

**BILAN
ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ**

2010-2011

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***

*Date : Le 13 mai 2011
Mise à jour : 2011-06-02*

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION	1
1.	PROGRAMMES-SERVICES ET PROGRAMMES-SOUTIEN.....	5
1.1	<i>SANTÉ PUBLIQUE</i>	5
1.2	<i>SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE</i>	10
1.3	<i>PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT</i>	11
1.4	<i>DÉFICIENCE PHYSIQUE</i>	13
1.5	<i>DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED.....</i>	14
1.6	<i>JEUNES EN DIFFICULTÉ</i>	17
1.7	<i>DÉPENDANCES.....</i>	18
1.8	<i>SANTÉ MENTALE</i>	19
1.9	<i>SANTÉ PHYSIQUE</i>	21
1.10	<i>AUTRES</i>	29
2.	ADMINISTRATION.....	31
2.1	<i>ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES.....</i>	31
2.2	<i>GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS</i>	31
2.3	<i>RESSOURCES INFORMATIONNELLES.....</i>	31
3.	AU PLAN DES RESSOURCES HUMAINES	32
4.	AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE.....	36
II.	ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DU CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	37

I. INTRODUCTION

Comme par les années passées, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue fournit aux établissements un outil leur permettant de produire leur bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité. Rappelons que l'entente de gestion 2010-2011 intègre la majorité des objectifs des années précédentes en référence au plan stratégique 2005-2010, auxquels s'ajoute des objectifs spécifiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 2010-2011 et certains particuliers à la région.

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 les résultats de l'établissement depuis 2007-2008, lorsque pertinent, et les cibles de 2010-2011. Des cases sont prévues pour indiquer les résultats obtenus en 2010-2011 ainsi que pour permettre d'expliquer ces résultats. Au besoin, les perspectives pour la prochaine année peuvent être ajoutées.

Les commentaires de l'établissement sont très importants ils permettront une meilleure compréhension de la réalité de l'établissement et de celle de la région. Ainsi l'Agence pourra fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) une première version du projet d'entente 2011-2012 pour la région pour la mi-mai ainsi que le bilan de la région pour la fin mai.

Pour éviter certaines confusions au niveau des résultats, les données apparaissant dans ce bilan devront être identiques à celles qui apparaissaient sur **GESTRED au 2 mai 2011**, date limite accordée à l'établissement pour valider ses données. Toutefois, si de nouvelles informations vous amènent à modifier vos résultats du 2 mai 2011, il faudra l'indiquer dans les espaces prévus pour les commentaires, mais conserver quand même le résultat de GESTRED au 2 mai 2011. 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.

Ce bilan devra être acheminé à l'Agence au plus tard **le 13 mai 2011**.

Objectifs spécifiques 2010-2011

Les objectifs qui suivent sont spécifiques à l'année 2010-2011. Toutefois, puisque certains d'entre eux sont en continuité avec les objectifs de l'entente 2008-2010, le cas échéant, nous vous invitons à intégrer vos résultats aux numéros correspondant indiqués.

En matière de ressources humaines (Inscrire les résultats et commenter au 3.2 et suite)

En prévention des maladies chroniques (Inscrire les résultats et commenter au 1.1.12)

L'attente est de réaliser un groupe.

École en santé et système d (Inscrire les résultats et commenter au 1.1.15)

En ce qui concerne École en santé, 100 % des écoles doivent être rejointes. Alors que pour Système d, il faut rejoindre 100 % des classes de 6^e année, soit ajouter celles de Malartic.

RSIPA (Ajoutez des commentaires spécifiques au point 1.3.5)

Augmenter le degré d'implantation de 5 % en ciblant particulièrement le mécanisme de coordination la gestion de cas et le guichet d'accès : compléter le déploiement informatique de la première livraison.

Accès aux services pour les personnes handicapées (Inscrire les résultats au 1.5.20)

Optimisation des services de soutien à domicile (SAD)		
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR	
Les zones exigeant de l'amélioration à la suite de l'analyse de l'efficacité des processus des services du SAD et une proposition d'optimisation sont identifiées	<ul style="list-style-type: none"> Proposition d'optimisation détaillée des services du SAD 	
RÉSULTAT OBTENU :		
Les propositions d'optimisation détaillées seront sorties dans les prochaines semaines puisque nous sommes en processus Lean. Des actions seront mises de l'avant dès mai et juin 2011.		
Occupation optimale des lits de courte durée		
INDICATEURS	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Nombre de personnes : 1. en processus ou en attente d'évaluation et d'orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers (Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle); 2. en attente d'une place en centre d'hébergement et soins de longue durée (excluant la santé mentale); 3. en attente de réadaptation; 4. en attente d'une ressource non institutionnelle (excluant la santé mentale); 5. en attente d'une place de convalescence; 6. en attente de services de soins palliatifs; 7. en attente d'une place d'hébergement de longue durée en santé mentale.	Moins de 3 pour chaque situation	1. 2,9 2. 7,1 3. 0,4 4. 1,5 5. 0,2 6. 0,4 7. 2,5 (Val-d'Or et Malartic)

COMMENTAIRES :

- Le comité de gestion des lits se rencontre tous les mardis matin.
- Rencontre quotidienne pour la gestion des 24-48 h.
- Les projets d'amélioration continue du continuum PAPPÀ sont en cours.
- Révision du processus de la prise en charge des cas de santé mentale.

Implantation des préalables à l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

INDICATEURS	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
1. L'utilisation d'un outil de repérage à l'urgence;	Les quatre préalables sont implantés 100 %	1. 12,5%
2. La mise en place et l'application des mécanismes de suivi requis pour les repérages positifs;		2. 0%
3. La présence d'un intervenant pivot ou de liaison à l'urgence dédiée à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assure les liens interétablissements;		3. 10%
4. L'application d'un programme de marche à l'urgence et aux unités d'hospitalisation.		4. 5%

COMMENTAIRES :

1. Un plan d'action est en cours d'élaboration pour compléter l'implantation des préalables.
2. Nous prévoyons atteindre le 100 % en octobre 2011

Voir annexe pour la grille.

Jeunesse négligence et crise et suivi dans la communauté (voir objectif 1.6.7)

L'attente est de s'assurer de la mise en place de ces deux services d'ici mars 2012.

Jeunesse

Une autre attente concerne l'investissement dans le programme. La production des contours 2009-2010 par l'Agence est en cours et le résultat sera transmis à l'établissement en avril 2011.

Accès à l'imagerie médicale (Attentes en référence aux travaux régionaux, inscrire les résultats et commenter au 1.9.32)

- un maximum de trois mois pour obtenir un rendez-vous,
- un maximum de sept jours pour la lecture des images et
- un maximum de sept jours pour la transcription et la transmission des résultats.

Accès aux laboratoires de biologie médicale (Attentes en référence aux travaux régionaux, inscrire les résultats et commenter au 1.9.32)

- la modalité d'accès avec rendez-vous pour les prélèvements ne doit pas dépasser quatorze jours
- le temps d'attente du patient pour les centres de prélèvement avec une modalité d'accès sans rendez-vous ne doit pas excéder 60 minutes.

Fonctions hospitalières	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Projets cliniques et organisationnels reliés aux spécialités médicales régionales respectant les règles établies à la Table des chefs, concernant les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • néphrologie; • médecine nucléaire; • cytopathologie; • cardiologie; • pneumologie; • gastro-entérologie. 	Projets cliniques et organisationnels en spécialités médicales régionales réalisées pour chaque spécialité
RÉSULTAT OBTENU : En démarche.	

