation annuelle				
	2006	2007	2008	2009	2010 et +
<b>ÉTAPE 1 - Politique de sécurité</b>					
Nomination du RSAI et du PSI	T	T	T	T	T
Mise en place du comité de sécurité inf.	T	T	T	T	T
Conception de la politique de sécurité et adoption par le C.A.	T	T	T	T	T
Conception du recueil des normes et pratiques de sécurité	T	T	T	T	T
Formation sur la sécurité informationnelle	T	NE	NE	NE	E
Plan de sensibilisation - formation, courriels, etc.	T	NE	NE	NE	E
Formation à tout le personnel sur la sécurité	T	NE	NE	NE	E
<b>ÉTAPE 2 - Classification des actifs</b>					
Désigner les détenteurs et les rencontrer pour catégorisation	NE	EC	EC	EC	E
Plan de sensibilisation	NE	NE	NE	NE	E
Inventaire des actifs informationnels	NE	EC	EC	EC	E
Catégorisation à faire et à vérifier	NE	EC	EC	EC	E
Processus de validation avec détenteur et mise à jour	NE	EC	EC	EC	E
Alimentation dans système CatVer temporaire	NE	EC	EC	NE	E
<b>ÉTAPE 3 - Alimentation SAGeS</b>					
Transfert dans application SaGeS	NE	NE	NE	NE	E
<b>ÉTAPE 4 - État de situation</b>					
15 Mesures prioritaires sur la sécurité (total 64 mesures)	EC	EC	EC	EC	E
<b>ÉTAPE 5 - Plan directeur</b>					
Plan d'action à court, moyen et long terme	NE	NE	NE	NE	E
État de situation actuelle de la sécurité de l'information	NE	NE	NE	NE	E
volet 1 - dimension organisationnelle	NE	NE	NE	NE	E
volet 2 - dimension humaine	NE	NE	NE	NE	E
volet 3 - dimension technologique	NE	NE	NE	NE	E
volet 4 - dimension juridique	NE	NE	NE	NE	E
Analyse des risques et impacts	NE	NE	NE	NE	E
Sources de risques et conséquences	NE	NE	NE	NE	E
Normes et procédures à implanter	NE	NE	NE	NE	E
Manières en gestion de sécurité	NE	NE	NE	NE	E

- Légende des processus:**
- EC : en cours
  - NE : non effectué
  - E : éventuel
  - T : terminé

2.3.7 Maintien des actifs informationnels

RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Préparation et transmission de l'inventaire de ses actifs informationnels ainsi que son plan triennal de maintien d'actifs informationnels selon la périodicité et les modalités établies par le ministère (selon la circulaire 2008-019 - 03.02.30.10).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventaire des actifs</li> <li>• Plan triennal de maintien des actifs informationnels</li> <li>• Respect des échéanciers</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b>	
<p><b>INDICATION RESPECTÉE, TRAVAIL FAIT EN CONTINU</b></p> <p><b>-LE PLAN TRIENNAL DE MAINTIEN DES ACTIFS EST RÉALISÉ.</b></p> <p><b>-L'INVENTAIRE DES ACTIFS EST À JOUR ET LES INFORMATIONS DEMANDÉES PAR LE TCR SONT RESPECTÉES.</b></p> <p><b>-NOUS AVONS BEAUCOUP DE PRÉOCCUPATION POUR LES REMPLACEMENTS DES ÉQUIPEMENTS AUTRES QUE LES PC. EX. : SERVEURS, PÉRIPHÉRIQUES, RÉSEAUTAGE, TÉLÉPHONIE.</b></p>	

2.3.9 Dossier Santé du Québec.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Planification et mise en œuvre du dossier de Santé du Québec	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation aux travaux de mise en œuvre</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b>	
<b>PARTICIPATION AUX RENCONTRES RÉGIONALES.</b>	

