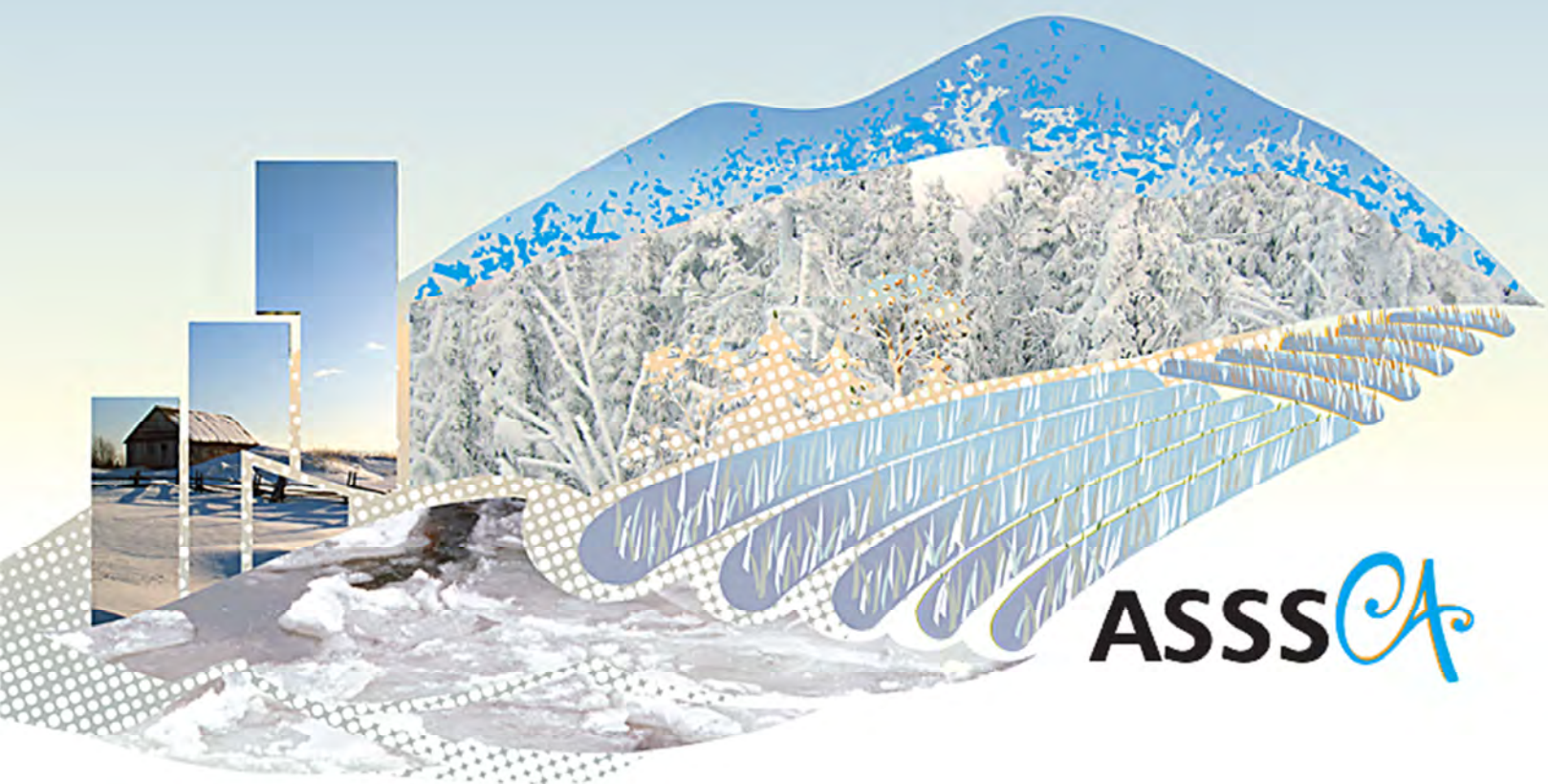
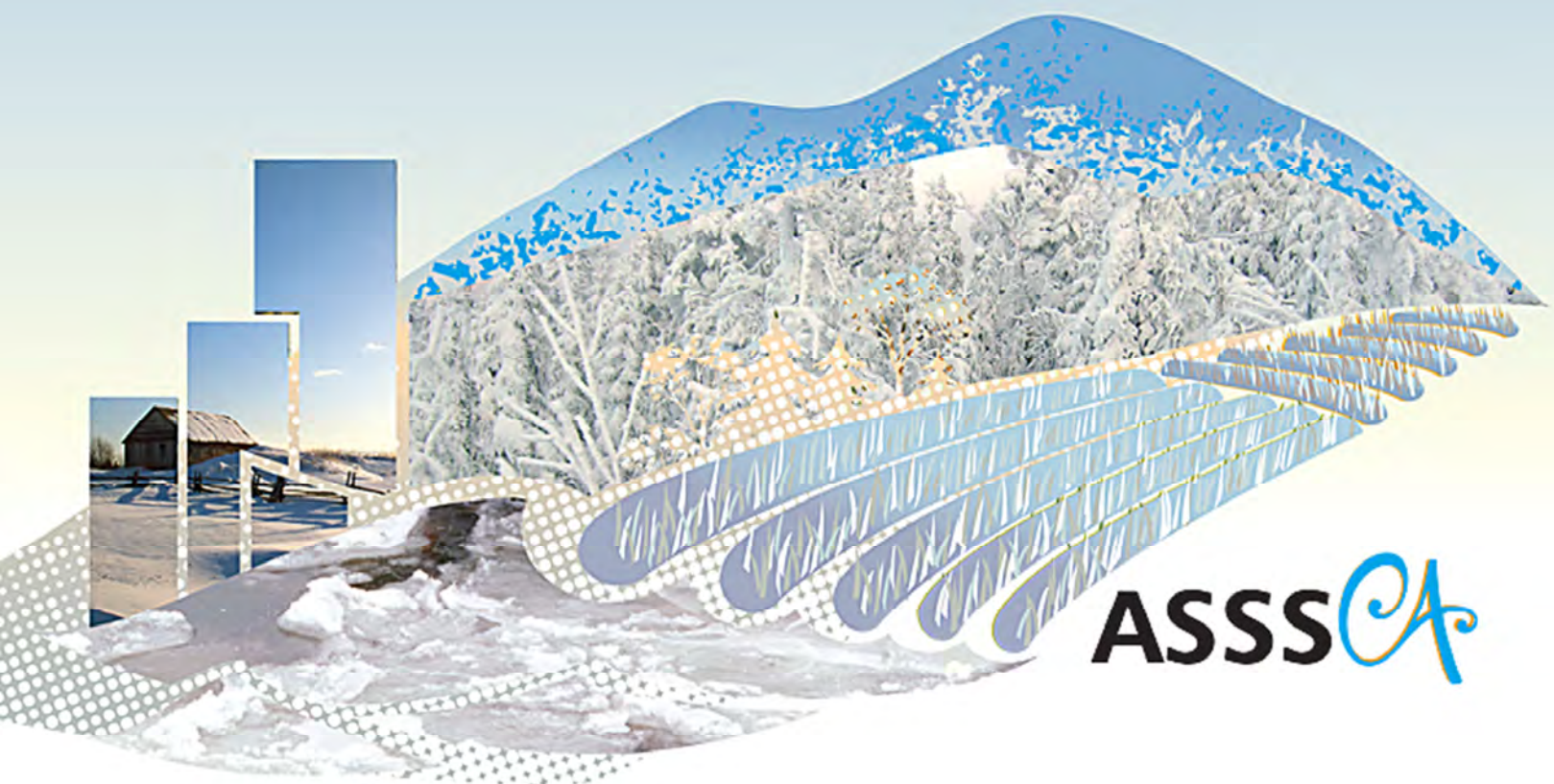




COMMISSION PARLEMENTAIRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

Document d'appui à
l'audition portant sur l'étude des
rapports annuels de 2007 à 2012 de
l'Agence de la santé et des services sociaux
de Chaudière-Appalaches

Le 30 janvier 2013



COMMISSION PARLEMENTAIRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

Document d'appui à
l'audition portant sur l'étude des
rapports annuels de 2007 à 2012 de
l'Agence de la santé et des services sociaux
de Chaudière-Appalaches

Le 30 janvier 2013

Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec



Conception

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
418 386-3363
www.agencecsss12.gouv.qc.ca

Lorsque le contexte le permet, les genres masculin et féminin utilisés dans ce document désignent aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN 978-2-89548-726-5 (Version imprimée)
ISBN 978-2-89548-727-2 (Version PDF)

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	5
SOMMAIRE EXÉCUTIF	9
AGENCE DE LA SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	13
STRUCTURE ADMINISTRATIVE	15
PRINCIPES DIRECTEURS 2010-2015	16
VALEURS ORGANISATIONNELLES	18
VISION DE GOUVERNANCE 2015	19
DONNÉES STATISTIQUES GÉNÉRALES	21
LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES	25
LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	27
PORTRAIT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION	31
RESSOURCES FINANCIÈRES, IMMOBILIÈRES ET INFORMATIONNELLES, HUMAINES ET MÉDICALES	41
RESSOURCES FINANCIÈRES	43
RESSOURCES IMMOBILIÈRES ET INFORMATIONNELLES	46
RESSOURCES HUMAINES	49
RESSOURCES MÉDICALES	53
PROJETS D'OPTIMISATION	57
PROGRAMMES-SERVICES	57
SANTÉ PUBLIQUE	61
SERVICES GÉNÉRAUX	68
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT	70
DÉFICIENCE PHYSIQUE	73
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT	76
JEUNES EN DIFFICULTÉ	78
DÉPENDANCES	80
SANTÉ MENTALE	82
SANTÉ PHYSIQUE	85
QUALITÉ ET PERFORMANCE	91
AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ	93
LISTE DES ACRONYMES	95

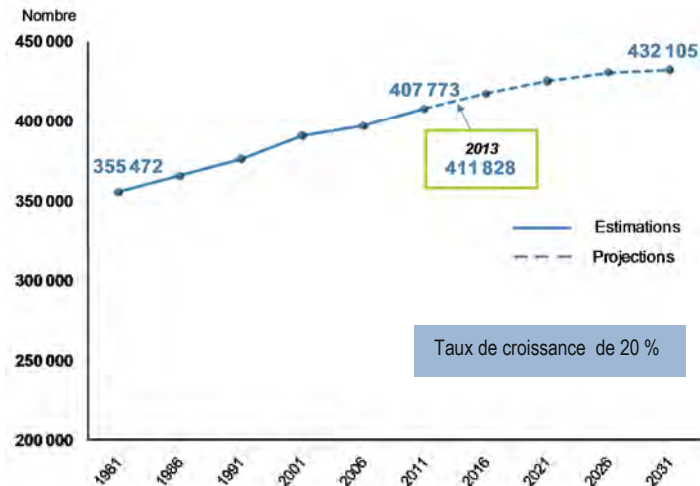
SOMMAIRE EXÉCUTIF

SOMMAIRE EXÉCUTIF

DES DÉFIS POPULATIONNELS

- Développement d’environnements favorables pour supporter un vieillissement en santé;
- Travail en amont sur les déterminants de santé qu’ils soient d’ordres socioéconomiques ou socioculturels;
- Adoption et maintien de saines habitudes de vie, le plus tôt dans la vie, pour contrer l’augmentation prévisible des maladies chroniques;
- Maintien et déploiement d’actions visant la promotion de la santé mentale et l’adaptation psychosociale pour poursuivre la diminution du suicide observée actuellement;
- Consolidation et renforcement d’interventions pour contrer les accidents de véhicules à moteur trop souvent mortels et la conduite avec facultés affaiblies;
- Consolidation et renforcement d’interventions pour limiter voire empêcher l’exposition aux agresseurs biomécaniques et chimiques en milieu de travail.

ÉVOLUTION DE LA POPULATION
CHAUDIÈRE-APPALACHES, 1981 À 2031



Source : MSSS, Estimations et projections de population à partir du recensement de 2006
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSP, PPSS, 2012

UN DÉFI DE RESSOURCES

FINANCIÈRES

ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS	
2007-2008	680 242 940 \$
2008-2009	714 772 836 \$
2009-2010	753 085 115 \$
2010-2011	775 328 671 \$
2011-2012	824 105 015 \$

BUDGET DE DÉVELOPPEMENT (2007-2013)	
Santé physique	1 212 972 \$
Services généraux	236 664 \$
Santé publique	118 000 \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement	9 379 416 \$
Santé mentale	1 415 437 \$
Déficiência intellectuelle et TED	2 019 864 \$
Déficiência physique	2 646 879 \$
Jeunes en difficulté	689 696 \$
Dépendances	354 000 \$
Autres	230 000 \$
TOTAL	18 302 928 \$

MÉDICALES

OMNIPRATICIENS	
Besoin à combler	46
PREM 2012	20 postes
18 GMF	211 médecins
PREM EN SPÉCIALITÉ	
Postes autorisés en région	303
Effectifs en place	294
Postes disponibles	9
IPSSPL EN PLACE – AVRIL 2012	
6 (cible 2 en 2011-2012)	

HUMAINES

EFFECTIFS RÉGIONAUX					
2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation 2007-2012
12805	10971	11540	11654	11665	↓ 14,94

IMMOBILIÈRES

ÉTABLISSEMENTS	PROJET	\$
CSSS Alphonse-Desjardins	Construction d'un stationnement sous-terrain au site HDL	13 200 000 \$
CSSS Alphonse-Desjardins	Relocalisation du CLSC et du Centre d'hébergement de Sainte-Marie	15 600 000 \$
CSSS Alphonse-Desjardins	Agrandissement du Centre d'hébergement de Saint-Gervais	3 338 000 \$
CSSS Alphonse-Desjardins	Agrandissement de l'urgence et aménagement de la médecine hyperbare	37 059 000 \$
CSSS Alphonse-Desjardins	Relocalisation du CLSC de Lévis et du Centre d'hébergement de Lévis	33 910 000 \$
CSSS de la région de Thetford	Agrandissement du Centre d'hébergement d'East-Broughton	3 200 000 \$
CSSS de la région de Thetford	Relocalisation du Centre d'hébergement de Thetford	13 600 000 \$
CSSS des Etchemins	Réaménagement phase 2 du Centre d'hébergement de Lac-Etchemin	3 354 000 \$
CSSS de Montmagny-L'Islet	Agrandissement de l'hôpital	21 287 000 \$
Centre d'hébergement Notre-Dame de Lourdes (Vigi Santé)	Agrandissement (Saint-Michel de Bellechasse)	1 000 000 \$
CRDP Chaudière-Appalaches	Agrandissement	3 000 000 \$
CRDP Chaudière-Appalaches	Construction du site de Charny	15 600 000 \$

DÉFIS DE RESULTATS

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	14	68	110	119	118	408	
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)	3246	3306	3597	3618	3006	8311	
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,87	15,96	15,75	15,64	15,44	12	
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique			47,7	40	59,5	90	
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	15,67	22,51	15,95	20,36	16,79	12	
Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes en DI-TED (Tous âges)			44	64,4	72,6	90	
Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes en DI-TED (Tous âges)			20,6	46,7	79,3	90	
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	15,67	22,51	15,95	20,36	16,79	12	
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,19	5,43	5,6	6,27	6	5,27	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières		0,58	0,76	0,66	0,81	0,54	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendance par les infirmières auxiliaires				0,41	0,24	0,18	

QUELQUES BONS COUPS...

RESSOURCES HUMAINES

- ↳ Signature d'une Entente spécifique de régionalisation de l'immigration; en collaboration avec différents acteurs politiques, socioéconomiques et de partenaires régionaux.
- ↳ Organisation de salons des métiers en collaboration avec le réseau de l'éducation et Emploi Québec, ayant pour but de faire la promotion des métiers et professions du réseau de la santé et des services sociaux et de la région.
- ↳ Programme de bourses DEC-BAC en soins infirmiers avec l'Université du Québec à Rimouski (5 bourses annuelles pendant 5 ans) offert à des étudiantes infirmières dans une optique de rétention au sein des établissements de la région.