Itinérance

Informations fournies selon les attentes signifiées, sur une base hebdomadaire, concernant l'utilisation de la ressource d'hébergement temporaire.

Modèle de service correspondant aux attentes signifiées par l'Agence, déposé au plus tard le 28 février 2011.

- Un document a déjà été élaboré et remis à l'Agence. Toutefois, avec le soutien de l'équipe de l'Agence, un modèle d'organisation de services intégrés sera déposé en juin 2011.
- Pour le Dortoir, sur une base hebdomadaire, les informations ont été transmises. Un bilan final sera réalisé par l'organisme La Piaule et déposé tel que convenu.

1. PROGRAMMES-SERVICES ET PROGRAMMES-SOUTIEN

1.1 SANTÉ PUBLIQUE

P1 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
Maintenir le ratio d'infirmières en prévention des infections nosocomiales. <ul style="list-style-type: none"> • 1 ETP pour 133 lits de courte durée (CH) • 1 ETP pour 250 lits de longue durée (CHSLD) • 1 ETP pour 300 lits de psychiatrie (CHSPY) 				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
1 ETP pour 133 (CH)	Ratio maintenu 0,77/0,77	0,77/0,77	0,77/0,77	0,77/0,77
1 ETP pour 250 (CHSLD)	Ratio maintenu 0,63 /0,70	0,63/0,70	0,63/0,70	0,63/0,70
S.O. en 2007-2008 1 ETP pour 300 lits (CHSPY)	S.O. en 2008-2009	0,1/0,1	0,1/0,1	0,1/0,1
COMMENTAIRES				

1.1.3 Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).				
RÉSULTAT DÉCEMBRE 2007	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE DÉCEMBRE 2010	RÉSULTAT DÉCEMBRE 2010
61,2 %	61,4 %	63,1 %	70 %	59% Donnée estimée
Respecter le délai de 30 jours entre l'appel de la femme et la date de rendez-vous pour la mammographie de dépistage.				
RÉSULTAT ATTENDU		INDICATEUR		
Délai maximum de 30 jours entre l'appel et le rendez-vous		<ul style="list-style-type: none"> • Délai entre l'appel et le rendez-vous 		
RÉSULTAT OBTENU				
<p><u>85 jours</u> : (vs 90 en 2009-10) Un taux de référence qui ne cesse d'augmenter (plus de 30%) jumelé à une population cible grandissante sans augmentation de plage d'examens entraîne ces délais de planification des examens.</p> <p>Le volume d'examens effectués est inférieur de près de 4% (environ 70 examens en moins) par rapport à celui de 2009 causé par une pénurie de technologues plus importante en 2010 nous empêchant d'effectuer un peu de surplus d'examens. De plus, la population cible continue son augmentation (3% entre 2009 et 2010; 7% depuis 2008), ce qui explique la valeur estimée de 59% pour le taux de participation au PQDCS.</p>				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
138	191	135	130	131 (dépistage hors des murs)
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Chlamydia : 13,54 % VHC : 5,4 %	CHLAMYDIA : 22,89% VHC : 8,33% VIH : 0,62	CHLAMYDIA : 20,74 % VHC : 4,5 %	Taux de positivité des tests de dépistage > 7 % (mais petit nombre)	Voir les commentaires ci-dessous
COMMENTAIRES				
<p>Comme le bassin de clientèle a été dépisté et rejoint, le nombre de dépistage n'augmente plus tellement. Par contre, en raison du taux de positivité nous pouvons voir que la clientèle cible (vulnérable) est rejointe. Pour Kitcisakik, d'emblée les cas contacts ont été traités sans faire de dépistage. Ainsi, on peut calculer pour chaque dépistage, il y a au moins deux cas contacts, ce qui présume que les cas positifs sont plus nombreux que ce que les chiffres révèlent.</p> <p>NB Usagers différents : Total pour Val-d'Or et Kitcisakik : 131</p>				
TAUX DE POSITIVITÉ DES TESTS DE DÉPISTAGE				
	VAL D'OR	KITCISAKIK	TOTAL	
CHLAMYDIA	25%	25,6%	26,7 %	
VHC	5%	0%	3,8%	
GONO	4%	0%	3,05%	
VIH	0%	0%	0%	

1.10 Proportion de femmes ayant accouchées dans l'année, rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
79 suivis sur 117 mères visées selon naissance 2007 : 68 %	45 suivis sur 87 mères visées selon naissance 2008 : 33%excluant celles sur réserve 51 %	80 %	90 %	58 suivis sur 60 mères visées 96 %
COMMENTAIRES				
<ul style="list-style-type: none"> • Nette amélioration par rapport aux années précédentes. Le dénominateur semble avoir été revu pour identifier la cible. • Amélioration de la saisie des données par les intervenants. 				
RÉSULTAT ATTENDU		INDICATEUR		
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"> • Activités réalisées • Montant dépensé 		

Débuter le SIPPE à 12 semaines de grossesse et fin de suivi de l'enfant à 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Date du début des suivis
<p>RÉSULTAT OBTENU</p> <p><u>Action intersectorielle</u></p> <p><u>Val d'Or</u> : 23 507\$ engagé et réparti de la façon suivante</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1000 \$ pour le comité de parents SIPPE • 18 137\$ pour Halte-Répit, offert par la Maison de la famille • 3 870\$ pour le projet « volet parent » offert par le jardin des 3 • 500\$ pour le fond d'urgence pour la clientèle SIPPE <p><u>Malartic</u> : 6 1558 engagé et réparti de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 000\$ pour Mon enfant et moi offert par la Maison de la famille • 1 558\$ pour le bottin des ressources issu de la Table SIPPE <p><u>Senneterre</u> : 11 685.75\$ engagé et réparti de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 031,75\$ pour la Licence annuelle projet KARIBOU (stimulation précoce) • 4 500\$ pour halte-répit à la Maison de la famille • 3 528\$ pour ateliers 0-6 mois et 6-12 mois Calin-Calain à la Maison de la famille • 1 626\$ pour les activités de la Semaine québécoise de la famille 	

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"> • Équipe dédiée à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques • Nombre de personnes formées • <i>Programme 0-5-30 combinaison prévention</i> implantée (école, entreprise, municipalité) • Activités du CAT
Projet intersectoriel	<ul style="list-style-type: none"> • Liens avec « Québec en forme » • Nombre de projets • Nombre de partenaires
<p>RÉSULTAT OBTENU</p> <p>L'équipe dédiée à la promotion de saines habitudes de vie est en place.</p> <p>Les activités sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantation programme 0-5-30 : UQAT, Caisse populaire Desjardins, centre local d'emploi de Val-d'Or, Sureté du Québec, école secondaire Le Tremplin, CSSSVO. • Promotion du programme dans environ une trentaine d'organismes qui font la promotion dans leur milieu. • Des activités ont été réalisées à la Ville de Val-d'Or, Malartic et Rivière-Héva. D'autres ont eu lieu en milieu scolaire, Maison des jeunes, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. • Implication avec Québec en forme surtout pour le volet nutrition. plusieurs projet (30) impliquant plusieurs partenaires dont : 2 maisons de la famille, 2 maisons des jeunes, 3 	

<p>cuisines collectives, 9 écoles, Carrefour Jeunesse Emploi, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et 2 municipalités.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupes en abandon du tabac : 5. <ul style="list-style-type: none"> ○ Environ 11 personnes ont été rencontrées en individuel et ce volet est intégré dans toutes les interventions réalisées dans les cliniques diabètes. ○ Promotion du défi « J'arrête j'y gagne » a été fait. • Choisir de maigrir : 2 sessions de 14 ateliers ont été réalisées dont 1 à Malartic. • Programme autosoins : 2 sessions de 6 ateliers ont été données à Val-d'Or par des bénévoles formées.