### 3. AU PLAN DES RESSOURCES HUMAINES

3.1.1 Gestion de la présence au travail par la poursuite de la mise en œuvre du plan d'action en gestion de présence au travail (ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées). <sup>1</sup>			
RÉSULTAT 2007-2008	CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2009-2010
6,08 %	6,08 % <hr/> <b>RÉSULTAT 2008-2009</b> 4,56%	<b>5,58%</b>	6,08 %
<b>COMMENTAIRES</b>			
<b>DANS CE VOLET, NOUS DÉPLOYONS LES MÊMES EFFORTS ANNÉE APRÈS ANNÉE. DE CONCERT AVEC LES GESTIONNAIRES ET NOTRE MÉDECIN DE GESTION, NOUS FAISONS UN SUIVI SERRÉ DE TOUTE ABSENCE MALADIE EN VALORISANT UN PROMPT RETOUR AU TRAVAIL DU PERSONNEL ABSENT POUR INVALIDITÉ</b>			

3.1.3 Produire un portrait de main-d'œuvre de tous les titres d'emploi.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Portrait annuel détaillé de la main-d'œuvre, fournit à l'Agence, selon le modèle prescrit à l'aide des outils 1-2-3 Go! PMO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transmission de la base de données au 31 mars de chaque année</li> </ul>
Portrait de la situation de l'établissement en termes de pénurie et selon les définitions présentées dans le guide d'utilisation  Projection des départs à la retraite pour les trois prochaines années dans les secteurs identifiés en pénurie  Impacts du programme de développement de la main-d'œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tableau de la situation de l'établissement en matière de planification de la main-d'œuvre au 31 mars selon le modèle du MSSS.</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b>	
<b>NOUS SOMMES EN ATTENTE DU MODÈLE PRESCRIT PAR L'AGENCE ( SEMAINE 10 MAI )</b>	

<sup>1</sup> À titre d'information seulement  
 Cible régionale 2007-2008 : 6,91 %  
 Ratio visé individualisé : 7,05 %

Cible régionale 2008-2009 : 6,79 %  
 Ratio visé individualisé : 6,91 %

Cible régionale 2009-2010 : 6,67 %  
 Ratio visé individualisé : 6,77 %

3.1.4 Améliorer la planification et la coordination de la formation pratique (stages).	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Engagement dans l'implantation de l'entente de collaboration entre les institutions d'enseignement et les établissements de santé et de services sociaux concernant la formation pratique (stages – volet social) et du cadre de référence (volet soins infirmiers).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation aux quatre rencontres statutaires (volet social)</li> <li>• Participation aux rencontres (volet soins infirmiers)</li> <li>• Nombre de stages par titre d'emploi et par institution d'enseignement de la région de l'Abitibi-Témiscamingue</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> NOUS PARTICIPONS RÉGULIÈREMENT AUX RENCONTRES STATUTAIRES ( VOLET SOCIAL ) NOUS PARTICIPONS RÉGULIÈREMENT AUX RENCONTRES ( VOLET SOINS INFIRMIERS ) EN 2008-2009 ET 2009-2010 ( SEPTEMBRE À AOÛT ) NOUS AVONS ACCUEILLI 7 STAGIAIRES (PSYCHOÉDUCATION) ET 14 STAGIAIRES ( TRAVAIL SOCIAL ), ET 88 INFIRMIÈRES ( 1 <sup>RE</sup> , 2 <sup>E</sup> ET 3 <sup>E</sup> ANNÉE )	
3.1.5 Gestion prévisionnelle de la main d'œuvre (GPMO)	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Implantation du cadre normatif en GPMO au 31 mars 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portrait de main d'œuvre</li> <li>• Indicateur</li> <li>• Données de projection</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> DANS LE CONTEXTE DU DÉFI NATIONAL DE MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, NOUS AVONS PROCÉDÉ À L'IMPLANTATION DU CADRE NORMATIF EN GESTION PRÉVISIONNELLE DE LA MAIN-D'ŒUVRE; NOUS AVONS NORMALISÉ LES DONNÉES SUIVANTES : TITRES D'EMPLOI : CENTRES D'ACTIVITÉS RAISONS DE DÉPARTS	
3.1.6 Formation continue des préposés aux bénéficiaires (PAB).	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Participation au déploiement et à l'implantation de la formation des PAB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reddition de compte annuel selon le formulaire prévu (fiche 20)</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> LA REDDITION DE COMPTE POUR LA PÉRIODE FINANCIÈRE DU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2009 AU 30 OCTOBRE 2009 ( FICHE 20 ) EST NON-APPLICABLE POUR NOTRE ÉTABLISSEMENT, CONSIDÉRANT QUE NOUS DÉBUTÉ LA FORMATION À L'HIVER 2010. A L'HIVER 2010, NOUS AVONS DÉBUTÉ LA FORMATION DES PAB. EN DATE DU 31 MARS 2010, 26 PAB SONT EN FORMATION AU CSSSVO	