SANTÉ PHYSIQUE

- ↳ Développement d'un point de service en hémodialyse au CSSS de Beauce : ce service permettra aux patients nécessitant des traitements d'hémodialyse de ce territoire de recevoir de meilleurs services relatifs aux problèmes rénaux majeurs.
- ↳ Agrandissement de l'unité des soins intermédiaires en néonatalogie au CSSS Alphonse-Desjardins qui permettra d'accueillir simultanément huit nouveau-nés prématurés de 32 semaines et plus, ainsi que les bébés nés à terme nécessitant des soins particuliers après la naissance.
- ↳ Tenue d'un 1^{er} colloque régional sur la prévention des cancers visant principalement à sensibiliser les participants à la promotion de saines habitudes de vie.
- ↳ Accueil de la plus grande chambre hyperbare au Canada au site hospitalier du CSSS Alphonse-Desjardins qui permettra d'accueillir 18 personnes simultanément.
- ↳ Mise en place d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique au CSSS de la région de Thetford qui permettra d'améliorer l'accès aux services et de diminuer les inconvénients reliés à l'éloignement des services.

SERVICES SOCIAUX

- ↳ Actualisation de mesures prévues au Plan de services intégrés pour les personnes âgées, lequel favorisera le développement du soutien à domicile, l'ajout de plus de 12 000 heures de services, l'implantation de ressources intermédiaires pouvant accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie, ainsi que la création de places de récupération en soutien aux aînés quittant l'hôpital.
- ↳ Signature d'une Entente spécifique sur le soutien communautaire au logement social 2012-2015 en collaboration avec 25 autres organisations partenaires, laquelle permettra d'améliorer les conditions de vie, diminuer des méfaits, promouvoir la santé et les saines habitudes de vie, diminuer l'isolement social, consolider le partenariat intersectoriel et optimiser l'utilisation des ressources.

SANTÉ PUBLIQUE

- ↳ À la suite de la pandémie de grippe en 2009, une formation a été offerte aux personnels des résidences privées pour aînés, avec la participation des infirmières du soutien à domicile, sur la prévention et contrôle des infections.

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

- ↳ Déploiement d'une solution de dossier clinique informatisé (DCI) déployée dans l'ensemble des CSSS afin de permettre une meilleure intégration de l'information clinique nécessaire à la dispensation et à la continuité des soins et des services offerts à la population.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

- ↳ En juin 2009, soucieux de tendre vers l'équité interrégionale au plan du financement de base des organismes communautaires, le conseil d'administration de l'Agence s'est engagée à investir un montant de 2 M \$ sur cinq ans, sous réserve des budgets disponibles et de l'opportunité de dégager une marge budgétaire. Depuis, bien que la région ait reçu peu d'allocations de développement, qu'elle ait été ciblée et que le réseau d'établissements ait connu une diminution de son financement ayant entraîné une

réduction des dépenses, un montant annuel de 400 000 \$ a été octroyé et a permis un rehaussement budgétaire de 1,6 M \$.

UCCSPU

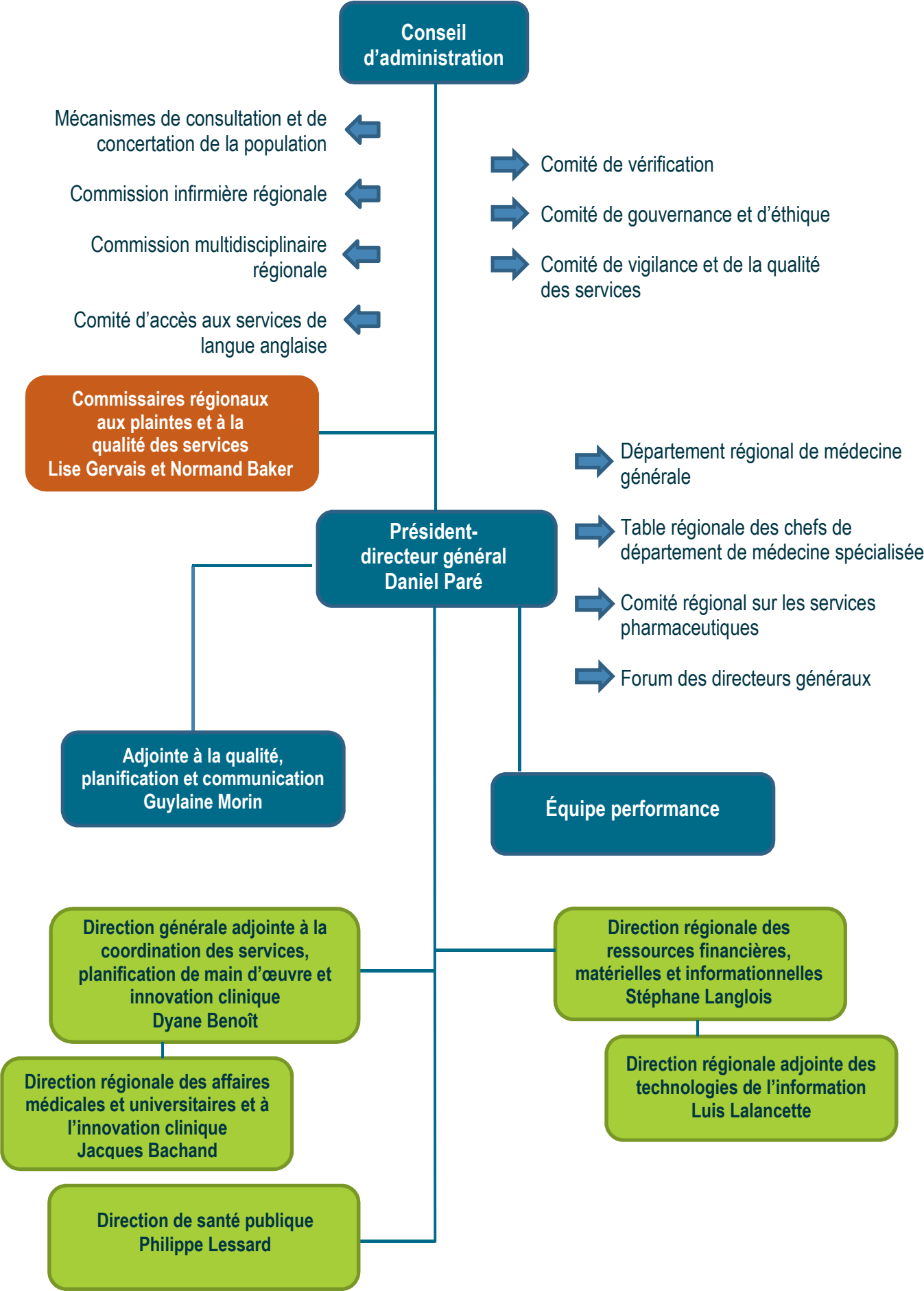
- ↳ Mis en opération progressivement depuis mai 2006, ce projet expérimental est fonctionnellement rattaché aux services préhospitaliers d'urgence. Il vise à optimiser le temps de transport ambulancier d'un patient aux prises avec des douleurs à la poitrine ou des troubles respiratoires s'apparentant à une situation d'infarctus et réduire la morbidité et la mortalité. Le modèle sera progressivement déployé dans d'autres régions de l'Est du Québec et permettra d'ajouter certains secteurs d'expertise dont les accidents vasculo-cérébraux.

FUSION DU CSSS ALPHONSE-DESJARDINS

- ↳ L'année 2010-2011 a été marquée par l'accomplissement du processus qui a conduit à la fusion du CHAU-HDL avec le CSSS du Grand-Littoral, donnant ainsi naissance en février 2011 du CSSS Alphonse-Desjardins.

**AGENCE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES
SOCIAUX DE
CHAUDIÈRE-APPALACHES**

STRUCTURE ADMINISTRATIVE



PRINCIPES DIRECTEURS 2010-2015

❖ L'INFLUENCE DÉTERMINANTE DES INTERVENTIONS EN SANTÉ PUBLIQUE DANS L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION

Afin de réaliser les activités du Programme national, la Direction régionale de santé publique a établi son plan d'action régional (PAR) et soutient les CSSS dans l'élaboration et la réalisation des plans d'action locaux (PAL), lesquels portent sur la mise en place de mesures visant la prévention primaire des problèmes de santé physique et psychosociaux, la protection de la santé des individus, des familles et des communautés ainsi que la promotion de la santé.

❖ LE RÔLE MAJEUR DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX POUR ASSURER L'ACCESSIBILITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SERVICES

Le réseau local de services (RLS), coordonné par le CSSS, a la responsabilité d'assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux. Cette responsabilité conjointe et partagée, s'articule autour d'un projet clinique et organisationnel qui respecte les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles. Les besoins sociosanitaires et les particularités de la population, les objectifs concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de celle-ci, l'offre de service pour répondre à ses besoins ainsi que les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires du RLS en vue d'assurer l'accessibilité et la continuité des services, incluant la notion de proximité y sont clairement définis.

❖ LA CONTRIBUTION INDISPENSABLE DES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE L'EXPERTISE ET DE LA CONNAISSANCE NÉCESSAIRES À L'INTERVENTION CLINIQUE

Dans le contexte du développement rapide des connaissances et des technologies dans le domaine médical, social et de la réadaptation, les établissements spécialisés doivent développer l'expertise et les connaissances nécessaires à l'intervention clinique la plus appropriée. Cette responsabilité suppose le partage des rôles entre les établissements spécialisés et les CSSS dans le continuum de services. Ainsi, les services ne relevant pas de la mission spécialisée doivent être dispensés en première ligne par le CSSS et ses partenaires. Ce partage de rôle suppose donc le soutien des établissements spécialisés aux intervenants de première ligne, lequel comporte deux volets : l'accès des praticiens de première ligne à l'expertise des professionnels spécialisés et le transfert de connaissances des établissements spécialisés aux intervenants de première ligne.

❖ DES SERVICES STRUCTURÉS EN PROGRAMMES-SERVICES ET EN PROGRAMMES-SOUTIEN INTÉGRÉS ET HIÉRARCHISÉS

La répartition des ressources et la reddition de comptes s'appuient sur les programmes-services et les programmes-soutien afin de s'assurer d'une réponse équitable à l'ensemble des besoins. La diversité des besoins et des intervenants requiert des services intégrés qui couvrent l'ensemble du continuum de services qui comprend la promotion, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le soutien. Des services intégrés s'appuient sur des trajectoires de soins et de services claires, des mécanismes de référence et de coordination fonctionnels et bidirectionnels, sur l'implantation de protocoles et de lignes directrices fondées sur des données probantes et les meilleures pratiques.

❖ DES POLITIQUES, DES PROGRAMMES ET DES SERVICES QUI TIENNENT COMPTE DE L'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES

L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) a été retenue comme un moyen important par le gouvernement du Québec et le MSSS pour atteindre l'objectif de l'égalité entre les sexes dans l'élaboration et la mise en place des politiques et des programmes-services de santé et de services sociaux. « Cette approche permet de raffiner notre connaissance des réalités vécues par les hommes et par les femmes et de mettre en lumière les différences pouvant exister entre ces réalités. [...] Elle ouvre aussi la voie à la possibilité d'adapter les actions ministérielles et régionales afin de les rendre plus efficaces tant auprès des hommes que des femmes. »

❖ LA DISPONIBILITÉ D'UNE MAIN-D'ŒUVRE MOTIVÉE ET COMPÉTENTE

Le fonctionnement adéquat du réseau de la santé et des services sociaux est tributaire de la disponibilité d'une main-d'œuvre motivée, compétente et en quantité suffisante. Dans cette perspective, l'attraction du secteur de la santé et des services sociaux est une variable fondamentale dans un marché de main-d'œuvre hautement concurrentiel. Pour continuer d'œuvrer dans le réseau, les personnes devront y trouver des facteurs de motivation satisfaisants et l'assurance que leurs compétences pourront se développer pour mieux faire face à leurs défis professionnels.

❖ DES DÉCISIONS APPUYÉES SUR L'EFFICACITÉ, L'EFFICIENCE, LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE

L'utilisation des ressources publiques commande que les décisions s'appuient sur les notions :

- d'efficacité : le service produit atteint l'objectif de résultat visé;
- d'efficience : le service a été produit au meilleur coût possible;
- de qualité : le service est produit avec une technique reconnue, en respectant les normes de sécurité, dans le contexte d'une relation satisfaisante et est accessible dans le délai requis sans bris de continuité;
- de pertinence : le service produit est approprié au besoin à satisfaire.

VALEURS ORGANISATIONNELLES

LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE

L'USAGER

Notre réseau doit reconnaître l'autodétermination de l'utilisateur et le caractère fondamental de ses rôles sociaux, particulièrement lors de l'évaluation de ses besoins et de la planification des services et de leur prestation. En outre, la qualité de la relation avec l'utilisateur est aussi importante que la qualité de l'expertise de l'intervenant. De surcroît, l'utilisateur doit demeurer au centre des préoccupations des gestionnaires et des intervenants dans l'organisation des services.

SON ENTOURAGE IMMÉDIAT, SA COMMUNAUTÉ

La participation de l'entourage de l'utilisateur au processus de soins ou de services constitue généralement un déterminant important pour une meilleure qualité du résultat. L'utilisateur vit dans une communauté qui revêt, selon les circonstances, plusieurs dimensions (communauté sociale, de travail, municipale, scolaire, régionale). En reconnaissant le rôle des membres de l'entourage, tout comme celui de la communauté, les gestionnaires et les intervenants doivent les informer, les consulter et les soutenir en tenant compte de leurs choix et de leurs capacités.



LE SOUTIEN AUX INTERVENANTS

L'évolution des besoins et des attentes de la population ainsi que des moyens techniques et technologiques pour y répondre exercent une pression constante sur le personnel du réseau, sans égard au poste occupé. De plus, la rareté du personnel nécessite l'utilisation optimale des compétences de chacun. Ce contexte requiert le concours des milieux de la recherche et de l'enseignement et des ordres professionnels, ainsi que de toutes les instances du réseau de la santé et des services sociaux pour adapter les pratiques professionnelles actuelles, en développer de nouvelles et ajuster les modes d'organisation du travail.

L'ÉQUITÉ

Appliquée au domaine de la santé et des services sociaux, l'équité vise la réduction des écarts de santé et de bien-être évitables, non nécessaires et considérés comme injustes, observés entre les groupes et les territoires. Elle vise à assurer l'accès aux services de santé et aux services sociaux indépendamment de la situation géographique et des conditions financières des personnes ainsi que la répartition adéquate des ressources entre les communautés et les territoires en fonction des besoins.

LA COOPÉRATION

Les problèmes de santé et psychosociaux posent aux individus et aux communautés ainsi qu'aux intervenants et à leur organisation, le défi de fournir des soins et des services efficaces, à la bonne personne, au bon moment, par le bon professionnel. Pour relever avec succès ces défis individuels et collectifs, l'Agence et son réseau régional privilégient le partenariat autour de projets communs ou d'intérêts partagés, suivant lequel les différentes parties conviennent de leur rôle respectif, harmonisent leurs stratégies, travaillent en collaboration et partagent les responsabilités et les tâches dans le respect de leur mandat spécifique.

VISION DE GOUVERNANCE 2015

EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

L'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches a pour objectif de soutenir activement le réseau régional dans l'exercice de la responsabilité populationnelle afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population. Ce défi commande la mise en place d'un réseau régional intégré et hiérarchisé de santé et de services sociaux qui offre le bon service, au bon endroit et en temps opportun.