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
S.O.	41 personnes inscrites au programme	40 (Gestred)	30 usagers rejoins	49 usagers rejoins
<p>COMMENTAIRES</p> <p>Il y a une liste d'attente également. Programme à bonifier pour permettre de rejoindre plus de gens.</p>				

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"> • Présence d'une planification conjointe avec le milieu scolaire • Nombre d'écoles primaires et secondaires où est implantée « école en santé » • Nombre d'interventions préventives en milieu scolaire
Implantation du « Système D » en 6 ^e année	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de classes de 6^e année rencontrées (10 classes visées par année)
<p>RÉSULTAT OBTENU</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 écoles secondaires et 4 pour le primaire. Pas de planification conjointe pour Val d'Or, les intervenants santé ont été très peu interpellés malgré la relance. • Implantation du « Système D » en 6^e année, 3 classes à Senneterre, 7 classes à Val-d'Or et aucune à Malartic. Les ateliers sont réalisés avec la collaboration des intervenants formés en milieu scolaire et les professeurs. 	

1.1.17 Comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel (minimum de quatre rencontres par année).	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Rencontres régulières du comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rencontres du comité
RÉSULTAT OBTENU : Il y a eu 6 rencontres du comité formel et plusieurs rencontres du comité de travail relié à la gestion et au contrôle de l'éclosion du C. difficile.	

1.1.18 Programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Programme structuré mis en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Date d'adoption du programme par le conseil d'administration • Activités réalisées selon planification
RÉSULTAT OBTENU Programme adopté le 22 janvier 2008 <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de groupes de formation; • Élaboration et mise en œuvre du plan d'action sur le contrôle de l'éclosion du C. diff. • Audits sur le lavage des mains; • Surveillance rétrospective sur l'incidence des infections du site chirurgical après césarienne; • Révision des procédures en prévention des infections; • Inventaire des équipements et surfaces (zones grises); • Tableau de bord local pour les différents sites (SARM, BLSE,ERV); • Déclaration provinciale des infections nosocomiales. 	

1.1.30 Proportion d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza chez le personnel.				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
69 %	61 %	26,2 %	75 %	41,30%
COMMENTAIRES				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
65,6 %	66,15%	66,53 %	90 %	82,62%
COMMENTAIRES <ul style="list-style-type: none"> Des processus de travail ont été revus. À partir de la réception des avis de naissance, les mères sont appelées par la réceptionniste pour leur offrir un rendez-vous dans le délai d'une semaine de la date d'anniversaire. Des plages horaires ont été ajoutées selon la demande 				

1.1.G Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype 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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
53,3 %	57,32%	55,65 %	90 %	55,73%
COMMENTAIRES <ul style="list-style-type: none"> Nous prévoyons travailler à améliorer notre système de relance. Pour le 12 mois, cette cible représente un défi puisque pour l'atteindre, l'enfant ne doit pas accuser de retard aux vaccins précédents. Nous sommes aussi tributaires de la décision et des disponibilités des parents. 				

1.1.J Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque (Pnevnar) 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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
65,6 %	65,85%	68,31 %	90 %	83,53%
COMMENTAIRES Voir note 1.1.F				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
(615 après le 30 avril) 454	919 806 selon GESTRED	971 (Gestred)	> 591	966
COMMENTAIRES On observe que le nombre de demandes de services psychosociaux est en constante évolution, 384				

usagers de plus que la cible. Au cours de l'exercice, 2 691 interventions ont été réalisées dans ce champ d'activités.

Notons que :

- les travaux MRC sur la notion d'accompagnement rendent les services plus accessibles,
- des initiatives de promotion de nos services ont été réalisées et elles se poursuivront en 2011-2012.

1.2.3 Nombre moyen d'interventions, par usager, réalisé dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC).

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
(3,63 après le 30 avril) 3,4	2,7	2,77	> 3,6	2,93

COMMENTAIRES

Plusieurs demandes de services psychosociaux (environ 60 %) sont complétées au service d'accueil psychosocial, et ce en intervention de courte durée (1 à 3 rencontres). Une démarche d'amélioration continue est prévue avec les équipes afin d'augmenter la performance et atteindre nos cibles.

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
987	802 (VAL-D'OR) 210 (MALARTIC) 145 (SENNETERRE) 1027 selon GESTRED	1027 (Gestred)	> 880	1071

COMMENTAIRES

1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie.

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
25	25,4 selon GESTRED	33,9 (Gestred)	25	40,72

COMMENTAIRES

1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans le CHSLD.				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
3,17	3,24	3,35 (Gestred)	≥ 3,17	3,5
COMMENTAIRES				
<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture de 10 lits à Germain-Bigué (fermeture en juin 2010); • Ouverture de 3 lits supplémentaires au CHSLD de Val-d'Or en lien avec l'Écllosion de C. Difficile à l'Hôpital de Val-d'Or; • Ouverture de 6 lits supplémentaires : 2 au Centre d'hébergement St-Martin de Malartic et 4 au Centre d'hébergement de Val-d'Or pour problématique « 48 heures à l'urgence » en lien avec les lits occupés pour la longue durée en CH.; • Ajout de personnel au Centre d'hébergement St-Martin de Malartic (ajout de 6 lits et d'une unité protégée et d'une 2^e unité). 				

1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans le CHSLD.				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
0,22	0,25	0,29 (Gestred)	0,235	0,26
COMMENTAIRES				
<ul style="list-style-type: none"> • Une infirmière assistante (TC) du Centre d'hébergement de Val-d'Or a été remplacée par une psychoéducatrice/chef d'équipe à raison de 28 h/semaine dû à la pénurie infirmière; • La psychoéducatrice de l'unité La Bohème a été assignée à temps complet à la Résidence Boyer et a été remplacée dans l'unité par une intervenante/chef d'équipe à raison de 28 h/semaine; • Les 3 travailleuses sociales en CHSLD assurent aussi le service dans les 3 ressources intermédiaires; dans les RTF; à la Résidence Boyer et aussi à l'unité transitoire de Germain-Bigué lorsque celui-ci était opérationnel; • Plusieurs heures de temps supplémentaire ont été effectuées lors de la relocalisation du Centre d'hébergement St-Martin de Malartic. 				

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"> • Bilan des actions posées • Participation aux travaux régionaux
RÉSULTAT OBTENU	
<u>Livraison 1</u> :	
<ul style="list-style-type: none"> • Entrée massive terminée le 8 avril 2011; 	

- 85 intervenants ont été formés RSIPA en date du 13 décembre 2010;
- Les composantes cliniques (OEMC incluant les profils ISO-SMAF, l'outil de repérage PRISMA-7) sont fonctionnels;
- Suivi des différents comités;
- Complétion de l'OSIRSIPA;
- Compilation des résultats PRISMA-7 lors de la vaccination;
- Participation au comité clinique régional RSIPA

Reste à compléter :

- La gestion des notes évolutives;
- La coordination avec l'équipe de gériatrie ambulatoire;
- La gestion de cas;
- Le guichet d'accès;
- L'intégration de PRISMA-7 à l'urgence de l'Hôpital de Val-d'Or;
- Le plan de communication;
- Les rapports de gestion;
- Le cadre de référence pilotage et formation;
- La mise en place d'un mécanisme de suivi de la qualité pour la complétion de l'OEMC.