3.1.7 Formation Pandémie.	
<b>RÉSULTAT ATTENDU</b>	<b>INDICATEUR</b>
Formation des gestionnaires et des responsables de la formation (en cas de pandémie déploiement à tout le personnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reddition de compte à l'aide des outils prescrits au 31 mars 2009.</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> NOUS AVONS DÉBUTÉ LA FORMATION PANDÉMIE D'INFLUENZA EN JUIN 2009; AU 23 OCTOBRE 2009, 642 PERSONNES (58% ) AVAIENT REÇU LA FORMATION PANDÉMIE.	

3.2 Pourcentage d'heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier.			
<b>RÉSULTAT P-12 2007-2008</b>	<b>CIBLE 2008-2009</b>	<b>RÉSULTAT 2009-2010</b>	<b>CIBLE 2009-2010</b>
5,64 %	5,40%	<b>5.08%</b>	5,15 %
<b>COMMENTAIRES</b> ÉLABORER ET METTRE EN ŒUVRE UN PLAN D'ACTION DANS LE BUT DE RÉDUIRE LE NOMBRE D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES EFFECTUÉES PAR LES INFIRMIÈRES ORGANISATION/RÉORGANISATION DU TRAVAIL ( SOINS GLOBALISÉS; HORAIRE 12 H ETC...)			

3.3 Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante en personnel infirmier.			
<b>RÉSULTAT 2006-2007</b>	<b>CIBLE 2008-2009</b>	<b>RÉSULTAT 2009-2010</b>	<b>CIBLE 2009-2010</b>
0,53 %	0,50 %	<b>1.79%</b>	0,46 %
<b>COMMENTAIRES</b> ÉLABORER ET METTRE EN ŒUVRE UN PLAN D'ACTION DANS LE BUT DE DIMINUER LE RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE ( INFIRMIÈRES ) ORGANISATION/RÉORGANISATION DU TRAVAIL ( SOINS GLOBALISÉS; HORAIRE 12 H; ETC RATIO POSTES TEMPS COMPLET ( INFIRMIÈRES ) RÉF LETTRE DE LA PDG DE L'AGENCE AU DG ( JUILLET 2009 )			
<b>CIBLE AU 31 MARS 2008</b>	<b>CIBLE 2009-2010</b>	<b>CIBLE 2010-2011</b>	<b>CIBLE</b>
49%	55%	60 %	-----
<b>RÉSULTAT</b>	<b>RÉSULTAT MARS 2010 = 39%</b>	<b>RÉSULTAT</b>	-----