Ce modèle de gouvernance repose sur une approche de gestion des ressources humaines et financières renouvelée, basée sur des principes solides et durables. Elle s'appuie également sur la capacité de l'Agence :

- à développer et à renforcer son leadership, ses équipes et sa culture organisationnelle;
- à bâtir une véritable relation de confiance en misant sur l'engagement et le potentiel de son personnel, sur la collaboration des partenaires internes, externes et intersectoriels ainsi que sur celle des communautés locales;
- à établir et à expérimenter de hautes normes d'excellence dans l'ensemble des services offerts à la population avec un souci d'équité intrarégionale;
- à développer une infrastructure de gestion basée sur l'identification et le suivi d'indicateurs de mesure et de performance et à assurer une reddition de comptes efficace;
- à privilégier la mise en commun des expertises régionales, des informations cliniques et administratives et des regroupements de services;
- à maximiser l'accès, le partage et l'optimisation des ressources et des activités;
- à développer une hiérarchisation des services cliniques spécialisés au service de la population et investir dans l'innovation clinique afin de palier aux défis de la ruralité;
- à favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances et demeurer à l'affût des meilleures pratiques;
- à favoriser la prise en charge de la santé et du bien-être par la communauté et stimuler la participation des citoyens à l'identification de leurs besoins et attentes.

ACTUALISATION DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

En cohérence avec les orientations stratégiques ministérielles en matière de gouvernance et d'imputabilité, la région de la Chaudière-Appalaches a amorcé un réel virage en vue de soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle par les réseaux locaux de services (RLS) sous la coordination des CSSS, en conformité avec les changements législatifs amenés par le projet de loi 83, en novembre 2005. En décembre 2011, le Forum des directrices et directeurs généraux d'établissements de la région (FDG) et l'Agence ont adopté un énoncé de position et intitulé « Vers un modèle de gestion intégrée de la responsabilité populationnelle » selon lequel, l'Agence s'engage à jouer un rôle actif dans la conceptualisation et l'actualisation de ce modèle de gouvernance qui s'appuie à la fois sur un partage distinctif des responsabilités inhérentes aux paliers de gouvernance stratégique, tactique et opérationnel et sur le développement d'une culture d'optimisation et de performance.

Au printemps 2011, différents chantiers ont été proposés pour favoriser l'appropriation de cette notion d'exercice de la responsabilité populationnelle dans le cadre de l'élaboration de projets cliniques et organisationnels, conformément à l'article 99.5 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS). L'un de ces chantiers traitant de l'offre de service de première et deuxième ligne en santé publique, a conduit à l'adoption d'une vingtaine de recommandations par le FDG, au mois de mai 2012.

PARTAGE DES CONNAISSANCES ET DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Afin de relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle, les CSSS et l'Agence se sont associés au consortium sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC, regroupant l'INSPQ, le MSSS, l'AQESS, les directions de santé publique, l'observatoire des RLS et les universités). Plusieurs activités ont été menées afin de soutenir le développement des réseaux locaux, notamment :

- deux ateliers sur la responsabilité populationnelle (regroupant les directeurs généraux, les responsables locaux de santé publique et un organisateur communautaire de chacun des CSSS, la direction de santé publique et le docteur Jean Rochon du consortium IPCDC);
- un soutien personnalisé aux CSSS;

- le démarrage de trois projets régionaux d'optimisation cliniques sur les jeunes, le vieillissement en santé, la santé mentale et les dépendances.

Le soutien au développement des communautés, l'intervention auprès d'enfants de milieux défavorisés, la négligence et le développement des enfants. Participation des représentants des établissements et de l'Agence à quatre de groupes de réflexion sur la responsabilité populationnelle, organisés par l'IPCDC pour les gestionnaires du Québec portant notamment sur le travail en réseau, le leadership et l'action intersectorielle, à partir d'exemples documentés par l'Observatoire québécois des RLS.



DONNÉES STATISTIQUES GÉNÉRALES

EFFECTIFS DE L'AGENCE

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Employés	176	154	152	140	141
Personnel d'encadrement	16	11	19	18	18
Total	192	165	171	158	159

Sources de données : Rapports annuels de gestion

ÉVOLUTION DES HEURES DE FORMATION OFFERTES AU PERSONNEL

Année financière	Heures
2007-2008	2 758,62
2008-2009	3 004,50
2009-2010	2 599,75
2010-2011	1 331,25
2011-2012	3 116,91

Source de données : Logibec/ Entrepôt de données

BUDGET D'EXPLOITATION

Afin de supporter l'ensemble des établissements dans l'atteinte de leur mission, l'Agence reçoit un budget de fonctionnement de la part du Ministère le quel, depuis 2009-2010, diminue selon les paramètres établis par la Loi 100 relative au retour à l'équilibre budgétaire gouvernemental en 2013-2014 et la réduction de la dette. Depuis 2007-2008, l'Agence n'a jamais enregistré de déficit budgétaire et son solde de fonds, au 31 mars 2012, s'élevait à 497 316 \$.

	Exercice 2007-2008	Exercice 2008-2009	Exercice 2009-2010	Exercice 2010-2011	Exercice 2011-2012
Budget de fonctionnement en provenance du MSSS	8 935 791 \$	9 235 810 \$	9 377 457 \$	9 007 959 \$	8 875 450 \$

LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES

LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES

Située face à la région de la Capitale-Nationale, en bordure de la rive sud du fleuve Saint-Laurent, la région de la Chaudière-Appalaches est délimitée à l'est par la région du Bas-Saint-Laurent et est adjacente, à l'ouest, aux régions de l'Estrie, de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Au sud, elle partage sa frontière avec les États-Unis. Comptant 411 828 habitants en 2013, la région de la Chaudière-Appalaches regroupe 5% de la population du Québec, la plaçant au 7^e rang des régions sociosanitaires.

D'une superficie totale de 15 079 km², la région est découpée en 136 municipalités, regroupées en neuf MRC auxquelles s'ajoute la Ville de Lévis. Elle englobe des réalités socioculturelles, historiques et géographiques diversifiées. Pensons aux MRC de Montmagny et de L'Islet et à leur histoire maritime, ou encore à celle de Beauce-Sartigan et à son parcours entrepreneurial pour illustrer la diversité des dynamiques sociales y prévalant. De même, la population, selon qu'elle habite dans le RLS de Montmagny-L'Islet, Alphonse-Desjardins, Beauce, des Etchemins ou de la région de Thetford, présente des habitudes de consommation de services de santé et de services sociaux propres à son lieu de résidence.



LE RÉSEAU RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le réseau de la santé et des services sociaux est organisé sur une base territoriale en cinq RLS, soit celui de la Beauce, d'Alphonse-Desjardins, des Etchemins, de Montmagny-L'Islet et de la région de Thetford.

Au 31 mars 2012, il comprenait neuf établissements publics, cinq établissements privés conventionnés et un établissement privé conventionné avec mission spécifique. La région compte quatre établissements régionaux qui desservent l'ensemble du territoire à partir de plusieurs points de services :

- Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (CJCA),
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches (CRDITED-CA),
- Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches (CRDP-CA),
- Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches (CRDCA).

Quatre établissements privés conventionnés sont situés sur le territoire du RLS Alphonse-Desjardins :

1. Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis inc.
2. CHSLD Chanoine-Audet inc.
3. CHSLD VIGI Notre-Dame-de-Lourdes,
4. Pavillon Bellevue inc.

Un établissement privé conventionné est localisé sur le territoire du RLS de Beauce : CHSLD de l'Assomption (Saint-Georges-de-Beauce) inc.

On compte également un établissement privé conventionné spécifique ayant un mandat suprarégional : Le Centre d'accueil le Programme de Portage inc. pour la clientèle adolescente ayant une dépendance en alcoolisme et toxicomanie.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ÉVOLUTION DES CRÉDITS CONSENTIS AUX ORGANISMES COMUNAUTAIRES

2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Variation	
						\$	%
15 723 264 \$	17 897 367 \$	19 855 770 \$	21 119 202 \$	21 990 487 \$	22 929 962 \$	7 206 698 \$	45,8

LES ORGANISMES COMUNAUTAIRES PAR PROGRAMMES-SERVICES

DESCRIPTION	RÉALISATIONS 2011-2012
Services généraux (19 organismes)	
4 maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale (248 femmes hébergées et 163 enfants hébergés) 6 centres-femmes (5 994 femmes rencontrées/rejointes) 3 groupes pour conjoints violents (409 hommes rejoints) 2 centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) (523 femmes rejointes) 1 organisme pour hommes en difficulté (410 hommes desservis) 1 organisme de regroupement pour les organismes communautaires (141 membres) 1 organisme de prévention des abus chez les enfants (1 478 enfants rencontrés) 1 organisme en hébergement multiclientèle (176 personnes hébergées)	- Disponibilité de la maison « 2^e étape » par l'organisme Havre l'Éclaircie inc. - Mise en place d'un protocole de collaboration avec le Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches pour les quatre maisons d'hébergement - Développement de mesures préventives pour contrer l'intimidation au Centre Ex-Equo - Développement d'un point de services de l'organisme À tire-d'aile sur le territoire de Montmagny-L'Islet
Santé publique (36 organismes)	
1 organisme en prévention du SIDA et démystification de l'homosexualité (4 740 personnes rejointes) 4 organismes de soutien aux jeunes mères et jeunes familles (1 508 personnes rejointes) 1 banque alimentaire (54 organismes d'aide alimentaire accrédités desservis) 9 organismes d'aide pour personnes défavorisées (16 123 personnes desservies) 21 organismes communautaires avec un volet dédié spécifiquement aux cuisines collectives (sécurité alimentaire, centres-femmes, maisons de la famille, services d'entraide, santé mentale et personnes démunies (1 052 familles rejointes).	- Déploiement régional de « Coup de pouce nourrice » - Création de jardins par Moisson Beauce inc. visant à développer l'autonomie alimentaire - Mise en place, par La Chaudronnée, de cuisines collectives, de L'Espace Mèlilot offrant 18 logements de transition avec emplacement communautaire - Déploiement du projet « J'ai faim de solidarité » de l'organisme Frigos Pleins, impliquant 16 écoles primaires et 3 secondaires permettant de sensibiliser les jeunes aux valeurs d'entraide, de solidarité et de coopération et de les inciter à s'impliquer concrètement au sein de l'organisme - Projet « Blitz Purée-Bébé » du Service d'entraide de Pintendre
Perte d'autonomie liée au vieillissement (36 organismes)	
4 popotes roulantes (223 personnes rejointes) 1 organisme d'aide et entraide en maladie d'Alzheimer (1 523 familles soutenues) 3 organismes de soutien aux personnes âgées autonomes (3 646 personnes présentes) 26 organismes de maintien à domicile, dont quatre détiennent la mission de centre d'action bénévole (13 269 personnes desservies et 282 groupes soutenus) 2 organismes d'aide et entraide pour proches-aidants (427 personnes rejointes)	- Nouveau service de popote roulante pour les 70 ans et plus par le Service d'Entraide de St-Romuald inc. - Projet « La popote de l'amitié » du Cercle de l'amitié de Cap St-Ignace - Implantation d'une popote roulante par le Service d'entraide de Saint-Lambert-de-Lauzon - Projet « Rêve d'ainé » d'Entraide Solidarité Bellechasse - Projet « Faire d'une pierre deux coups », soutien et répit aux proches aidants par le Service d'entraide de Breakeyville

DESCRIPTION	RÉALISATIONS 2011-2012
Déficiência physique (4 organismes)	
4 organismes (523 personnes et familles rejointes)	
Déficiência intellectuelle et troubles envahissants du développement (17 organismes)	
3 organismes d'aide pour la clientèle en déficiência intellectuelle et TED (342 personnes et familles rejointes) 14 organismes d'aide pour la clientèle en déficiência intellectuelle, physique et TED (2 096 personnes et familles desservies)	Prise en charge du mandat régional en autisme-TED (soutien, information et formation) par l'organisme l'Arc-en-Ciel
Jeunes en difficulté (37 organismes)	
1 organisme en hébergement jeunesse (119 jeunes hébergés) 4 organismes en justice alternative (542 jeunes joints et 181 victimes impliquées) 3 organismes en travail de rue (3 692 jeunes rencontrés) 2 organismes de parrainage (177 jeunes desservies) 1 organisme d'aide et entraide jeunesse/famille et travail de rue (350 personnes desservies) 1 association des maisons de jeunes (17 membres) 25 maisons des jeunes (5 127 jeunes joints)	- Projet « Passerelles pour la gestion des conflits » de l'Interface - Protocole d'intervention contre le harcèlement et l'intimidation à la Polyvalente de Thetford Mines par Mesures alternatives jeunesse Frontenac inc. - Projet « salle de musique » de la Maison des jeunes des Frontières du Sud - Mise en place d'un plateau de travail, atelier de menuiserie - Projet « Le Flash » de l'Amalgame MDJ Ouest pour les jeunes 18-24 ans présentant une déficiência intellectuelle, un TED ou des difficultés d'adaptation - Implantation de l'escouade MDJ de la Maison des jeunes Défi-Ados afin d'offrir de l'accompagnement à certains jeunes pour contrer l'intimidation
Dépendances (4 organismes)	
3 organismes en dépendances et toxicomanie (1 731 personnes desservies) 1 organisme pour joueurs compulsifs (48 personnes desservies) N.B. Deux organismes en itinérance, comptabilisés dans les programmes-services Santé publique et Services généraux accueillent aussi une clientèle présentant un problème de dépendances.	Nouveau service « Accueil inconditionnel » de l'organisme Au Bercaill de Saint-Georges
Santé mentale (23 organismes)	
4 groupes d'aide et entraide parents et amis de la personne atteinte (2 335 personnes soutenues) 11 groupes d'aide et entraide pour personnes atteintes (1 138 personnes rejointes) 3 centres d'écoute téléphonique (16 610 appels reçus) 2 maisons d'hébergement de transition et de réinsertion (437 personnes hébergées) 1 organisme de prévention/promotion 1 organisme de défense de droit (plus de 1 000 personnes rejointes) 1 organisme de regroupement pour les organismes communautaires actifs en santé mentale (12 membres)	Démarche de certification de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM) pour 4 groupes d'aide et entraide
Santé physique (8 organismes)	
1 organisme d'intervention en diabète (415 personnes rejointes) 6 organismes d'intervention en cancer (630 personnes soutenues) 1 organisme d'intervention en fibromyalgie (281 personnes desservies)	

GÉNÉRALITÉS

Considérés comme des partenaires incontournables des RLS, les organismes communautaires sont des intervenants essentiels du panier de services offerts à la population. La diversité et la complémentarité de leurs interventions, leur approche alternative et leur implication dans la communauté permettent d'affirmer qu'ils contribuent pleinement à l'actualisation de la responsabilité populationnelle dont le mandat incombe aux CSSS.

En juin 2009, soucieux de tendre vers l'équité interrégionale au plan du financement de base des organismes communautaires, le conseil d'administration de l'Agence s'est engagé à investir un montant de 2 M \$ sur cinq ans, sous réserve des budgets disponibles et de l'opportunité de dégager une marge budgétaire. Depuis, bien que la région ait reçu peu d'allocations de développement, qu'elle ait été ciblée et que le réseau d'établissements ait connu une diminution de son financement ayant entraîné une réduction des dépenses, un montant annuel de 400 000 \$ a été octroyé et a permis un rehaussement budgétaire de 1,6 M \$.