Note : Remplacement du coordonnateur du projet depuis le début mars 2011.
 Plusieurs semaines sans chargée de projet.
 Nouvelle chargée de projet en fonction depuis le début d'avril 2011.

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
(544 après le 30 avril) 548	386	398	> 486	380

COMMENTAIRES

Transfert des usagers TED dans le bon profil soit les TED dans la MRC sont suivis au CRLM, donc étaient comptabilisés en Déficience physique et remis en Déficience intellectuelle.

RÉSULTAT OBTENU

- Compréhension d'une DP versus de la Santé physique enseignement fait, possible moins de DP;
- Remplacement de l'intervenant pivot par une T.A.S. sans expérience, peut avoir eu un impact.

1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par le CSSS (mission CLSC), par usager (DP).				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
(14,59 après le 30 avril) 13,77	15,82 15,63 selon GESTRED	12,5	14	13,6
COMMENTAIRES				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
76	91 68 selon GESTRED	74	76	67
RÉSULTAT OBTENU				
<ul style="list-style-type: none"> • En lien avec la diminution du nombre de personnes ayant un DP; • Depuis janvier 2011, application de la politique « chez soi, le premier » peut avoir eu une incidence; • Balise établie pour le calcul des montants donnés (en fonction du besoin réel). 				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
(83 après le 30 avril) 63	71	77	83	78
COMMENTAIRES				
<ul style="list-style-type: none"> • Plus de précisions, si usagers âgés qui entrent dans nos services même si DI seront cotés en 710; • Remplacement de l'intervenant pivot par une T.A.S. sans expérience, peut avoir eu un impact. 				

1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par le CSSS (mission CLSC), par usager (DI).				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
(5 après le 30 avril) 7,79	8 7,7 selon GESTRED	8,34	> 5	10

COMMENTAIRES

- Transfert usagers DI du CRDI vers la 1^{ère} ligne, donc plus d'interventions de maintien du plateau.

1.5.3 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
71	67 58 selon GESTRED	61	71	61

COMMENTAIRES

- Moins d'usagers en DI donc moins de répits, gardiennages et dépannages;
- Application de la politique chez soi, le premier choix;
- Balise établie pour le calcul des montants donnés (en fonction des besoins réels).

1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par le CSSS (mission CLSC).

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
(6 après le 30 avril) 11	10	13	10	20

COMMENTAIRES

- Les gens sont plus sensibilisés aux statistiques, mieux cotés et dans le bon service.

1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par le CSSS (mission CLSC), par usager (TED).

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
(2 après le 30 avril) 2,18	2,8 2,6 selon GESTRED	2	> 4	3

COMMENTAIRES

- On travaille beaucoup avec les familles, mieux outillées pour faire face aux TED de leurs enfants;
- Remplacement de l'intervenant pivot par T.A.S. ayant peu d'expérience, peu avoir eu un impact.

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
10	12 7 selon GESTRED	10	15	15
COMMENTAIRES <ul style="list-style-type: none"> • Plus élevé que l'an dernier, en fonction du nombre d'usagers ayant un TED; • Application de la politique « chez soi, le premier choix ». 				

1.5.20 Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (DP, DI et TED)	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Implantation des standards de continuité et d'accès (2008-2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire responsable identifié, intervenant pivot et PSI • 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) • Pourcentage de nouvelles demandes traitées en conformité aux standards d'accès pour les usagers dont le niveau de priorité est élevé (2009-2010)
90 % de respect des standards pour la clientèle classée de niveau de priorité urgent tous âges et élevé moins de six ans. 75 % de respect des standards pour la clientèle classée de niveau de priorité élevé tous âges.	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de respect des standards pour la clientèle classée de niveau de priorité urgent tous âges et élevé moins de six ans • Pourcentage de respect des standards pour la clientèle classée de niveau de priorité élevé tous âges
RÉSULTAT OBTENU <ul style="list-style-type: none"> • En ajustement continu, gestionnaire d'accès participe aux rencontres régionales; • Intervenant pivot, réseau en place; • Création d'un nouveau poste d'éducateur spécialisé, en place prochainement, qui pourra appliquer des plans d'intervention; • Une demande urgente traitée et sept demandes élevées durant l'année. Toutes les autres demandes sont des priorités modérées; • Répond dans les délais dans la majorité des demandes. 	

1.6 JEUNES EN DIFFICULTÉ

1.6.1 Nombre d'usagers (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)				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
475	546 537 selon GESTRED	551 (Gestred)	630	655
COMMENTAIRES				
Notons que le nombre d'interventions se situe à 3 962. Avec la mise en place d'un plan d'amélioration de l'accessibilité et de la performance impliquant les gestionnaires et les intervenants psychosociaux JED, le prochain exercice devrait nous donner des résultats quantifiables et observables.				

1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC).				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
8,3	6,6 8,73 selon GESTRED	8,74 (Gestred)	> 7	8,41
COMMENTAIRES				
Plusieurs demandes de services psychosociaux JED sont complétées au service d'accueil psychosocial, en quelques rencontres (1 à 3), ce qui peut avoir un impact sur le nombre d'interventions moyen par usager. Notre plan d'amélioration de l'accessibilité et de la performance comporte plusieurs objectifs et actions pour améliorer cette 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"> • Lacunes identifiées • Consolidation des services • Nouveaux services développés en lien avec l'offre de service
RÉSULTAT OBTENU	
L'offre de services du CSSS de la Vallée-de-l'Or du programme JED correspond à l'offre du MSSS. Toutefois, nous n'avons pas développé la supervision des droits d'accès à ce jour. Nous travaillons à la continuité et la complémentarité des services JED en collaboration avec la santé mentale.	

1.6.11 Équipe d'intervention jeunesse.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Équipe d'intervention jeunesse fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de PSI • Nombre de situations étudiées
RÉSULTAT OBTENU <ul style="list-style-type: none"> • 4 PSI ont été réalisés • Nombre de situations étudiées : 10 	

1.6.14 Nombre d'utilisateurs desservis par des services d'intervention immédiate et de crise.				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
47	74 71 selon GESTRED	90	50	142
COMMENTAIRES Premier exercice complété avec l'équipe de crise et de suivi intensif (ICSI). Au total, 1 116 interventions ont été réalisées.				

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"> • Programme d'intervention précoce disponible (Alcochoix +)
RÉSULTAT OBTENU Le programme est en implantation mais peu de clients ont été rejoints (3). Par contre, 3 formations ont été données aux intervenants des écoles de Val-d'Or. Une formation a aussi été donnée à Senneterre pour le volet communautaire et pour les nouveaux intervenants du CSSSVO. Nous poursuivons la promotion dans les écoles.	

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"> • Arrimage des services
RÉSULTAT OBTENU La direction des services à la communauté et des services multidisciplinaires a participé à toutes les rencontres de préparation du projet.	