**4. AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE**

4.8 Améliorer de façon continue la qualité des services et la satisfaction de la clientèle.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Plan d'action élaboré et actualisé à la suite de l'évaluation des attentes et la satisfaction des usagers face aux services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités réalisées</li> <li>• Échéancier respecté</li> </ul>
<p><b>RÉSULTAT OBTENU</b></p> <p><b>AVRIL 2009</b></p> <p><b>ANALYSE DIAGNOSTIQUE DE L'URGENCE SELON L'APPROCHE LEAN HEALTHCARE</b></p> <p><b>BLITZ KAIZEN, CHARGE DE TRAVAIL TECHNICIENNE EN ASSISTANCE SOCIALE, REVOIR LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE POUR UNE MEILLEURE UTILISATION DES RESSOURCES</b></p> <p><b>DÉCEMBRE 2009</b></p> <p><b>PLAN TRIENNAL D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES À LA POPULATION DE LA VALLÉE-DE-L'OR</b></p> <p><b>JANVIER 2010</b></p> <p><b>SESSION DE FORMATION SUR LE SERVICE À LA CLIENTÈLE</b></p> <p><b>IMPACT KAIZEN À L'URGENCE POUR DIMINUER LE TEMPS D'ATTENTE DE LA CLIENTÈLE AMBULATOIRE ( PLAN D'ACTION EN COURS)</b></p> <p><b>FÉVRIER 2010</b></p> <p><b>ACTIVITÉS DANS LE CADRE DE LA SEMAINE DE PROMOTION DES DROITS DES USAGERS</b></p> <p><b>MARS 2010</b></p> <p><b>SONDAGE CLIENTÈLE PAR LE CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT</b></p> <p><b><u>PREMIÈRE LIGNE :</u></b></p> <p><b>PROGRAMME DI-DP-TED, PLAN D'ACCÈS, EMBAUCHE D'UN INTERVENANT À TEMPS COMPLET.</b></p> <p><b>OFFICIALISATION DU POSTE D'INFIRMIÈRE À LA CLINIQUE MULTI À MALARTIC, ARRIVÉE DU DRE TA À LA CLINIQUE AMBULATOIRE.</b></p> <p><b>CENTRALISATION DE TOUS LES SERVICES DE MALARTIC DANS L'AGRANDISSEMENT DE L'HÔPITAL.</b></p> <p><b><u>SERVICES À DOMICILE :</u></b></p> <p><b>MISE EN PLACE DU PROGRAMME INTERVENTION MULTIFONCTIONNEL PERSONNALISÉ POUR LA PRÉVENTION DES CHUTES.</b></p> <p><b><u>SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE :</u></b></p> <p><b>ÉLABORATION D'UNE GRILLE DE FACTEURS INFLUENÇANT L'ORIENTATION DES DOSSIERS SOIT CLSC OU SANTÉ MENTALE.</b></p> <p><b>PLAN D'IMPLANTATION DES SENTINELLES EN PRÉVENTION DU SUICIDE.</b></p> <p><b>SÉCURITÉ CIVILE : ÉQUIPE D'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE MRC.</b></p> <p><b>MÉCANISME D'ACCÈS AUX CHIRURGIES.</b></p>	

**SONDAGES RÉALISÉS AU COURS DE L'ANNÉE :**

**CHIRURGIE MINEURE, CHIRURGIE D'UN JOUR ET ENDOSCOPIE.  
 HÉMODIALYSE, PRÉDIALYSE, DIALYSE PÉRITONÉALE.  
 UNITÉ DE CHIRURGIE  
 UNITÉ MÈRE-ENFANT**

4.10 Chauffage, ventilation, conditionnement de l'air et surveillance des contaminants.

RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Mise à jour, s'il y a lieu, du programme d'entretien préventif des systèmes de chauffage, ventilation et conditionnement d'air (CVCA) selon le guide sur la qualité de l'air dans les établissements du réseau ainsi qu'un programme de surveillance des contaminants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme d'entretien préventif et programme de surveillance</li> </ul>
<p><b>RÉSULTAT OBTENU</b>  <b>LE TOUT SUIT SON COURS DANS L'ENTRETIEN PRÉVENTIF DE NOS SYSTÈMES DANS TOUS LES POINTS DE SERVICE ET UNE INSPECTION DES 7 SYSTÈMES DE L'HÔPITAL DE VAL-D'OR A ÉTÉ EFFECTUÉE PAR LA FIRME SOGITEX ET RIEN D'ALARMANT DANS NOS CONDUITS. ON A MAINTENANT UN LOGICIEL DE MAINTENANCE ASSISTÉ PAR ORDINATEUR QUI VA NOUS PERMETTRE D'INSTAURER DES ROUTES D'ENTRETIEN PRÉVENTIF SUR LA VENTILATION.</b></p>	