Cette allocation a permis de rehausser le budget de 30 organismes œuvrant dans les domaines suivants : personnes en perte d'autonomie, personnes présentant des problèmes de santé mentale, cancer et jeunes en difficulté, et de bonifier les services offerts à la population, notamment :

- accessibilité accrue (heures d'ouverture, ajout de point de services);
- augmentation du volume de services rendus (aide alimentaire, transport-accompagnement, ajout de cuisines collectives, paniers de Noël additionnels);
- augmentation du nombre de personnes desservies;
- développement de nouveaux services (popote roulante, plateau de travail, ateliers divers, travail de rue, formations).

NOUVEAU CADRE DE RÉFÉRENCE À L'INTENTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Dans le contexte de l'actualisation de la politique gouvernementale sur l'action communautaire et de la mise en place des réseaux locaux de services, le cadre de référence sur les interactions entre la Régie régionale et les organismes communautaires adopté en 1998 a été mis à jour. Les travaux de révision se sont conclus par l'adoption par le conseil d'administration, en décembre 2010, d'un nouveau cadre de référence.

Le nouveau cadre de référence permet de consolider les relations entre l'Agence, ses partenaires communautaires et les établissements avec lesquels ils collaborent dans l'offre de service à la population dans une perspective de contribution au réseau local de services.



PORTRAIT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION

UNE CONNAISSANCE DE LA POPULATION POUR MIEUX AFFRONTER LES DÉFIS POPULATIONNELS

La région de la Chaudière-Appalaches couvre un vaste territoire. Malgré le peu d'immigration et une langue parlée majoritairement francophone, on y retrouve une diversité à certains égards. Ainsi, le milieu urbain côtoie le milieu rural, les familles sont plus présentes dans certains territoires, certaines communautés voient leur population croître et d'autres, décroître. Conséquemment, les besoins de la population et des établissements de santé peuvent être différents selon où ils se situent sur le territoire.

Par ailleurs, depuis quelques années, la région de la Chaudière-Appalaches est confrontée à certains défis auxquels l'Agence porte une attention particulière. Certains occupent une place prépondérante dans l'offre de service de la Direction de santé publique de l'Agence :

- **Population vieillissante** : Le développement d'environnements favorables pour supporter un vieillissement en santé.
- **Conditions socioéconomiques et socioculturelles** : Le travail en amont sur les déterminants de santé qu'ils soient d'ordres socioéconomiques ou socioculturels
- **Habitudes de vie** : L'adoption et le maintien de saines habitudes de vie, le plus tôt dans la vie, pour contrer l'augmentation prévisible des maladies chroniques.
- **Suicide** : Le maintien et le déploiement d'actions visant la promotion de la santé mentale et l'adaptation psychosociale pour poursuivre la diminution du suicide observée actuellement.
- **Accidents de la route et conduite en état d'ébriété** : La consolidation et le renforcement d'interventions pour contrer les accidents de véhicules à moteur trop souvent mortels et la conduite avec facultés affaiblies.
- **Exposition à des agresseurs en milieu de travail** : La consolidation et le renforcement d'interventions pour limiter voire empêcher l'exposition aux agresseurs biomécaniques et chimiques en milieu de travail.

DES FACTEURS FAVORABLES ET MOINS FAVORABLES

Des gens vivant en meilleure santé et de plus en plus longtemps :

- De façon générale, l'état de santé de la population s'est amélioré au cours des dernières décennies grâce notamment à une plus grande richesse, à des conditions de vie améliorées, à des habitudes de vie plus saines et aux avancées de la médecine et des services de santé en général.
- Dans la région, 90 % de la population de 12 ans et plus se considère en santé (soit excellente, très bonne ou bonne santé). Cette proportion est de 96 % lorsqu'il s'agit spécifiquement de la perception de la santé mentale. Tant pour la santé globale que pour la santé mentale, ces proportions sont semblables, pour les hommes comme pour les femmes¹.
- Avec une longévité moyenne de 84 ans pour les femmes et de 79 ans pour les hommes, l'espérance de vie de la population de la région est supérieure à celle mesurée ailleurs au Québec^{2 3 4} (espérance de vie calculée pour les années 2005 à 2009). Il en résulte que la population peut aujourd'hui espérer vivre non seulement plus longtemps que les générations précédentes mais aussi plus longtemps en bonne santé.

UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES ET DE LA POPULATION TOTALE À PRÉVOIR

- Actuellement, 411 828 personnes vivent dans la région. Selon les projections⁵, d'ici 2023, près de 428 000 personnes habiteront en Chaudière-Appalaches, pour une augmentation d'environ 4 %.
- La région de la Chaudière-Appalaches n'échappe pas à la réalité du vieillissement de sa population, réalité connue ailleurs au Québec. Le nombre de personnes de 65 ans et plus devrait s'accroître de 44 % (jusqu'à 50 % pour les 75 ans et plus). Si les prévisions sont justes, ce sont 32 000 aînés de plus comparativement à aujourd'hui qui vivront dans la région dans 10 ans⁵.

¹ Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2009-2010.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, Estimations et projections de population, produites en janvier 2010.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances, 2005 à 2009.

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, 2005 à 2009.

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Projections de population, produites en janvier 2005.

- En 2013, on compte dans la région un plus grand nombre de jeunes que d'âinés. Cependant, il est prévu que dans moins de dix ans, la tendance sera inversée. Déjà, les territoires de Montmagny-L'Islet, des Etchemins et de la région de Thetford présentent une population aînée plus élevée. Bien que la natalité ait légèrement augmenté au cours des dernières années, le nombre relativement faible de naissances, ajouté à une longévité plus grande de la population, contribuera à entraîner cette diminution du poids démographique des jeunes au profit de celui des âinés.
- Quant aux jeunes âgés de 0 à 17 ans, ils représentent 19 % de la population actuelle et leur poids démographique tend à diminuer⁶.

ÉVOLUTION DE LA POPULATION CHAUDIÈRE-APPALACHES, 1981 À 2031



Source : MSSS, Estimations et projections de population à partir du recensement de 2006
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSP, PPSS, 2012

LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET LA DÉFAVORISATION SOCIALE

- Les conditions matérielles et sociales ont une influence déterminante sur la santé; plus une communauté est défavorisée, plus son état de santé et de bien-être est précaire. De grandes inégalités persistent encore (données québécoises⁷). À titre d'exemple, l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes diminue à mesure que le niveau de défavorisation augmente; davantage de décès résultant d'accidents de véhicules à moteur sont enregistrés chez les personnes de milieux plus défavorisés comparativement aux plus favorisés; les personnes de milieux très défavorisés matériellement et socialement sont plus à risque de se suicider que les personnes de milieux très favorisés, les taux de suicide y étant plus élevés; et les personnes qui demeurent dans des milieux très défavorisés risquent davantage de mourir des principales maladies chroniques, par exemple, l'ensemble des cancers et particulièrement le cancer du poumon, les maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire.
- En soutien au développement des communautés, 200 communautés locales ont été identifiées en Chaudière-Appalaches. Ces communautés locales représentent des territoires d'appartenance où les gens se rencontrent, se connaissent ou partagent certaines affinités. Il s'agit donc d'un « territoire vécu »^{8 9} relativement homogène aux plans humain et géographique. Des 200 communautés locales :
 - 17 % sont considérées défavorisées ou très défavorisées, à la fois matériellement¹⁰ et socialement¹¹;
 - 27 % sont considérées défavorisées ou très défavorisées matériellement (et non socialement);
 - 22 % sont considérées défavorisées ou très défavorisées socialement (et non matériellement).

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Projections de population, produites en janvier 2005.

⁷ <http://www.inspq.qc.ca/Santescopes>, consulté en janvier 2013

⁸ Boisvert, Réal. 2007. Les indicateurs de développement des communautés : Vers le déploiement d'un dispositif national de surveillance, rapport général. Projet parrainé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 64 p.

⁹ Garant, Sophie et Annie Bourassa (2009). *Caractérisation des communautés locales : connaître et mobiliser pour mieux intervenir*, série de 11 portraits, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique et de l'évaluation.

¹⁰ La **défavorisation matérielle** réfère à la défavorisation de biens et de commodités de la vie courante. À partir de proportions ajustées par âge et sexe, la combinaison des indicateurs « inoccupation, sous-scolarité et revenu » permet de distinguer cinq quintiles de défavorisation matérielle.

¹¹ La **défavorisation sociale** réfère à la fragilité du réseau social, de la famille à la communauté. À partir de proportions ajustées par âge et sexe (sauf pour « familles monoparentales »), la combinaison des indicateurs « personnes seules, personnes séparées, divorcées ou veuves et familles monoparentales » permet de distinguer cinq quintiles de défavorisation sociale.

MOINS DE FAMILLES MONOPARENTALES ET DE PERSONNES SÉPARÉES, DIVORCÉES, VEUVES OU VIVANT SEULES

- La défavorisation ne se limite pas à l'insuffisance de biens matériels. Elle revêt aussi une dimension sociale susceptible d'entraîner des effets néfastes sur la santé et le bien-être. Celle-ci peut être mesurée par la proportion de familles monoparentales ainsi que de personnes séparées, divorcées, veuves ou vivant seules. Comparativement au Québec, la situation régionale est relativement avantageuse.
- Dans l'ensemble de la région, 17 % des personnes de 15 ans et plus déclarent être séparées, divorcées ou veuves. Cette proportion est plus faible que celle rencontrée au Québec (17 % comparativement à 19 %) ¹².
- De plus, des 114 050 familles vivant en Chaudière-Appalaches, 15 150 sont monoparentales, soit 13 %. Cette proportion de familles monoparentales est aussi plus faible que celle du Québec (13 % comparativement à 17 %) ¹².
- Aussi, 43 815 personnes de 15 ans et plus de la région vivent seules. La proportion de personnes vivant seules est plus faible que celle du Québec (14 % comparativement à 16 %) mais augmente depuis 2001 (12 %) ¹².

UNE PLUS FORTE PROPORTION DE PERSONNES OCCUPE UN EMPLOI, MAIS UN REVENU DÉCLARÉ MOINS ÉLEVÉ ET UNE POPULATION MOINS SCOLARISÉE

Pour être efficace, la lutte aux inégalités doit se déployer sur plusieurs fronts, dont ceux du revenu, de l'emploi et de la scolarité.

- Le revenu personnel moyen de la population de la région est plus faible qu'au Québec, se chiffrant à 29 596 \$ comparativement à 32 074 \$. Les données disponibles permettent d'affirmer que depuis au moins 1996, ce revenu moyen est inférieur au revenu québécois ¹².
- Toutefois, la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu en 2006 est plus faible en Chaudière-Appalaches qu'au Québec (10 % comparativement à 17 %). Cette situation, qui était de 13 % en 2001, s'est améliorée. Dans la région, environ 38 625 personnes vivent sous le seuil de faible revenu ¹².
- Le niveau de scolarité chez les personnes âgées de 15 ans et plus de Chaudière-Appalaches est relativement faible. La proportion de personnes peu scolarisées (n'ayant aucun certificat, diplôme ou grade) est de 28 % comparativement à 25 % au Québec ¹².
- Malgré ces constats face à la faible scolarité et à un revenu élevé, 64 % de la population de la région (15 ans et plus) occupe un emploi, comparativement à 60 % au Québec ¹².

DES MALADIES CHRONIQUES EN VOIE D'AUGMENTATION

- Le vieillissement attendu de la population entraînera vraisemblablement une augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques (maladies des appareils circulatoire, respiratoire et musculosquelettique, le diabète, les cancers, etc.). Depuis le début du nouveau millénaire, les décès par cancers représentent plus du tiers des décès et le cancer constitue la seconde cause de mortalité après les maladies de l'appareil circulatoire. Par ces deux principales causes de décès, un fardeau plus grand de la maladie sur le système de santé devrait s'ensuivre annonçant un défi de taille pour le réseau de la santé et des services sociaux.
- Outre les déterminants économiques et sociaux de la santé, il importe d'agir simultanément sur les habitudes de vie. Pour certaines maladies chroniques, les facteurs de risque sont bien connus, et une modification de quelques habitudes de vie comme cesser de fumer, manger mieux et moins, pratiquer régulièrement des activités physiques et consommer de l'alcool modérément, peut entraîner des améliorations importantes.

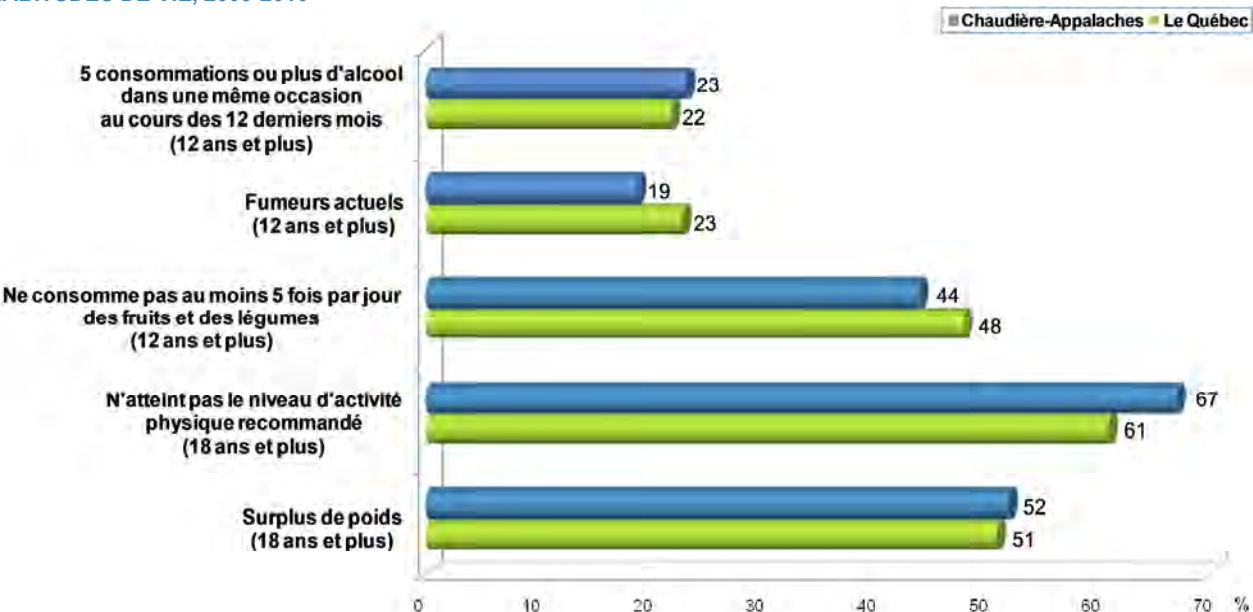
¹² Statistique Canada, Recensements 1996, 2001 et 2006.

L'usage du tabac et la consommation d'alcool : deux situations différentes

La consommation de tabac et d'alcool est associée à de nombreux problèmes sociaux et de santé. Le tabagisme est encore aujourd'hui la première cause de mortalité évitable au Québec¹³.

- La consommation de 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion, au moins 12 fois au cours de la dernière année, est considérée élevée. Ce comportement touche environ 23 % des personnes de 12 ans et plus de la région (proportion semblable à celle du Québec). Dans la région comme au Québec, la proportion d'hommes présentant une consommation élevée d'alcool est nettement plus élevée que celle des femmes (soit 33 % alors qu'elle est de 13 % pour les femmes)¹⁴.
- La proportion de fumeurs de 12 ans et plus est passée, entre 2003 et 2009-2010, de 27 % à 19 %. De plus, cette proportion de fumeurs est plus faible dans la région qu'au Québec (19 % comparativement à 23 %) ¹⁴.

HABITUDES DE VIE, 2009-2010



Source : ESCC, 2009-2010
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSP, PPSS, 2012

Près de la moitié de la population consomme moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes

Un indicateur est souvent utilisé pour apprécier la qualité générale de l'alimentation : le fait de consommer au moins cinq fois par jour des fruits et des légumes.