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
112	135	85	168	130
COMMENTAIRES L'exercice effectué à la période 13 pour se conformer à la définition de la notion 410-411 a amélioré notre proportion à 64% sur une cible de 70%.				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
477	410	314	661	674
COMMENTAIRES L'exercice effectué à la période 13 pour se conformer à la définition de la notion 410-411 a fait que nous dépassons de 4% la cible cette année.				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Moyenne par période : 0	Moyenne par période : 0	0,3	Moyenne par période : 0	Moyenne par période : 0
COMMENTAIRES Pas de liste d'attente				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Moyenne par période : 26,4	Moyenne par période : 1,71 10 au 31 mars 2009	Moyenne par période : 15,5	Moyenne par période : 0	Moyenne par période : 19,8
COMMENTAIRES Avec l'exercice 410-411, nous devrions être près de la cible en 2011.				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
28 (70 usagers différents)	28,9 (88 usagers différents)	36,5 (CSSS) 95,3 (O.C.)	104 usagers incluant ceux dans O.C.	47,9 (CSSS) 65,5 (OSBL)
COMMENTAIRES :				
Atteinte de la cible				

1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
20,2 heures	20,47 heures	17,5	12 heures	17,95 heures
COMMENTAIRES				
Le manque de lits disponible au pavillon Malartic (soins psy.) de même que l'attente d'évaluation par un psychiatre sont les principales causes du dépassement de la cible.				
Un groupe de travail est actuellement en mode solution pour améliorer la prise en charge des cas de santé mentale à l'urgence et ainsi atteindre la cible de 12 heures. Il voit aussi à améliorer le processus de transfert vers Malartic lorsque le patient nécessite une hospitalisation.				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
8,1 %	8,45 % 8,2 selon GESTRED	4,65 %	0 %	7,99%
COMMENTAIRES				
Idem à 1.8.7				

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	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
Moins de 18 ans	0,3	0	0,3	0	0,2
18 ans et plus	37,8	35,7 16 au 31 mars 2009	17,1	0	23,5
COMMENTAIRES					
Nous n'avons pas été en mesure de remplacer une psychologue pendant 9 mois et une infirmière pendant 5 mois. De plus, celle-ci travaillait l'équivalent de 0,6 ETC. L'exercice sur l'épisode de service prévu en 2010 se fera au début de 2011 seulement. Même si la liste d'attente est					

importante, nous sommes capables de répondre dans les délais pour les usagers prioritaires (P1).

1.8.12 Révision des services en santé mentale en cohérence avec le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
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)	<ul style="list-style-type: none"> • Activités réalisées
RÉSULTAT OBTENU	
Nous sommes toujours en réflexion sur le service de détresse psychosociale en santé mentale compte tenu de sa faible utilisation. Une décision devra être prise en 2011 quant à la pertinence de continuer sous la forme actuelle.	
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	<ul style="list-style-type: none"> • Activités réalisées
RÉSULTAT OBTENU	
Pas d'hébergement. Une priorité en 2011	
Logement avec soutien continu (soutien long ou très long terme) et appartement supervisé; appartement autonome pour les personnes de 18 ans et plus connu en santé mentale. Le fournisseur de service peut être un organisme communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Activités réalisées
RÉSULTAT OBTENU	
Il y a des services offerts par la Chaumière avec le 812. Il y a aussi le projet de la Maisonnée à Malartic (10 places). Le projet de développement de logements à prix modique avec le Groupe Soleil n'a pas avancé en 2010. Il y a 15 unités de logements dans le projet « Les résidences du Plateau » de l'OMH de la Ville de Val-d'Or qui seront disponibles en mai 2011 pour la clientèle santé mentale en suivi par le CSSSVO ou par l'Équipe La Petite Rencontre.	

1.9 SANTÉ PHYSIQUE

1.9.1 Séjour moyen sur civière.				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
16,3 heures	16,53 heures	16,85	12 heures	20,45
COMMENTAIRES				
L'augmentation de la DMS sur civière est directement liée à l'incapacité d'admettre la clientèle dans des lits sur les unités de soins en raison du nombre élevé de patients en attente d'hébergement				

dans les lits de courte durée.

(Réf page 2, occupation optimale des lits).

À titre d'information, la fermeture des 10 lits de la ressource Clair de Lune à Senneterre et la fermeture des 10 lits au pavillon Germain-Bigué ont eu un impact majeur dans nos lits de courte durée.

Les cas de C. difficile qui se présentent à l'urgence sont priorisés pour l'étage, et ce, même s'il y a des 48 heures. Ceci entre dans notre plan d'action de la prévention des infections.

Actions en cours :

1. Demande avec les chefs de département de l'urgence et de la santé mentale pour diminuer à 12 heures DMS pour les cas de santé mentale.
2. Revoir le processus de transfert vers Malartic pour les patients de santé mentale en attente d'hospitalisation à Malartic.
3. Fermer 10 lits en soins aigus pour financer 15 à 20 places en ressources intermédiaires. Notons que physiquement ces 10 places seront maintenues et serviront de lits de débordement pour faire face aux pointes d'achalandage.
4. Se donner une capacité flexible de 10 lits en courte durée, longue durée et en santé mentale de manière à être en mesure de gérer les pointes d'achalandage et de mettre le patient dans le bon lit sans créer d'engorgement dans les autres secteurs.
5. Révision des processus du continuum de la PAPP. Il y a 3 projets en cours :
 - a) Accueil, évaluation, orientation SAD-PPH
 - b) Urgence et hospitalisation courte durée
 - c) Soins à domicile
6. Création en janvier 2011 d'une unité de C. Difficile.

Les demandes d'hospitalisations se faisant précocement, « moins de 10 heures » il est donc évident que ces patients sont en attente de lits plutôt que du plateau technique.

1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus.

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
24,7 heures	24,68	25	12 heures	32,33 heures

COMMENTAIRES

Le fait que plusieurs personnes de 75 ans et plus nous arrivent de différentes résidences à risque de propagation d'infection nosocomiale, elles doivent donc être en isolement. Alors, le manque de lits dans des chambres privées ou même semi-privées nous oblige à prendre toutes les précautions possibles afin d'éviter de contaminer les autres patients. (CELA, le manque de lit retarde le transfert à l'unité), et notons qu'il y a une affluence grandissante des patients de cette catégorie.

1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
8,4 %	8,14%	5,87 %	0 %	12,4 %
COMMENTAIRES				
Au risque de me répéter, l'occupation des lits de courte durée par des patients en attente d'hébergement ou en gériatrie active est la cause prédominante de ce résultat. Voir 1.9.1				

1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
17,2 %	15,93 %	12,61 %	0 %	25 %
COMMENTAIRES				
Les commentaires de 1.9.2 sont ceux applicables				

1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile.

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
111	80 (Val-d'Or) 21 (Malartic) 15 (Senneterre) 119 selon GESTRED	139	135	118
COMMENTAIRES				

1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
13,56	14,81 13,41 selon GESTRED	13,68	16	15,17
COMMENTAIRES				