4.12 Visites d'appréciation de la qualité des services en milieu de vie substitut.

RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Poursuite du plan d'action mis en place à la suite de la visite d'appréciation de la qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'amélioration complété et déposé à l'Agence</li> <li>• Échéancier respecté</li> </ul>
<p><b>RÉSULTAT OBTENU</b>  <b>EN CONTINU</b></p>	

4.13 Visites d'appréciation de la qualité des services en ressources intermédiaires et de type familial.

RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Poursuite du plan d'action mis en place à la suite de la visite d'appréciation de la qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'amélioration complété et déposé à l'Agence</li> <li>• Échéancier respecté</li> </ul>
<p><b>RÉSULTAT OBTENU</b>  <b>EN CONTINU</b></p>	

4.14 Promotion des droits des usagers.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
À l'invitation de l'Agence, participation à un plan d'action intégré en matière de protection, de promotion et de défense des droits des usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation aux travaux</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> UNE SEMAINE DE PROMOTION DES DROITS DES USAGERS A ÉTÉ TENUE DU 8 AU 12 FÉVRIER 2010, EN COLLABORATION AVEC LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES, LE COMITÉ DES USAGERS DU CSSVO ET LES COMITÉS DE RÉSIDENTS. CETTE SEMAINE AVAIT POUR THÈME : « PARCE QUE LES DROITS DES USAGERS GAGNENT À ÊTRE CONNUS DE TOUS! » PLUS DE 400 PERSONNES DE LA VALLÉE-DE-L'OR ONT REÇU PERSONNELLEMENT DE L'INFORMATION CONCERNANT LEURS DROITS. IL Y A EU PRÉSENTATION D'UNE ÉMISSION D'INFORMATION À LA TÉLÉVISION COMMUNAUTAIRE CONCERNANT LE COMITÉ DES USAGERS, LES COMITÉS DE RÉSIDENTS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET LA SEMAINE DE PROMOTION DES DROITS DES USAGERS. UNE PIÈCE DE THÉÂTRE CONCERNANT LES DROITS DES USAGERS A ÉTÉ PRÉSENTÉE AUX CHSLD DE VAL-D'OR ET MALARTIC.	
4.15 Comité de vigilance et de la qualité.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Comité de vigilance et de la qualité fonctionnel et informations fournies à l'Agence	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir à l'Agence le bilan des actions du conseil d'administration donnant suite aux recommandations du comité, notamment celles en provenance des commissaires aux plaintes, du protecteur du citoyen et du comité de gestion des risques</li> </ul>
<b>RÉSULTAT OBTENU</b> DANS L'ANNÉE 2009-2010, IL N'Y A EU AUCUNE ACTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION SUITE À DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ, OU EN LIEN AVEC CELLES EN PROVENANCE DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES, DU PROTECTEUR DU CITOYEN OU DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES.	

## II. ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DU CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR

Évolution de la situation financière de l'établissement par rapport à l'année précédente		
CIBLE 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	COMMENTAIRES
Équilibre budgétaire au 31 mars 2009	<b>DÉFICIT BEAUCOUP PLUS IMPORTANT QUE LORS DE L'EXERCICE ANTÉRIEUR</b>	<b>DÉVELOPPEMENTS – SERVICES OFFERTS À LA POPULATION SANS LES NIVEAUX DE FINANCEMENTS APPROPRIÉS</b>