- 44 % de la population âgée de 12 ans et plus consomme moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes (proportion semblable à celle du Québec). Toutefois, cette situation semble s'améliorer, alors que cette proportion était de 52 % en 2003. Dans la région, 35 % des femmes consomment moins de 5 fois par jour des fruits et des légumes comparativement à 53 % des hommes ¹⁴.

Deux adultes sur trois ne sont pas physiquement actifs

Bouger est bon pour la santé. La sédentarité peut entraîner de graves conséquences, augmentant la mortalité : elle double le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète ou d'obésité et augmente les risques de cancer, d'hypertension artérielle, d'ostéoporose, de dépression et d'anxiété ¹⁴.

- La proportion de personnes de 18 ans et plus inactives, c'est-à-dire qui ne sont pas considérées physiquement actives durant leurs loisirs selon leur niveau recommandé respectif, est de 67 % ¹⁴.

Le surplus de poids : des liens avec de moins bonnes habitudes de vie

Le surplus de poids peut, dans plusieurs cas, être prévenu par de bonnes habitudes de vie. Près de la moitié de la population de 18 ans et plus de la région a un surplus de poids, dont 17 % sont obèses ¹⁴.

¹³ MSSS (2007), La santé, autrement dit...Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé, Québec, Direction des communications, MSSS, 24 p.

¹⁴ Statistique Canada, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2009-2010.

- Cette problématique de surplus de poids est associée particulièrement aux hommes. En effet, tant dans la région qu'au Québec, la proportion d'hommes présentant un surplus de poids est plus élevée que celle des femmes (dans la région, 52 % comparativement à 51 %) ¹⁴.

PROBLÉMATIQUES RÉGIONALES PARTICULIÈRES :

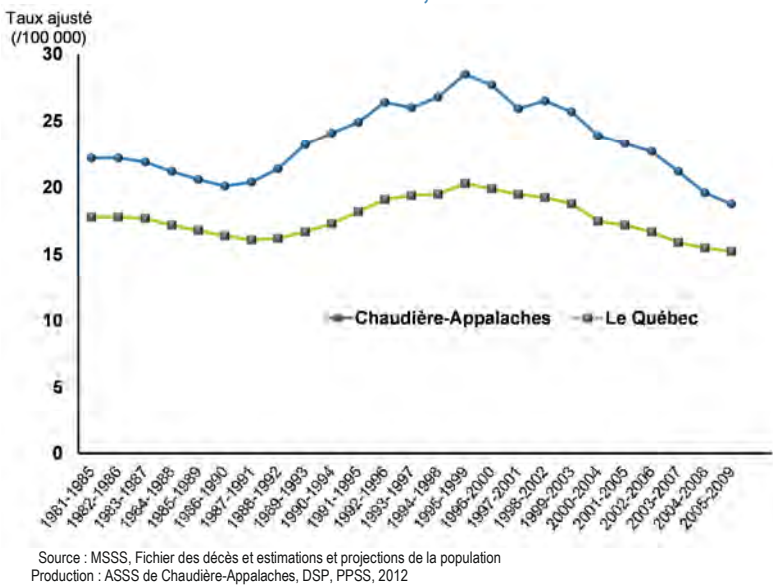
Le suicide

Les facteurs associés au suicide sont nombreux. Ceux les plus souvent associés sont les troubles mentaux comme une dépression, un trouble bipolaire, une toxicomanie, la schizophrénie ou des événements stressants tels une rupture amoureuse et des pertes importantes (décès, conflits avec la famille ou des proches, perte d'emploi). Souvent, plusieurs facteurs de risque sont présents simultanément¹⁵.

Annuellement, environ 75 personnes s'enlèvent la vie en Chaudière-Appalaches. Les taux sont nettement plus élevés chez les hommes (35,1/100 000 comparativement à 9,6/100 000 pour les femmes)^{16 17}.

Année après année, les taux de suicide régionaux sont plus élevés que les taux observés ailleurs au Québec. C'est à la fin des années 90 que le taux de suicide de Chaudière-Appalaches était le plus élevé et que l'écart avec le Québec était le plus grand. Depuis le début des années 2000, le taux de suicide diminue et la diminution semble plus grande dans la région qu'au Québec.

ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE
CHAUDIÈRE-APPALACHES, 1981-1985 À 2005-2009



Les décès associés aux accidents de véhicules à moteur et la conduite en état d'ébriété

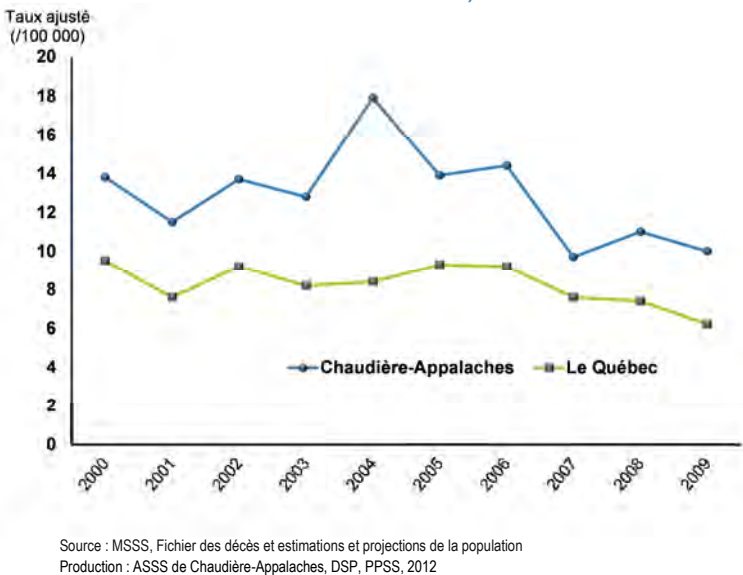
Plus de la moitié des décès dus à des accidents de véhicules à moteur touchent des personnes de moins de 45 ans. Parmi les facteurs de risque se trouvent des éléments environnementaux tels un aménagement routier déficient, ainsi que des attitudes et comportements, par exemple, la conduite avec facultés affaiblies et la vitesse excessive au volant.

Les accidents de véhicules à moteur occasionnent, en moyenne, 47 décès par année dans la région. Les victimes sont surtout des hommes (16,7/100 000 comparativement à 7,0/100 000 chez les femmes) ^{16 17}.

De façon générale, le taux annuel de mortalité dû à des accidents de véhicules à moteur est plus élevé qu'ailleurs au Québec, et ce, chez les hommes et chez les femmes^{16 17}. Depuis les dernières années, la situation régionale semble suivre la tendance à la baisse observée ailleurs au Québec.

De plus, certains décès impliquant des véhicules à moteur sont des décès de conducteurs en état d'ébriété c'est-à-dire ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise. Après une diminution connue au cours des années 90, la situation fluctue à partir des années 2000¹⁸.

ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE VÉHICULES À MOTEUR
CHAUDIÈRE-APPALACHES, 2000 À 2009



¹⁵ Édith St-Hilaire, Louise Paré et Lucie Roy. 2006. *Rapport du Directeur de santé publique sur la santé de la population de Chaudière-Appalaches : la problématique du suicide*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique et de l'évaluation, 3 p.

¹⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Projections de population, produites en janvier 2005.

¹⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, 2005 à 2009.

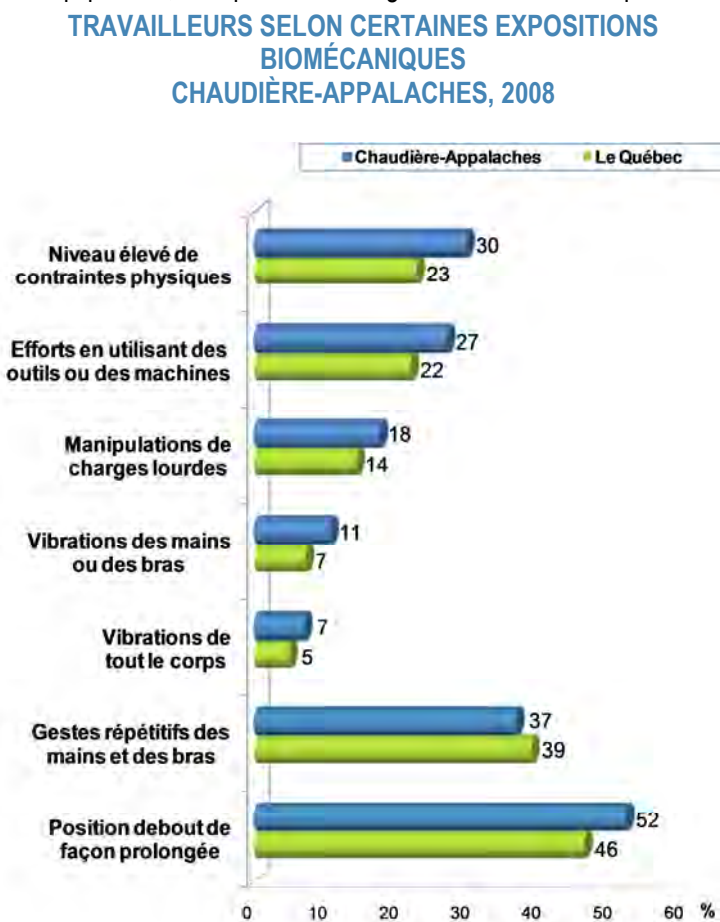
Les risques à la santé en milieu de travail : des travailleurs de la région davantage exposés à des contraintes biomécaniques et chimiques

64 % des personnes occupent un emploi, davantage d'hommes que de femmes¹⁹. Ces personnes sont exposées à des risques à la santé variés selon l'emploi qu'elles occupent. Ces risques peuvent être prévenus ou diminués afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation des maladies reliées au travail. Les problèmes de santé en milieu de travail peuvent être attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques, associés à des contraintes ergonomiques ou à des caractéristiques organisationnelles ou relationnelles des milieux de travail.

Parmi la population de Chaudière-Appalaches, près de 3 travailleurs sur 10 sont exposés à un niveau élevé de contraintes physiques au travail, ce qui est supérieur à ce qui est observé ailleurs au Québec²⁰.

Les travailleurs résidant dans la région sont plus à risque que d'autres travailleurs québécois de devoir fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement, manipuler des charges lourdes ou être exposés à des vibrations des bras et des mains et des vibrations du corps entier. En contrepartie, aucune différence significative n'est observée en ce qui a trait aux gestes répétitifs réalisés au travail. Les hommes de la région sont, en général, plus touchés par les expositions biomécaniques que les femmes (sauf pour le travail en position debout de façon prolongée et pour le travail de gestes répétitifs des mains et des bras)²⁰.

Les interventions en milieu de travail se font en vertu du régime de santé et sécurité au travail dont l'administration est confiée par le gouvernement du Québec à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Selon la CSST, les travailleurs dans la région présentent un taux de 51 lésions professionnelles par 1 000 travailleurs. Ce taux est de 44,7 par 1 000 ailleurs au Québec. Il est 2,7 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes^{19 21}.



Source : ISQ, EQSP, 2008
Production : ASSS de Chaudière-Appalaches, DSP, PPSS, 2012

¹⁸ Société de l'assurance automobile du Québec, Direction des études et des stratégies en sécurité routière, données 1992-1996 à 2006-2010, produites en mai 2012.

¹⁹ Statistique Canada, Recensements 1996, 2001 et 2006.

²⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008.

²¹ Commission de la santé et de la sécurité du travail, Fichiers des lésions professionnelles, 2006.

EN CONCLUSION

- De façon globale, la perception que la population a de son état de santé est bonne. Plusieurs indications portent à croire que l'état de santé de la population s'est amélioré au cours des dernières années. Certaines problématiques demeurent préoccupantes, tels les accidents de la route et le suicide, notamment parce que les décès surviennent relativement tôt dans la vie, causant une lourde perte pour la société. Des expositions en milieu de travail sont non négligeables car elles peuvent être évitables ou atténuées.
- De plus, avec le vieillissement attendu de la population, on peut supposer une hausse encore plus grande de plusieurs maladies chroniques dont le développement s'accroît avec l'âge : obésité, diabète, plusieurs types de cancer et maladies de l'appareil circulatoire en sont des exemples. La réduction de ces problèmes de santé demeure un enjeu majeur. Ils se doivent d'être considérés le plus en amont possible, notamment par la mise en place d'environnements favorables et par le soutien dans l'adoption de saines habitudes de vie tels la pratique de l'activité physique, l'alimentation, la réduction du tabagisme et de la consommation d'alcool ou encore, dans certains cas, par le dépistage précoce de certaines maladies.
- L'augmentation des connaissances sur les liens entre les conditions matérielles et sociales et la santé et le bien-être incite à adapter les actions à mettre en place afin de considérer ces déterminants de la santé et du bien-être. En ce sens, un portrait de la région de la Chaudière-Appalaches ne peut être dressé sans préciser que les territoires en forte croissance populationnelle sont généralement avantagés. Ils se situent pour la plupart à l'embouchure et aux abords de la rivière Chaudière. Malgré les aspects favorables, des gens moins favorisés y demeurent. De plus, les territoires en forte décroissance populationnelle sont davantage défavorisés et, pour leur part, sont particulièrement situés « dans les terres » de la région.
- L'ensemble des données procure des indications éclairantes pour accentuer les actions de promotion de la santé et de prévention en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population de Chaudière-Appalaches notamment quant aux problématiques préoccupantes pour la population de la région. Elles contribuent ainsi à obtenir des gains nécessaires pour diminuer la pression sur les services de santé et les services sociaux et surtout d'améliorer la qualité de vie de la population.

**RESSOURCES
FINANCIÈRES,
IMMOBILIÈRES ET
INFORMATIONNELLES,
HUMAINES ET MÉDICALES**

RESSOURCES FINANCIÈRES

FINANCEMENT RÉGIONAL

Au cours des années 2007-2008 à 2011-2012, l'enveloppe régionale de crédits (financement brut) s'est accrue de 21,1 %, passant de 680,3 M \$ à 824,1 M \$, soit une hausse moyenne annuelle de l'ordre de 4,2 %.

La majoration du budget comprend l'indexation, les coûts de systèmes spécifiques, les ajustements salariaux découlant des conventions collectives, l'équité salariale et les budgets de développement attribués à la région.