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"> 1. Services médicaux 24 heures par jour, 7 jours par semaine (visite à domicile, aide téléphonique) 2. Soins infirmiers continus, 24 heures par jour, 7 jours par semaine 3. Services psychosociaux, 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. 4. Services d'ergothérapie, de physiothérapie et de nutrition 5. Services d'aide à domicile (assistance personnelle, aide domestique) 6. Services à domicile de répit, de dépannage et de « gardiennage » 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. 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. 9. Disponibilité d'équipements (aides techniques, fournitures médicales...). 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.
RÉSULTAT OBTENU	
<ol style="list-style-type: none"> 1. N'est pas atteint, étant donné d'une restructuration au soutien à domicile, ainsi qu'une pénurie de personnel que nous vivons. 2. Idem à 1. 3. Atteint. Nous avons dans notre interdisciplinaire un travailleur social qui assure le suivi auprès de notre clientèle en oncologie et celle-ci est suivie du diagnostic à la rémission et/ou au décès du client et sa famille. Il est référé par l'IPO (infirmière pivot en oncologie) et le soutien à domicile (SAD). 4. Nous avons une nutritionniste qui travaille dans notre équipe interdisciplinaire à raison d'une journée/semaine avec nous. La clientèle est référée par le médecin et l'IPO. Le service d'ergothérapie et de physiothérapie est rarement donné en raison de la demande aussi parce que nous avons une pénurie d'ergothérapeutes. Si le besoin est, la clientèle peut avoir recourt au service de la gériatrie active, par contre, nous avons intégré une majeure partie de notre clientèle dans le programme de réadaptation cardiaque et nous avons adapté le programme pour la clientèle en oncologie. 5. La clientèle en oncologie et/ou en soins palliatifs reçoit un service d'aide à domicile si requis et selon les besoins de chacun. 6. Le service de dépannage est disponible dans nos CHSLD, il est par contre très en demande, il est parfois difficile d'y avoir accès pour les soins palliatifs surtout pour des cas de dernière minute. Le service de gardiennage peut être assuré par des aides auxiliaires à domicile ou par Albatros, un organisme bénévole pour les personnes en fin de vie et sa famille. 	

7. Non atteint. Pour l'instant notre clientèle est référée vers Info Santé au besoin.
8. Non atteint.
9. Les équipements sont mis à la disposition de la clientèle via le soutien à domicile et si besoin nous nous référons à l'organisme Sourire de Martin de Rouyn-Noranda.
10. La Table cancer assure ce suivi. Elle se rencontre à raison de 3 à 4 fois par année. Par contre, cette année elle s'est rencontrée 1 fois à raison de restructuration de beaucoup de services donc manque de disponibilité.

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).	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
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) :	<ul style="list-style-type: none"> Délégation de certaines tâches aux assistantes techniques en pharmacie (ATP) Participation aux programmes de formations offerts pour les ATP Rehaussement du nombre d'assistantes techniques en pharmacie Élaboration d'un plan de relève en cas de bris de service ainsi qu'une planification de la main-d'œuvre Acquisition de technologies pour améliorer la qualité et la sécurité lors de la préparation, distribution et administration des médicaments
RÉSULTAT OBTENU	
Mise en place de la phase II soit : achat et installation de l'ensacheuse à Malartic. Demande en cours pour achat des chariots pour le volet psychiatrique et hébergement longue durée.	
N.B. La phase II sera opérationnelle d'ici l'automne 2011.	

1.9.13 Nombre chirurgie de la cataracte.				
RÉSULTAT (SELON MED ÉCHO) 2002-2003 426	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
528 en 2007-2008, non validé par Med-Écho	440 Validé par Med-Écho	436 Validé par Med-Écho	523 Validé par Med-Écho	365
COMMENTAIRES				
1 seul ophtalmologue depuis plus d'un an donc moins de disponibilité pour le bloc opératoire mais nous respectons le délai de 6 mois prévu au mécanisme d'accès.				

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

RÉSULTAT (SELON MED-ÉCHO) 2002-2003 1154	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
(1038 en 2007-2008 validé par Med-Écho)	1078 Validé par Med-Écho	1062 Validé par Med-Écho	> 1154 Validé par Med-Écho	1303
Nombre en attente hors délai au 31 mars 2008 : 70	0	90,2 %	Nombre en attente hors délai : 0	88%
COMMENTAIRES				
Le nombre de chirurgie d'un jour est en hausse en raison des techniques opératoires qui se font de plus en plus par laparoscopie.				
Le nombre de cas hors délai est de 0 si nous excluons les 106 demandes en attente pour la chirurgie bariatrique. Processus de préparation est de plus ou moins 2 ans. Ce qui donne une durée moyenne d'attente de 72,1 semaines. Notons que la chirurgie bariatrique peut se faire autant avec ou sans hospitalisation (selon le cas ou le médecin).				

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

RÉSULTAT (SELON MED-ÉCHO) 2002-2003 827	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
(823 en 2007-2008 validé par Med-Écho)	810 Validé par Med-Écho	774 Validé par Med-Écho	> 827 Validé par Med-Écho	774
Nombre en attente hors délai au 31 mars 2008 : 0	0	88,9 %	Nombre en attente hors délai : 0	91,1%
COMMENTAIRES				
Le nombre de cas hors délai est de 0 si nous excluons les 106 demandes en attente pour la chirurgie bariatrique. Le processus de préparation est de plus ou moins 2 ans, ce qui donne une durée moyenne d'attente de 72.1 semaines. Notons que la chirurgie bariatrique peut se faire autant avec ou sans hospitalisation (selon le cas ou le médecin).				
Le nombre de chirurgie avec hospitalisation sont à la baisse car les techniques opératoires se font de plus en plus par laparoscopie ce qui diminue le temps de séjour.				

1.9.18 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte.

RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
1 hors délai	95,8%	93,8 %	100 %	95,1%

COMMENTAIRES

Un suivi rigoureux est effectué par l'équipe du mécanisme d'accès. Aucun patient ne dépasse le délai prescrit de 6 mois. S'il y a dépassement du délai, c'est que la condition médicale du patient ne permet pas la chirurgie. Ces cas sont justifiés dans SIMASS.

1.9.23 Services de laboratoire de biologie médicale.

RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Hiérarchisation des analyses locales, régionales et supra régionales Abolition pour avril 2010 de la facturation intra régionale Modalité d'accès au centre de prélèvement avec rendez-vous	<ul style="list-style-type: none"> • 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) » transféré vers autre laboratoire en région • Collaboration aux travaux régionaux en rapport à la facturation des analyses de laboratoire • Un délai de 14 jours maximum
<p>RÉSULTAT OBTENU</p> <ul style="list-style-type: none"> • En ce qui concerne la hiérarchisation des analyses, identification des centres responsables des analyses régionales et transfert des analyses vers ces centres. Poursuite des travaux selon les orientations du MSSS en ce qui concerne les dossiers de pathologie pour le cancer du sein et la procréation assistée. Selon ces orientations, identification des centres responsables des analyses et transfert des analyses vers les laboratoires identifiés. • La facturation intrarégionale est abolie depuis avril 2010. Évaluation des impacts financiers en lien avec l'abolition de la facturation intrarégionale aux 2-3 ans. En principe, la facturation inter-régionale doit être abolie en date du 1^{er} avril 2011. La collaboration aux travaux régionaux en rapport avec la facturation des analyses de laboratoire inter-régionale se poursuit. Des indications du MSSS devraient être transmises en ce sens très prochainement. • Le délai d'attente pour la prise de rendez-vous est de 24 à 48 heures. Pour ce qui concerne le délai d'attente de prélèvements sans rendez-vous, une étude a été réalisée au début d'avril 2011 et le résultat s'avère d'une durée de 63 minutes et ce, peu importe l'heure d'arrivée. 	

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"> • Personne responsable de l'identification de la clientèle • Critères de priorisation de la clientèle vulnérable orpheline • Registre des demandes de références • Mécanisme de répartition de la prise en charge des clients selon le besoin clinique en collaboration avec les médecins du territoire
<p>RÉSULTAT OBTENU</p> <p>Peu de patients ont trouvé preneur médical. Cependant, l'infirmière praticienne a allégé la liste, qui ne cesse d'augmenter, de quelque 20 patients avec problèmes médicaux simples du genre prescription d'insuline pour un diabétique, ...</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"> • Services intégrés pour rejoindre la clientèle • Équipe dédiée en place et fonctionnelle selon les principes de l'interdisciplinarité • Nombre et type d'activités de formation • Étape d'élaboration du projet clinique « maladies chroniques » réalisée • Liens convenus avec le GMF
RÉSULTAT ATTENDU	CIBLE 2010-2011
Nombre de personnes suivies par l'équipe intégrée (haut de la pyramide selon le modèle)	<ul style="list-style-type: none"> • 70 usagers
<p>RÉSULTAT OBTENU</p> <p>Plusieurs activités ont été réalisées en promotion prévention (voir 1.1.12). Les intervenants des cliniques diabètes sont en lien avec les infirmières des GMF pour certains suivis.</p> <p>Nous avons participé à l'étude sur le développement d'indicateurs de qualité en maladie chronique. Le projet clinique est à poursuivre en tenant compte de ces indicateurs.</p> <p>À la clinique multidisciplinaire de Val d'Or, 273 personnes ont été vues dont 15 nouveaux usagers. 40 personnes ont été transférées aux médecins de différentes cliniques. Les bureaux ont été aménagés à la proximité du centre de diabète (infirmière, nutritionniste) et ils relèvent tous du même chef d'administration de programmes.</p> <p>Voir annexe jointe</p>	

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"> • Mise à jour du plan d'action • Nombre de chirurgies et examens concernés • Délai d'attente disponible
<p>RÉSULTAT OBTENU</p> <p><u>Volet chirurgie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Notre PLASS a été révisé en mars 2011 • Interface Opéra SIMASS est opérationnelle depuis avril 2010 • Mme Hélène Landry a succédé à Danielle Tremblay à titre de coordonnateur de l'accès à la chirurgie • Amorce de la révision du processus en chirurgie bariatrique avec M. Forgues du MSSS (imagerie et chirurgie) • Complétion du rapport 1B aux 2 semaines • Présence aux rencontres du MSSS (????) • Nomination de Mme Sylvie Lejeune à titre de coordonnateur à l'accès à l'imagerie médicale <p><u>Volet imagerie - cible</u></p>	

- un maximum de trois mois pour obtenir un rendez-vous,
- un maximum de sept jours pour la lecture des images et
- un maximum de sept jours pour la transcription et la transmission des résultats.
 - Graphie générale : rendez-vous : 0-2 jours;
lecture : 1 jour;
transcription/transmission : 13 jours
 - Fluoroscopie : rendez-vous : 7-14 jours;
lecture : 0 jour;
transcription/transmission : 9 jours
 - Échographie : rendez-vous : 7-90 jours;
lecture : 0 jour;
transcription/transmission : 4 jours
 - Mammographie : rendez-vous : 25-85 jours;
lecture : 1 jour;
transcription/transmission : 4 jours
 - Tomodensitométrie : rendez-vous : 7-15 jours;
lecture : 3 jours;
transcription/transmission : 3 jours
 - Résonance magnétique : rendez-vous : 60-296 jours;
lecture : 10 jours;
transcription/transmission : 6 jours
 - Médecine nucléaire : rendez-vous : 30-90 jours;
lecture : 4 jours;
transcription/transmission : 4 jours
 - Participation active aux rencontres du MSSS

1.9.35 Plan directeur en traumatologie.	
RÉSULTAT ATTENDU	INDICATEUR
Mise à jour du plan local	<ul style="list-style-type: none"> • Plan local mis à jour
RÉSULTAT OBTENU	

1.10 AUTRES

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"> • État d'avancement
RÉSULTAT OBTENU	
Les projets cliniques sont présentement en phase d'amélioration continue. Ils évoluent avec les besoins de la population et les orientations stratégiques du CSSS de la Vallée-de-l'Or.	

Dans le cadre du projet clinique en santé mentale un processus de consultation débutera avec la communauté du Lac Simon, de Kitsisakik et l'équipe du projet mieux-être afin de favoriser la continuité et l'adaptation de nos services auprès de la clientèle autochtone et création d'un Comité d'amélioration continue santé mentale autochtone. Participation du Lac Simon et de la communauté de Kitsisakik à la Table MRC de la santé mentale et psychiatrie.

La rédaction du projet clinique en santé mentale se fera au cours de l'été 2011 et sera présenté au conseil d'administration à l'automne de la même année.

Pour la prochaine année, un exercice de révision des projets cliniques sera fait afin d'ajouter un volet pour notre clientèle anglophone.

Projet clinique cancer, voir 1.9.7

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 et CLSC sont répertoriées et les surfaces sont catégorisées. L'entité responsable de l'entretien est identifiée	<ul style="list-style-type: none"> • Répertoire et catégorisation des surfaces • Responsable du service identifié • Responsable de l'exécution identifiée • Approbation par le directeur général et le conseil d'administration de l'ensemble de l'opération
RÉSULTAT OBTENU	
L'inventaire est complété pour toutes les installations. Les responsables de chaque unité ou services ont effectué les vérifications en fonction des données. Le chef de service salubrité est à finaliser sa partie. Par la suite, un plan d'action sera élaboré.	

2.3 RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Aucun objectif.

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). ¹				
RÉSULTAT 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
6,34 %	4,63 %	5,63 %	6,08 %	5,79% à la p.12
COMMENTAIRES				
Nous déployons des efforts constants afin de réduire au maximum le taux d'assurance-salaire. Depuis juillet nous avons augmenté le nombre de visites de notre médecin de gestion à deux/mois et avons mis en place un contrôle plus serré de la gestion médico-administrative des dossiers d'invalidité. Nous continuons de procéder à des rencontres pré-retours pour tous nos cas d'axe 3 reliés au travail. Depuis la période 6, nous observons une diminution de 0,86% de notre taux d'assurance-salaire.				

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"> • Participation aux quatre rencontres statutaires (volet social) • Participation aux rencontres (volet soins infirmiers) • Nombre de stages par titre d'emploi et par institution d'enseignement de la région de l'Abitibi-Témiscamingue 																
RÉSULTAT OBTENU																	
La conseillère clinique à la DSI et la coordonnatrice de l'Hôpital de Val D'Or participent aux rencontres régionales.																	
Nous avons participé aux rencontres prévues pour les deux secteurs – volet social et le volet infirmier. Notre organisation a reçu au cours de la dernière année financière – 210 étudiants dont 172 d'établissements de la région. Ci-joint le bilan des stages des institutions de la région.																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Agente administrative – Commission scolaire de l'Or et des Bois</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>Éducation spécialisée – Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Infirmière – Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue</td> <td style="text-align: right;">97</td> </tr> <tr> <td>Infirmière (B. Sc. Inf)- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>Infirmière auxiliaire- Commission scolaire Harricana</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>Préposé aux bénéficiaires- Commission scolaire Harricana</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td>Technicien ambulancier- Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue</td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td>Travailleur social – Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> </table>	Agente administrative – Commission scolaire de l'Or et des Bois	6	Éducation spécialisée – Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	2	Infirmière – Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	97	Infirmière (B. Sc. Inf)- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	9	Infirmière auxiliaire- Commission scolaire Harricana	15	Préposé aux bénéficiaires- Commission scolaire Harricana	16	Technicien ambulancier- Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	17	Travailleur social – Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	10	
Agente administrative – Commission scolaire de l'Or et des Bois	6																
Éducation spécialisée – Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	2																
Infirmière – Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	97																
Infirmière (B. Sc. Inf)- Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	9																
Infirmière auxiliaire- Commission scolaire Harricana	15																
Préposé aux bénéficiaires- Commission scolaire Harricana	16																
Technicien ambulancier- Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	17																
Travailleur social – Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue	10																