	Crédit brut 2007-2008	Crédit brut 2008-2009	Crédit brut 2009-2010	Crédit brut 2010-2011	Crédit brut 2011-2012	Crédit brut 2012-2013	Variation Montant	%
Enveloppe régionale initiale	680 242 940 \$	714 772 836 \$	753 085 115 \$	775 328 671 \$	795 469 501 \$	824 105 015 \$	143 862 075 \$	21,1 %
Établissements publics								
CSSS	491 537 631 \$	517 878 450 \$	547 876 387 \$	558 671 926 \$	571 413 887 \$	590 763 674 \$	99 226 043 \$	20,2 %
Centre jeunesse	42 349 496 \$	44 599 309 \$	46 714 062 \$	47 806 076 \$	48 936 338 \$	49 137 463 \$	6 787 967 \$	16,0 %
Centres de réadaptation	60 612 370 \$	63 308 975 \$	61 783 030 \$	66 244 541 \$	68 155 833 \$	70 742 106 \$	10 129 736 \$	16,7 %
Sous-total établissements publics	594 499 497 \$	625 786 734 \$	656 373 479 \$	672 722 543 \$	688 506 058 \$	710 643 243 \$	116 143 746 \$	19,5 %
Établissements privés-conventionnés								
CHSLD	29 688 656 \$	31 401 333 \$	32 660 758 \$	33 084 826 \$	33 849 922 \$	34 622 502 \$	4 933 846 \$	16,6 %
Centres de réadaptation	719 899 \$	741 718 \$	760 297 \$	1 155 096 \$	1 182 811 \$	1 213 726 \$	493 827 \$	68,6 %
Sous-total établissements privés conventionnés	30 408 555 \$	32 143 051 \$	33 421 055 \$	34 239 922 \$	35 032 733 \$	35 836 228 \$	5 427 673 \$	17,8 %
Organismes communautaires	15 723 264 \$	17 897 367 \$	19 855 770 \$	21 119 202 \$	21 990 487 \$	22 929 962 \$	7 206 698 \$	45,8 %
Fonds affectés régionalisés								
Services préhospitaliers d'urgence et télémétrie	17 581 181 \$	18 114 964 \$	19 161 325 \$	21 136 562 \$	22 353 660 \$	24 378 977 \$	6 797 796 \$	38,7 %
Groupe de médecine de famille	3 063 549 \$	3 417 924 \$	4 066 508 \$	4 414 746 \$	5 189 965 \$	5 613 618 \$	2 550 069 \$	83,2 %
Activités reliées aux ressources informationnelles	923 667 \$	1 486 903 \$	1 587 731 \$	1 709 449 \$	1 862 612 \$	2 003 775 \$	1 080 108 \$	116,9 %
Sous-total fonds affectés et activités régionalisées	21 568 397 \$	23 019 791 \$	24 815 564 \$	27 260 757 \$	29 406 237 \$	31 996 370 \$	10 427 973 \$	48,3 %
Autres programmes								
Aides techniques	733 305 \$	689 954 \$	699 613 \$	713 606 \$	730 733 \$	748 271 \$	14 966 \$	2,0 %
Autres engagements divers	17 309 922 \$	15 235 939 \$	17 919 634 \$	19 272 641 \$	19 803 253 \$	21 950 941 \$	4 641 019 \$	26,8 %
Sous-total autres engagements	18 043 227 \$	15 925 893 \$	18 619 247 \$	19 986 247 \$	20 533 986 \$	22 699 212 \$	4 655 985 \$	25,8 %
TOTAL DES CRÉDITS	680 242 940 \$	714 772 836 \$	753 085 115 \$	775 328 671 \$	795 469 501 \$	824 105 015 \$	143 862 075 \$	21,1 %

Budget de développement

Programmes-services	Base annualisée					TOTAL
	Exercice 2007-2008 ²²	Exercice 2008-2009	Exercice 2009-2010 ²³	Exercice 2011-2012	Exercice 2012-2013	
Santé physique	226 062 \$	986 910 \$	-	-	-	1 212 972 \$
Services généraux	-	236 664 \$	-	-	-	236 664 \$
Santé publique	-	118 000 \$	-	-	-	118 000 \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement	419 505 \$	1 867 871 \$	-	7 092 040 \$	-	9 379 416 \$
Santé mentale	-	1 415 437 \$	-	-	-	1 415 437 \$
Déficiência intellectuelle et TED	-	500 556 \$	690 252 \$	-	829 056 \$	2 019 864 \$
Déficiência physique	-	969 304 \$	846 117 \$	-	831 458 \$	2 646 879 \$

²² Développement 2007-2208 résiduel non alloué de la base annuelle du budget de développement 2006-2007

²³ Aucun développement n'a été alloué à la région pour l'exercice 2010-2011

Jeunes en difficulté	-	220 000 \$	-	-	469 696 \$	689 696 \$
Dépandances	-	354 000 \$	-	-	-	354 000 \$
Autres	-	230 000 \$	-	-	-	230 000 \$
TOTAL	645 567 \$	6 898 742 \$	1 536 369 \$	7 092 040 \$	2 130 210 \$	18 302 928 \$

Situation financière des établissements publics

Le dépassement total au cours des années financières 2007-2008 à 2011-2012 s'élève à 3 871 080 \$. Le dépassement est survenu lors de l'exercice financier 2010-2011 et est attribuable presque en totalité au CSSS Alphonse-Desjardins.

	Exercice 2007-2008	Exercice 2008-2009	Exercice 2009-2010	Exercice 2010-2011	Exercice 2011-2012
CSSS Alphonse-Desjardins	(2 408 875 \$)	(2 416 561 \$)	(2 543 793 \$)	(6 094 782 \$)	(2 579 143 \$)
CSSS de Beauce	(874 265 \$)	(874 265 \$)	(875 000 \$)	(651 117 \$)	12 243 \$
CSSS de la région de Thetford	285 094 \$	0 \$	270 062 \$	(556 216 \$)	300 947 \$
CSSS de Montmagny-L'Islet	(476 106 \$)	(554 167 \$)	(354 167 \$)	(239 386 \$)	220 505 \$
CSSS des Etchemins	327 211 \$	127 545 \$	414 891 \$	583 898 \$	197 526 \$
Sous-total des CSSS	(3 146 941 \$)	(3 717 448 \$)	(3 088 007 \$)	(6 957 603 \$)	(1 847 922 \$)
Centre jeunesse Chaudière-Appalaches	230 651 \$	629 670 \$	172 112 \$	9 999 \$	349 422 \$
CR en alcoolisme et toxicomanie	770 \$	757 \$	0 \$	0 \$	0 \$
CR en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	(67 716 \$)	12 521 \$	267 960 \$	166 277 \$	36 491 \$
CR en déficience physique	0 \$	0 \$	472 720 \$	1 00 007 \$	(120 919 \$) ²⁴
Sous-total Centre jeunesse et CR	163 705 \$	642 948 \$	912 792 \$	1 176 283 \$	264 994 \$

TOTAL POUR LA RÉGION	(2 983 236 \$)	(3 074 500 \$)	(2 175 215 \$)	(5 781 320 \$)	(1 582 928 \$)
Établissements ayant connu un déficit	(3 826 962 \$)	(3 844 993 \$)	(3 772 960 \$)	(7 541 501 \$)	(2 700 062 \$)
Déficit autorisé	(3 808 933 \$)	(3 808 933 \$)	(3 808 933 \$)	(3 808 933 \$)	(2 579 666 \$)
Écart par rapport au déficit autorisé	(18 029 \$)	(36 060 \$)	35 973 \$	(3 732 568 \$)	(120 396 \$)

Richesse (pauvreté) relative régionale

En 2004-2005, le Ministère a instauré un nouveau mode d'allocation des ressources. Ce nouveau cadre de référence permet d'identifier les écarts de financement des régions entre les ressources requises estimées selon les besoins populationnels et le budget disponible dans les régions.

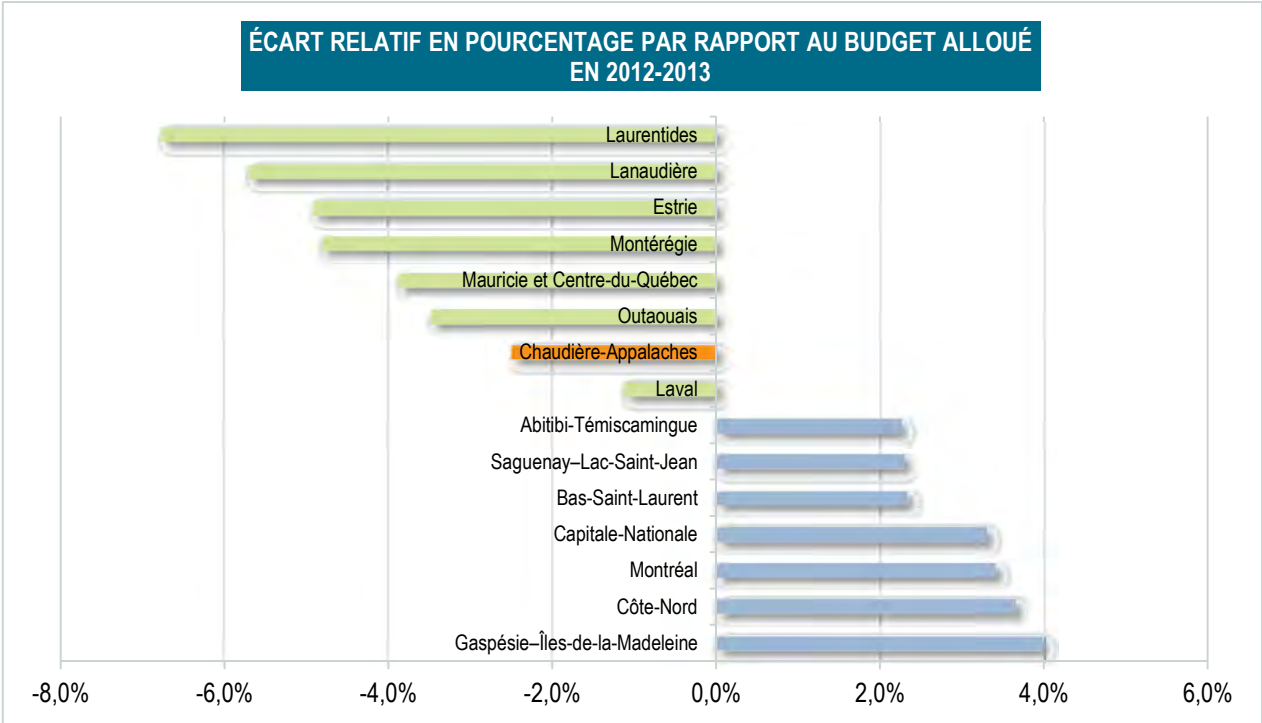
L'évolution de la richesse (pauvreté) relative de la région entre les années 2007-2008 et 2012-2013 révèle qu'à l'exception de l'exercice financier 2012-2013, la région était en équilibre de ressources. La pauvreté relative observée en 2011-2012 s'élève à 19,5 M \$ soit l'équivalent de 2,5 % du budget régional. L'écart de ressources origine des programmes Santé physique et Programme perte d'autonomie liée au vieillissement.

	Exercice 2007-2008	Exercice 2008-2009	Exercice 2009-2010	Exercice 2010-2011	Exercice 2011-2012	Exercice 2012-2013
Services généraux	3 792 692 \$	1 543 961 \$	897 149 \$	1 426 862 \$	1 379 927 \$	2 184 533 \$
Santé physique	3 491 395 \$	1 295 561 \$	2 584 911 \$	3 092 403 \$	1 031 358 \$	(11 687 119 \$)
Santé mentale	(3 978 423 \$)	(4 260 215 \$)	(4 844 324 \$)	(377 024 \$)	(78 333 \$)	(491 635 \$)
Santé publique	785 784 \$	618 193 \$	1 289 783 \$	329 210 \$	59 887 \$	602 902 \$
Perte d'autonomie liée au vieillissement	(3 594 223 \$)	(3 585 967 \$)	(2 064 160 \$)	(1 108 030 \$)	(7 225 336 \$)	(10 624 492 \$)
Déficience intellectuelle et TED	3 462 434 \$	3 968 643 \$	4 450 098 \$	4 501 516 \$	1 922 458 \$	2 956 409 \$
Déficience physique	1 159 128 \$	1 930 523 \$	1 607 617 \$	1 046 212 \$	(1 624 304 \$)	(4 737 548 \$)
Dépendance	(71 264 \$)	(131 068 \$)	(279 272 \$)	302 784 \$	818 673 \$	1 125 931 \$
Jeunes en difficulté	1 586 079 \$	1 428 462 \$	(507 484 \$)	203 490 \$	209 820 \$	2 408 852 \$
Sous-total programmes-service	6 633 602 \$	2 808 093 \$	3 134 318 \$	9 417 423 \$	(3 505 850 \$)	(18 190 168 \$)

²⁴ Pour fin de comparaison, nous avons retenu la situation financière avant le transfert interfonds.

Administration et soutien aux services	(1 824 056 \$)	(1 316 290 \$)	(1 951 936 \$)	(1 105 079 \$)	(3 505 850 \$)	(1 601 715 \$)
Gestion des bâtiments	(1 681 257 \$)	(2 657 230 \$)	1 612 265 \$	(1 068 568 \$)	(916 459 \$)	231 243 \$
Sous-total des programmes soutien	(3 505 313 \$)	(3 973 520 \$)	(339 671 \$)	(2 173 647 \$)	(1 861 187 \$)	(1 370 472 \$)
TOTAL DES PROGRAMMES	3 128 289 \$	(1 165 427 \$)	2 794 647 \$	7 243 776 \$	(5 367 037 \$)	(19 560 639 \$)
Richesse (pauvreté) relative ²⁵	0,47 %	-0,17 %	0,38 %	0,97 %	0,70 %	-2,47 %

Concernant les budgets alloués aux différentes régions du Québec, Chaudière-Appalaches se situe au centre du groupe. La région la mieux nantie dispose d’une richesse relative correspondant à 4 % de son budget; la pauvreté relative pour la région la moins nantie correspond à 7 % de son budget.



L’équité intrarégionale est au cœur des préoccupations de l’Agence; ainsi, elle a adopté et adapté le modèle d’allocation provincial, et ce, afin de considérer le niveau de richesse relative des établissements pour allouer notamment les budgets de développement.

²⁵ Consulter le tableau ci-dessous

Budget initial	680 242 940 \$	714 772 836 \$	753 085 115 \$	775 328 671 \$	795 469 501 \$	824 105 015 \$
Moins						
Fonds affectés et activités régionalisées	21 568 397 \$	23 019 791 \$	24 815 564 \$	27 260 757 \$	29 406 237 \$	31 996 371 \$
Budget de comparaison pour mesurer l'importance de la richesse relative	658 674 543 \$	691 753 045 \$	728 269 551 \$	748 067 914 \$	766 063 264 \$	792 108 644 \$

RESSOURCES IMMOBILIÈRES ET INFORMATIONNELLES

IMMOBILISATIONS

MAINTIEN D'ACTIFS 2007-2008 À 2011-2012	Immeubles	Équipements	
Centre jeunesse Chaudière-Appalaches	3 863 395 \$	189 131 \$	700 850 \$
Centre de réadaptation en dépendance Chaudière-Appalaches	- \$	15 710 \$	48 446 \$
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches	1 885 698 \$	134 789 \$	659 029 \$
Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches	16 803 \$	224 487 \$	217 198 \$
CSSS Alphonse-Desjardins	18 602 610 \$	14 765 470 \$	3 314 709 \$
CSSS de Beauce	9 307 443 \$	5 747 688 \$	1 461 097 \$
CSSS des Etchemins	3 574 440 \$	393 096 \$	498 050 \$
CSSS de Montmagny-L'Islet	7 666 093 \$	3 590 171 \$	1 131 939 \$
CSSS de la région de Thetford	8 643 253 \$	4 242 475 \$	1 183 084 \$
CHSLD Chanoine-Audet Inc.	937 622 \$	164 422 \$	98 062 \$
Pavillon Bellevue	431 930 \$	- \$	- \$
CHSLD Notre-Dame de Lourdes	- \$		
SOUS-TOTAL	54 929 287 \$	29 467 439 \$	9 312 464 \$
Réserve pour génie biomédical	- \$	360 000 \$	- \$
Agence Chaudière-Appalaches (CHSLD privé conventionné)	- \$	982 \$	13 780 \$
Réserve pour priorités régionales	8 344 839 \$	3 805 311 \$	879 571 \$
TOTAL 2007 à 2012	63 274 126 \$	33 633 732 \$	10 205 815 \$

- L'objectif ministériel visant à atteindre un budget standard de 2 % de la valeur de remplacement des immeubles a eu pour effet d'augmenter les budgets annuels de maintien des actifs en immeubles de 1,6 M\$ en 2003-2004 à 11,6 M\$ en 2011-2012. Cette mesure a permis aux établissements de maintenir la qualité de leurs immeubles.
- Cette augmentation a nécessité une planification immobilière plus structurée et a mené à l'instauration d'un plan triennal de conservation des immeubles pour la région et pour chacun des établissements. Elle a permis, entre autres, le remplacement de fenêtres, la réfection de toiture et des parements extérieurs de même que la mise à niveau des systèmes mécaniques (ventilation, gicleur, électricité, plomberie, alarmes, ascenseur, etc.).

Tel qu'il est mentionné dans les recommandations du Vérificateur général du Québec et du rapport SECOR-KPMG, la priorité donnée au maintien des infrastructures existantes et à la résorption d'entretien devraient être des objectifs de long terme à maintenir. De plus, le Ministère devrait allouer au réseau de la santé les montants destinés à la résorption du déficit d'entretien.

RÉNOVATIONS FONCTIONNELLES	Mineures dans les CHSLD	Mineures autres que CHSLD
Centre jeunesse Chaudière-Appalaches	- \$	648 991 \$
Centre de réadaptation en dépendance Chaudière-Appalaches	- \$	- \$
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches	- \$	333 538 \$
Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches		3 958 \$
CSSS Alphonse-Desjardins	2 487 070 \$	2 205 227 \$
CSSS de Beauce	659 950 \$	879 694 \$
CSSS des Etchemins	359 525 \$	- \$
CSSS de Montmagny-L'Islet	1 894 435 \$	951 544 \$
CSSS de la région de Thetford	1 489 500 \$	1 230 119 \$

CHSLD Chanoine-Audet Inc.	- \$	- \$
CH l'Assomption	700 000 \$	- \$
CHSLD Notre-Dame de Lourdes	1 542 000 \$	- \$
SOUS-TOTAL	9 132 480 \$	6 253 071 \$
Réserve pour génie biomédical	- \$	- \$
Agence Chaudière-Appalaches (CHSLD privé conventionné)	- \$	- \$
Réserve pour priorités régionales	77 520 \$	6 345 812 \$
TOTAL 2007 à 2012	9 210 000 \$	12 598 883 \$

D'un montant de 2 M\$ en 2003-2004, l'enveloppe en rénovations fonctionnelles mineures autres que CHSLD a progressé pour se stabiliser à près de 3 M\$. L'enveloppe de rénovation fonctionnelle en CHSLD a servi à corriger les problèmes ciblés lors des visites d'appréciation ministérielles. L'enveloppe pour la rénovation fonctionnelle autre que CHSLD permet de finaliser les plans de conservation et de fonctionnalité immobilière et équipement (PCFI et PCEM) en tenant compte des objectifs régionaux comme le circuit du médicament, le projet PACS SIR, la hiérarchisation des laboratoires et les priorités de services locaux.

PROJETS IMMOBILIERS RÉALISÉS

ÉTABLISSEMENT	PROJET	INVESTISSEMENT	ANNÉE DE LIVRAISON
CSSS Alphonse-Desjardins	Construction d'un stationnement souterrain à l'Hôtel-Dieu de Lévis	13 200 000 \$	2009
CSSS Alphonse-Desjardins	Construction pour relocaliser le CLSC et le Centre d'hébergement de Sainte-Marie	15 600 000 \$	2010
CSSS Alphonse-Desjardins	Agrandissement et réaménagement du Centre d'hébergement de Saint-Gervais	3 338 000 \$	2011
CSSS Alphonse-Desjardins	Agrandissement et réaménagement de l'urgence et aménagement de la médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu de Lévis	37 059 000 \$	2013
CSSS de la région de Thetford	Construction pour relocaliser le Centre d'hébergement de Thetford (Pavillon Saint-Joseph) sur le site de l'hôpital	13 600 000 \$	2009
CSSS de la région de Thetford	Agrandissement et réaménagement du Centre d'hébergement Marc-André-Jacques à East-Broughton	3 200 000 \$	2012
CSSS de Montmagny-L'Islet	Réaménagement et agrandissement de l'hôpital	21 287 000 \$	2009
CSSS des Etchemins	Réaménagement du Centre d'hébergement du site Lac-Etchemin (Phase 2)	3 354 000 \$	2011
CRDP Chaudière-Appalaches	Construction du point de service de Charny sur un site adjacent au site Paul-Gilbert	15 600 000 \$	2011
CRDP Chaudière-Appalaches	Agrandissement et aménagement d'un centre pour la clientèle en déficience auditive et en déficience visuelle à Charny	3 000 000 \$	2012
Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes de Vigi Santé	Saint-Michel de Bellechasse - Agrandissement et réaménagement permettant de faciliter l'implantation des orientations en milieu de vie	1 000 000 \$	2012

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

MAINTIEN DES ACTIFS	
Centre jeunesse Chaudière-Appalaches	343 863 \$
Centre de réadaptation en dépendance Chaudière-Appalaches	34 686 \$
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches	358 471 \$
Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches	161 535 \$
CSSS Alphonse - Desjardins	1 550 474 \$
CSSS de Beauce	593 393 \$
CSSS des Etchemins	183 343 \$
CSSS de Montmagny-L'Islet	589 010 \$
CSSS de la région de Thetford	531 153 \$
CHSLD Chanoine-Audet Inc.	4 202 \$
Pavillon Bellevue	- \$
CHSLD Notre-Dame de Lourdes	
SOUS-TOTAL	4 350 130 \$
Réserve pour génie biomédical	- \$
Agence Chaudière-Appalaches (CHSLD privé conventionné)	24 641 \$
Réserve pour projets régionaux	1 451 706 \$
TOTAL 2007 à 2012	5 826 477 \$

Le fonds de maintien des actifs informationnels s’établit à 1,3 M\$ par année. Depuis 2008, celui-ci sert à la modernisation des postes de travail et des serveurs des établissements. Par contre, en 2011, un montant de 600 000 \$ a été ponctionné dans ce fonds pour couvrir une partie des investissements effectués dans la région concernant la modernisation des PACS.

CIRCULATION DE L’INFORMATION CLINIQUE

Trois projets majeurs liés à la circulation de l’information clinique ont été mis en branle au cours des cinq dernières années : le déploiement du dossier clinique informatisé (DCI), la mise à jour des PACS-SIR et la gestion des identités. Un comité régional de coordination des chargés de projet ainsi qu’un comité directeur et de gouvernance pour chacun de ces projets ont été mis en place.

Le projet régional de dossier clinique informatisé (DCI) interopérable a substantiellement progressé notamment en regard de la mise en fonction des infrastructures technologiques du système informatique et de son expérimentation par le personnel médical des CSSS de Beauce et des Etchemins. Ce projet régional a permis de normaliser les résultats diagnostiques et bon nombre de formulaires médicaux numériques de façon à rendre accessible une information médicale de haut niveau de qualité au personnel soignant autorisé. Un cadre d’analyse des bénéfices est en cours de réalisation en collaboration avec l’Université de Montréal.

RESSOURCES HUMAINES

Préoccupée par la situation de la main-d'œuvre en santé et services sociaux, l'Agence, en collaboration avec les partenaires sectoriels et intersectoriels, a mené plusieurs actions afin de déployer des stratégies pour contrer les problèmes d'attraction et de rétention de personnels dans divers titres d'emplois considérés vulnérables. Une attention spéciale a aussi été apportée à certaines problématiques territoriales ou à certaines missions, pour lesquelles des difficultés particulières sont observées.

ÉVOLUTION DES INDICATEURS INSCRITS À L'ENTENTE DE GESTION

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,19	5,43	5,6	6,27	6	5,27	
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières		5,52	5,06	4,6	4,42	4,46	
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau				2,54	2,61	2,49	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières		0,58	0,76	0,66	0,81	0,54	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendance par les infirmières auxiliaires				0,41	0,24	0,18	
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires				0,25	0,33	0,21	
Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail					88,9	100	

GÉNÉRALITÉS

- Bien que les établissements privés conventionnés appliquent également les mesures de gestion de la présence au travail et apportent un suivi rigoureux des cibles fixées, les résultats présentés concernent seulement les établissements publics.
- Depuis 2008-2009, tous les établissements ont mis en place un plan d'action visant l'amélioration de la présence au travail et ont actualisé certaines mesures afin d'assurer une gestion « intégrée » de la présence au travail. En dépit de ces efforts, les deux dernières années ont été marquées par une hausse du taux d'assurance salaire. Pour certains établissements présentant un faible taux depuis quelques années, il sera difficile de maintenir cette performance. Cela s'explique notamment, par le vieillissement du personnel, l'augmentation notable du nombre d'absences de longue durée pour maladie grave et les plans de transformation déployés dans certains programmes-services. Par ailleurs, un accroissement des absences pour congés de maternité et parentaux est observé.
- La rareté de la main-d'œuvre et la difficulté de recruter ou retenir les effectifs dans certains établissements et territoires a affecté négativement les résultats relativement au recours au temps supplémentaire, à l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et a très certainement nuit à l'atteinte du ratio d'assurance-salaire. Des mesures particulières telles : le retour progressif au travail, la validation

des dossiers d'invalidité selon le guide des durées produit par le MSSS, l'évaluation par un médecin désigné et l'actualisation de mesures d'accommodement et de soutien à la réintégration ont été mises en place dès 2009. Par ailleurs, bien que certains établissements soient plus vulnérables, la majorité d'entre eux ont réussi à maintenir l'offre de service sans recourir à la main-d'œuvre indépendante, l'utilisation de cette ressource étant surtout concentrée dans le secteur de l'hébergement de longue durée.

- L'exercice visant la titularisation des postes à temps complet régulier pour les infirmières est quasi complété et a eu un impact favorable sur la rétention et l'attraction du personnel. Il faut cependant noter que les jeunes de la génération montante ne sont pas toujours enclins à accepter des postes à temps complet, souhaitant réserver davantage de temps pour d'autres sphères de leur vie. Cette nouvelle réalité commande des ajustements dans l'organisation du travail.

LE PERSONNEL DU RÉSEAU RÉGIONAL

Établissements publics						
	Personnel cadres (hors-cadre, cadres supérieurs et cadres intermédiaires)	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	Personnels paratechniques, services auxiliaires et de métiers	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	TOTAL
2007-2008	497	3721	3505	1380	2753	11856
2008-2009	432	3104	2866	1190	2569	10161
2009-2010	432	3309	3034	1356	2632	10763
2010-2011	450	3304	3048	1366	2728	10971
2011-2012	440	3347	3064	1333	2786	10970

Établissements privés conventionnés						
	Personnel cadres (hors-cadre, cadres supérieurs et cadres intermédiaires)	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	Personnels paratechniques, services auxiliaires et de métiers	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	TOTAL
2007-2008	51	177	454	33	42	757
2008-2009	42	146	376	34	47	645
2009-2010	13	145	383	33	32	606
2010-2011	11	154	371	29	35	600
2011-2012	11	134	333	28	30	536

Total régional (incluant établissements publics, privés conventionnés et l'Agence)						
	Personnel cadres (hors-cadre, cadres supérieurs et cadres intermédiaires)	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	Personnels paratechniques, services auxiliaires et de métiers	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	TOTAL
2007-2008	564	3898	3959	1520	2864	12805
2008-2009	485	3250	3242	1311	2683	10971
2009-2010	464	3454	3417	1476	2729	11540
2010-2011	479	3458	3419	1475	2823	11654
2011-2012	469	3481	3397	1442	2876	11665

Ce tableau révèle une diminution notable du nombre de gestionnaires dans le réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches, avec 95 cadres de moins en 2012 qu'en 2008. De manière générale, nous observons une diminution du nombre d'effectifs. Nous pouvons donc penser que les projets d'optimisation menés, notamment, en restructuration et réorganisation du travail de même que les démarches de révision des processus « Lean » ou autres, ont permis de faire face à l'augmentation de la demande de services avec un peu moins de personnel, et ce, sans affecter à la hausse les listes d'attente dans la plupart des secteurs.

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'OEUVRE

- Au chapitre de la planification de main-d'œuvre, la région s'est dotée d'un plan stratégique régional et intersectoriel 2008-2011 afin de relever le défi relié à la rareté, voire à la pénurie anticipée de main-d'œuvre. Neuf projets de réorganisation du travail ont été mis de l'avant dans la région, dont cinq en pharmacie et les autres dans les programmes-services Déficience physique et Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement. Ces initiatives ont permis d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et d'améliorer l'accès aux services.
- Un programme régional de relève des cadres intermédiaires élaboré en collaboration avec l'ÉNAP a été déployé et a favorisé le développement des compétences de près d'une centaine de gestionnaires jusqu'à maintenant. Six jours de formation développés par l'UQAR concernant la gestion du changement, l'approche Lean et la gestion de projet ont également été offerts à plus de 200 gestionnaires et professionnels de la région.
- Diverses stratégies locales ou régionales ont été réalisées afin de relever le défi de la main-d'œuvre. Ainsi, la mise en place de pratiques de gestion mobilisatrices pour devenir des employeurs de choix, la tenue de journées de travail portant sur l'organisation du travail, le soutien au déploiement de projets porteurs, l'application de la méthode « Toyota » dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'implication dans une entente spécifique régionale en immigration et la mise en place d'un programme de bourses d'études en soins infirmiers. L'implantation d'une gouverne régionale de coordination des stages en réadaptation et la mise en place d'une table intersectorielle regroupant des décideurs de tous les secteurs d'activité de la région et ayant permis de structurer des salons de l'emploi, ont aussi favorisé la mobilisation des principaux acteurs.
- Concernant l'amélioration des compétences des intervenants « terrain », certaines formations telles :
 - le programme AGIR offert aux préposés aux bénéficiaires afin que leurs interventions soient davantage cohérentes avec l'approche milieu de vie (soins de longue durée) et l'approche gériatrique (soins de courte durée) par le MSSS, lequel a injecté une somme de 586 976 \$ pour notre région, dont 435 916 \$ pour l'année 2008-2009;
 - la formation des infirmières-auxiliaires en vue de leur intégration dans des secteurs comme la chirurgie;
 - l'élaboration d'une formation adaptée sur les soins de plaies en mode E-learning en collaboration avec la région de la Capitale-Nationale, lequel constitue un projet d'optimisation et vise l'apprentissage à distance.

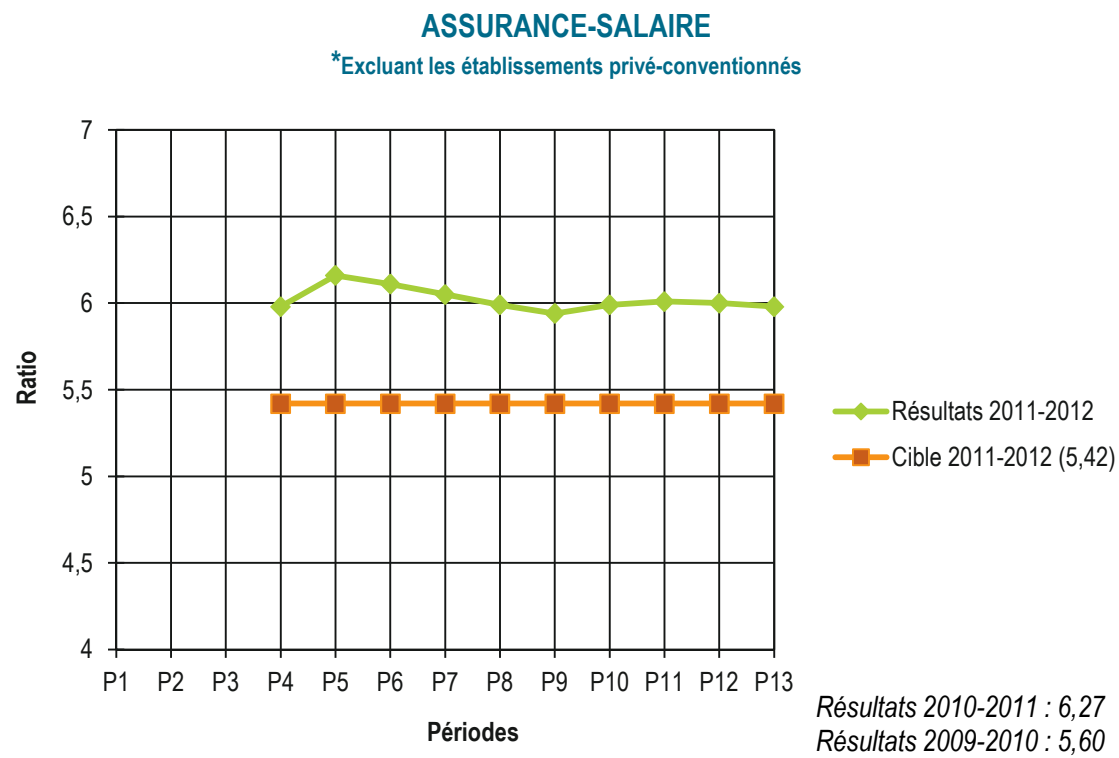
MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

- Les données suivantes indiquent une augmentation de 39 149 heures de main-d'œuvre indépendante dans la région. Cette situation s'explique en partie par la difficulté de certains établissements de recruter du personnel régulier dans quelques secteurs d'activité, notamment en hébergement de longue durée, et à attirer du personnel dans certains territoires.
- Il faut cependant préciser que quelques établissements seulement se sont tournés vers ce type de ressources pour maintenir les services à la population. Diverses stratégies visant la réduction, voire l'élimination de cette modalité sont en cours de déploiement dans la région.