¹ 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 %

3.1.6 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"> • Reddition de compte annuelle selon le formulaire prévu (fiche 20)
RÉSULTAT OBTENU	
<p>74 préposés aux bénéficiaires ont participé à des ateliers de formation au sein de notre organisation entre le 4 mai 2010 et le 25 mars 2011. Les ateliers suivants ont été présentés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atelier 1 : pour maintenir l'autonomie (9 participants), • Atelier 2 : Agir pour protéger (25 participants) • Atelier 3 : Agir pour entourer (8 participants) • Atelier 6 : Agir pour sécuriser (10 participants) • Atelier 7 : Agir pour accompagner (22 participants) 	

3.1.8 Pourcentage d'heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier.

RÉSULTAT P-12 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
5,64 %	4,79 % à P12	5,22 %	5,11 %	5,37% à la p. 12
COMMENTAIRES				
<p>Élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action afin de réduire le nombre d'heures en temps supplémentaires effectuées par les infirmières. A cet effet des travaux seront entrepris en mai, en collaboration avec notre syndicat local, entre autres, sur ce dossier.</p>				

3.1.8.1 Pourcentage d'heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel.

RÉSULTAT P-12 2007-2008	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
N/A	N/A	4,01 %	3,93 %	4,01 % à la p. 12
COMMENTAIRES				

3.2 Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante en personnel infirmier.				
RÉSULTAT 2006-2007	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
0,53 %	1,61 % à P12	4,38 %	4,14 % %	0,37% à la p. 12
COMMENTAIRES				
Au cours de l'année, nous avons ciblé les secteurs où il y avait la présence de « MOI » et nous avons mis en place des actions pour réduire la présence de ce type de main-d'œuvre dans ces secteurs. Ce qui fait que plusieurs secteurs d'activités ne font plus appel à la « MOI ». Des efforts de recrutement et d'attraction doivent être maintenus, principalement dans le secteur d'activités des soins à domicile et en hébergement.				

3.2.1 Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante en personnel infirmier auxiliaire.				
RÉSULTAT 2006-2007	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
		0 %	0 %	2,5 % à la p. 12
COMMENTAIRES				
Notre organisation est sensible à l'embauche des finissants dans ce programme d'études. Un écart positif de 8 intervenants est constaté pour l'année 2010-2011. (14 embauches, 6 départs). Les efforts sont maintenus. De plus nous sommes à l'élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action afin de réduire l'utilisation de la MOI. A cet effet nous débutons en mai des travaux, en collaboration avec notre syndicat local, afin de travailler, entre autres, sur ce dossier				

3.2.2 Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante en préposés aux bénéficiaires.				
RÉSULTAT 2006-2007	RÉSULTAT 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
		0 %	0 %	4,94 % à la p. 12
COMMENTAIRES				
Notre organisation a procédé à l'embauche de 45 préposés aux bénéficiaires au cours de l'année 2010-2011 soit 24 de plus que l'année précédente. Ajouté à une bonification de certains postes de PAB, nous envisageons réduire de façon significative l'utilisation de la MOI pour la prochaine année.				

3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières (Objectif 2010-2011 : 60 %)

RÉSULTAT AU JANVIER 2010	CIBLE 2009-2010	CIBLE 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011
39 %	55 %	60 %	40,3%

COMMENTAIRES

Nous débuterons en mai des travaux, en collaboration avec notre syndicat local, concernant la titularisation ainsi que la structure des postes en soins infirmiers, et ce afin de :

- Faire un bilan de notre processus de titularisation qui s'est terminé il y a plus de deux ans;
- De répondre aux nouvelles exigences de la convention collective en matière de titularisation;
- De développer des aménagements du temps de travail répondant aux besoins des différents centres d'activités;
- Faire un bilan de l'utilisation de la « MOI » et du temps supplémentaire.

Nous croyons qu'avec ces différents chantiers, nous pourrions atteindre la cible fixée de 60% de postes à temps complet réguliers pour les infirmières.

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"> • Activités réalisées • Échéancier respecté
RÉSULTAT OBTENU	
<p>En avril 2010, le Conseil québécois d'Agrément a effectué des sondages de satisfaction à notre clientèle dans le cadre du programme conjoint Qmentum. Les résultats de l'établissement ont été jugés satisfaisants.</p> <p>Le degré de satisfaction concernant les relations avec le client est de 87%, la prestation professionnelle de 84% et l'organisation des services de 81%.</p> <p>Les indicateurs où le taux de satisfaction est le plus faible concernent l'accessibilité. Le plan triennal d'amélioration de la qualité des services à la population de la Vallée-de-l'Or contient plus d'orientations stratégiques pour améliorer les services à la population dont l'accessibilité.</p> <p>Dans le cadre des orientations stratégiques, les membres du conseil d'administration ont choisi d'implanter une culture d'amélioration continue. Cette nouvelle culture de gestion permettra au fil des ans, d'améliorer constamment les services à notre population et la qualité de vie de nos employés.</p> <p>Cette méthode permet de revoir nos processus en révisant constamment notre organisation du travail et en maximisant l'intégration et la continuité des services.</p> <p>Pour réaliser nos projets, un moyen fut choisi dont le « LeanHealth Care ». Douze agents de changement sont en formation afin de réaliser le continuum « personnes âgées et personnes en perte d'autonomie » et ensuite poursuivre des projets de changement dans tous les secteurs du CSSS de la Vallée-de-l'Or.</p> <p>Ce projet d'amélioration permettra une meilleure fluidité pour cette clientèle qui se présentera à l'urgence. Notre objectif est de mettre en place les services dont les personnes âgées ont besoin afin de les garder le plus longtemps possible à domicile. À l'automne 2011, le projet sera en phase d'implantation.</p> <p>Les 12 agents de changements seront certifiés « greenbelt » et poursuivront les projets dans l'organisation et ainsi contribuer à l'implantation d'une culture d'amélioration continue et améliorer constamment l'accessibilité et la qualité des soins et services à notre population.</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"> • Participation aux travaux
RÉSULTAT OBTENU	
<p>Une semaine de promotion des droits des usagers a été tenue du 6 au 12 février 2011, en collaboration avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le comité des usagers du</p>	

CSSSVO et les comités de résidents. Cette semaine avait pour thème : « *Parce que les droits des usagers gagnent à être connus de tous!* ».

Les activités organisées :

- Pièce de théâtre concernant les droits et responsabilités des usagers, présentée à la population de Val-d'Or et Malartic.
- Kiosques promotionnels,
- Remise d'objets promotionnels et de dépliants à différents endroits de la MRC.
- Plus de 550 personnes ont reçu personnellement de l'information concernant leurs droits.

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"> • 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
RÉSULTAT OBTENU	
<p>Dans l'année 2010-2011, 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 ou du comité de gestion des risques.</p> <p>En décembre 2010, le Protecteur du citoyen a émis une recommandation au conseil d'administration. Celle-ci a été traitée à la satisfaction du Protecteur du citoyen dans les délais demandés.</p>	

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 2010-2011	RÉSULTAT 2010-2011	COMMENTAIRES
Équilibre budgétaire au 31 mars 2011	Déficit supérieur à l'exercice précédent	Développement – Services offerts à la population sans le niveau de financement appropriés – Dépenses de l'exercice 2009-2010 non comptabilisées qui ont été imputées dans l'exercice 2010- 2011