Année financière	\$	Heures
2007-2008	3 156 963 \$	104 665
2008-2009	3 964 628 \$	130 165
2009-2010	4 639 983 \$	150 894
2010-2011	4 569 914 \$	145 167
2011-2012	4 835 504 \$	143 814

Sources : Fichier As_471, MSSS incluant les privés-conventionnés

- Le tableau ci-après démontre que la cible fixée n'est pas atteinte au 31 mars 2012, bien que la situation soit en voie d'amélioration.
- Par ailleurs, tel qu'il est expliqué précédemment, plusieurs motifs (vieillessement du personnel, augmentation des absences longue durée, etc.) contribuent à ces résultats et diverses mesures structurantes sont déployées pour améliorer la situation.



RESSOURCES MÉDICALES

MÉDECINS EN OMNIPRATIQUE

- Chaque année, en collaboration avec le Département régionale de médecine générale (DRMG), l'Agence procède à la répartition des effectifs médicaux qui lui ont été attribués par le MSSS. Pour ce faire, un certain nombre de critères et exigences sont établis (pratique en CHSLD, prise en charge, urgence hospitalière, etc.), afin de favoriser une couverture optimale des services médicaux dans tous les territoires et secteurs d'activité plus vulnérables. Ainsi, les médecins omnipraticiens désirant pratiquer en Chaudière-Appalaches doivent accepter de remplir ces obligations avant qu'un poste ne leur soit confirmé.
- Malgré une évolution favorable du Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en omnipratique, avec un ajout de 52 nouveaux postes depuis 2007, les besoins sont grands et les départs à la retraite, de même que la vulnérabilité aux congés de maternité et parentaux, font en sorte que la région se retrouve en déficit de ressources. Dans le cadre du PREM 2012, l'écart observé et considéré pour l'ajout net entre le nombre d'équivalent temps plein (ETP) en place corrigé et les besoins normalisés correspond à - 46 (- 10,4 % des besoins normalisés). Au Québec, l'écart observé et considéré par l'ajout net correspond à - 1,129 soit - 12,8 %.²⁶
- Diverses stratégies ont été mises en place pour tenter de diminuer l'impact de ce manque de médecins, notamment, l'ajout d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSSPL), l'intégration de personnel en soins infirmiers en soutien aux médecins et le déploiement de nouveaux GMF. Le plan de déploiement 2011-2016 proposé par le MSSS prévoit l'ajout de 17 postes, 6 postes seront comblés actuellement, 4 nouveaux postes seront comblés au cours de l'année 2012-2013. Certaines autres mesures structurantes sont prévues pour les prochaines années (implantation de clinique réseau, projet pilote visant l'intégration d'infirmières-auxiliaires en GMF, implication accrue des pharmaciens dans certains programmes, ajout d'autres types de professionnels (nutrition, travail social) ce qui devrait permettre d'améliorer la situation.

MÉDECINS EN SPÉCIALITÉS

- Afin de mieux encadrer l'exercice de détermination des besoins au regard des postes requis en spécialités, et ce, particulièrement dans le contexte du plan quinquennal, l'Agence a utilisé l'approche des portfolios telle qu'elle a été recommandée par le MSSS. Cette approche incorpore les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des soins et services et précise les missions et mandats d'un établissement selon les paliers local, régional et suprarégional.
- Cette détermination des besoins permet d'élaborer un panier de services qui tient compte de l'offre de service, des corridors de services pour ceux ne pouvant être offerts localement ou régionalement, de la désignation des pointes d'expertise ainsi que des développements autorisés et à prévoir.
- Entre 2007 et 2012, la région s'est vue confirmer 50 nouveaux postes de spécialistes, ce qui contribue grandement à améliorer la desserte et l'autonomie régionale.

PREM	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Variation 2007-2008 et 2011-2012
Omnipraticiens	374	368	381	411	426	52
Spécialistes	244	300	277	289	294	50

²⁶ Comité de gestion des effectifs médicaux (COGEM) MSSS-FMOQ en médecine familiale

PROJETS D'OPTIMISATION

PROJETS D’OPTIMISATION

PROJETS MINISTÉRIELS

La plupart des projets d’optimisation ministériels ciblés sont en démarrage ou en phase d’analyse. Tous les établissements ont identifié des zones d’optimisation, lesquelles s’actualisent au plan local. Par ailleurs, la quasi-totalité des établissements ont procédé à des démarches de révision des processus cliniques ou administratifs (type LEAN) en cours d’année, permettant ainsi d’optimiser et d’améliorer leur performance dans les secteurs visés. Afin de soutenir ces démarches d’optimisation, une formation de 6 jours axée sur « gestion du changement, gestion de projet et LEAN » a été offerte à plus de 220 intervenants et gestionnaires des établissements du réseau régional par l’Université du Québec à Rimouski.

Au cours de l’année 2010-2011, l’Agence, en collaboration avec les directeurs généraux des établissements, a amorcé les travaux visant à assurer la planification, l’organisation, le suivi, le contrôle et la reddition de trois projets spécifiques d’optimisation. Ainsi, une étude de pertinence et de faisabilité est en cours afin d’évaluer les possibilités et les avantages de la mise en commun des services :

- 1. en biologie médicale,
- 2. en gestion de l’approvisionnement,
- 3. pour les services de paie et autres activités reliées à la gestion des ressources humaines.

ÉTAT D’AVANCEMENT AU 31 MARS 2012	
La téléphonie IP	
Élaborer le plan d'affaires.	Réalisation d'un portrait sommaire de la situation sur la base des données reçues des établissements. Le plan de regroupement régional a été déposé au MSSS. En attente de l'approbation du MSSS.
La téléphonie cellulaire	
Assurer la mise en œuvre de la politique-cadre, établir les besoins de la région.	Établissements invités à acquérir leur matériel avec le contrat provincial signé par la corporation d'achat de l'Estrie.
La visioconférence	
Coordonner la migration régionale.	En attente des orientations du MSSS.
Le courrier électronique	
S'associer au projet national au fur et à mesure du déploiement et assumer la gestion du projet régional.	En attente des directives du MSSS afin de faciliter la migration des boîtes de courrier électronique en fournissant les adresses de courrier électronique au fournisseur retenu.
La gestion du parc des postes de travail	
Élaborer le plan triennal, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	L'Agence et les établissements procèdent au renouvellement du parc en fonction du budget de maintien des actifs dans le respect des orientations du MSSS soit 60 % de client léger. Le plan triennal a été déposé au MSSS et prévoit que l'objectif sera réalisé au cours de l'exercice financier 2012-2013.
Le regroupement des centres de traitement de données	
Élaborer le plan régional de regroupement, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	Le regroupement régional des centres de traitement s'actualisera sur trois années. Le Centre de traitement régional a été mis en service à l'automne 2011. Une centaine de serveurs locaux ont déjà été transférés depuis lors. Les 300 (trois cents) serveurs restants des établissements seront progressivement transférés à raison d'une centaine de serveurs par année, à compter de l'année financière 2012-2013 jusqu'à la fin de l'année financière 2014-2015. Par ailleurs, la mise en service d'un centre de relève régional est prévue en cours d'exercice 2013-2014.
Les services info-santé 811	
Collaborer à la transformation. Présenter le plan de gestion des RH selon les orientations retenues par le MSSS.	Réalisé pour le volet « optimisation des coûts/appel »
L'énergie	
Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action du MSSS. Mobiliser les établissements par l'analyse d'opportunité des projets locaux.	Un projet de biomasse au CSSS de Montmagny-L'Islet est en cours de réalisation. L'analyse de l'autofinancement démontre que ce projet s'autofinancerait sur une période de 83 mois. Au terme de cette période, il se dégagerait des économies récurrentes de l'ordre de 200 000 \$ en dollars 2010-2011. Le MSSS a émis une autorisation d'emprunt temporaire. Un deuxième projet de Biomasse est en analyse au CSSS des Etchemins.
L'approvisionnement en commun	
Augmenter les négociations de groupe. Regrouper les achats en ciblant un pourcentage de fournitures achetées via les corporations d'achat.	Les corporations d'achat ont activé le projet de fusion accepté par l'équipe ministérielle. Une cible visant l'augmentation des achats en commun a été fixée et transmise aux établissements.

PROJETS RÉGIONAUX ET SUPRARÉGIONAUX

ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012	
La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)	
Soutenir une démarche d'amélioration de la performance et de la productivité en soutien à domicile.	Formation d'un comité régional dont le mandat est de soutenir les CSSS dans l'atteinte de l'objectif ministériel d'accroître de 10 % d'ici 2015 le nombre d'heures en soutien à domicile longue durée toutes clientèles. Un plan d'optimisation a été déposé au MSSS en novembre 2011. Une gestionnaire de projet a été recrutée par l'ASSS pour appuyer la mise en œuvre du plan d'action. Des rencontres régionales ont eu lieu depuis l'automne et une tournée des CSSS est en cours par la chargée de projet. L'ASSS collabore également avec le MSSS à la mise en place d'outils de mise en commun des travaux au niveau national.
La réduction de la main d'œuvre indépendante	
Évaluer l'opportunité de mettre en place une équipe régionale.	1. Mise en œuvre de stratégies sur l'organisation du travail : notamment, projet ciblé au CSSS Alphonse-Desjardins concernant les préposés aux bénéficiaires (PAB) en collaboration avec le réseau de l'éducation et de l'emploi. Le projet pilote devrait être transférable aux autres établissements. 2. Un comité de travail éducation santé a été constitué pour assurer la mise en place d'un code de déontologie. 3. Un plan d'action global concernant l'immigration est en cours (promotion de la profession, accueil, intégration et promotion de la région 12 sont des incontournables du projet). 3. Projet CSSS Montmagny-L'Islet en collaboration avec le réseau de l'éducation pour les PAB (projet alternance travail-études).
La réduction du temps supplémentaire	
	Tous les établissements concernés sont à mettre en place des actions et mesures concrètes pour contrer la problématique.
La gestion de la présence au travail	
Réaliser une analyse d'opportunité pour la mise en place d'un bureau de santé régional pour les problématiques en santé mentale et musculo-squelettique.	Mise en place d'un projet régional « Bureau de santé » devant permettre d'optimiser et d'assurer une gestion proactive de la présence au travail du personnel. Phase 1 à venir 2012-2013 (diagnostic régional).
La rationalisation et la mise en commun de processus administratif	
Réaliser des études de faisabilité ou des analyses de pertinence, selon les cas, afin d'évaluer les possibilités de mise en commun ou de regroupement régional ou interrégional, pour les secteurs d'activité suivants : • Expertise en immobilisation • Gestion et logistique des approvisionnements • Centres de documentation • Services de paie et fonctions liées à la gestion des ressources humaines • Infocentre • Buanderie • Activités de communication	La mise en œuvre de cette orientation s'inscrit dans le cadre de la réalisation de l'ensemble des projets d'optimisation.

PROGRAMMES-SERVICES : PRINCIPALES RÉALISATIONS

SANTÉ PUBLIQUE

En 2002, le Ministère s’est doté d’un *Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012* fondé sur les fonctions essentielles de santé publique soient la promotion, la prévention, la protection et la surveillance de l’état de santé et de bien-être de la population. Mis à jour en 2008, le PNSP présente l’offre de service en santé publique selon les six volets suivants : le développement, l’adaptation et l’intégration sociale; les habitudes de vie et les maladies chroniques; les traumatismes non intentionnels; les maladies infectieuses; la santé environnementale; la santé au travail.

Les différents services ou activités de ce programme sont développés et produits principalement en première ligne par les CSSS, certains sont offerts en deuxième ligne et produits par les directions de santé publique (DSP) des agences et enfin, d’autres s’apparentent à des services de troisième ligne et sont livrés par l’INSPQ et la Direction générale de santé publique au MSSS.

Au-delà des services fournis directement à la population, les intervenants de santé publique (CSSS et DSP) favorisent la réalisation d’actions de nature préventive :

- par les intervenants des autres programmes-services via la mobilisation et le soutien à l’implantation des pratiques cliniques préventives (PCP);
- par les acteurs des autres secteurs de la société via le soutien à l’action intersectorielle;
- par les acteurs locaux et la population elle-même via le soutien au développement des communautés.

ÉVOLUTION DES INDICATEURS INSCRITS À L’ENTENTE DE GESTION

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE			66,2	106,1	100	80	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence ²⁷			0,3	0,28	0,28	↑	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence ⁴⁵			0,89	0,88	0,86	↑	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence ⁴⁵			0,2	0,21	0,19	↑	
Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence ⁴⁵			0,1	0,13	0,15	↑	

²⁷ Il n’y a pas de cibles mais il faut considérer les standards du programme
Document d’appui à l’audition
Commission parlementaire de la santé et des services sociaux de l’Assemblée nationale du Québec

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	35,3	54	45,5	58,4	56,4	↑	☹️
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	48,9	55,6	54,5	66,2	85,2	85	😊
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	31,7	36,4	36,3	45,4	64,4	85	☹️
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais					64,4	85	☹️
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	100	100	100	100	100	100	😊
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	77,78	90	100	70	80	100	☹️
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHU-IU-CAU	100	100	100	100	0 ²⁸	100	😊
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHPSY		100	100	100	100	NA ²⁸	
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CRDP		100	100	100	100	100	😊
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel			50	50	100	100	😊
Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales			100	100	100	100	😊

²⁸ Aurait dû être 100 car les lits de soins en psychiatrie ont été intégrés avec la mission globale (les sont services rendus).

DÉVELOPPEMENT, ADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE

Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)

- Le principal service mis en œuvre dans ce domaine est le programme SIPPE. Les critères d'inclusion dans ce programme sont les suivants :
 - ne pas avoir obtenu de diplôme de cinquième secondaire et vivre sous le seuil de faible revenu;
 - être une mère de moins de 20 ans (sans tenir compte d'aucun critère de revenu).
- Au cours des dernières années, l'Agence a investi les budgets nécessaires pour assurer le suivi de ces clientèles vulnérables jusqu'à leur entrée à l'école. En général, la cible de 80 % de femmes enceintes prises en charge annuellement est atteinte. Par contre, il est moins certain que les parents et ces enfants pris en charge à leur naissance bénéficient de l'intensité de services attendue pour les amener jusqu'à leur entrée à l'école.
- Pour les prochaines années, le défi sera de s'assurer de la complémentarité des services entre le programme SIPPE et le programme actuellement en cours d'implantation pour contrer la négligence envers les enfants.

La problématique du suicide

- Dans le contexte des travaux d'actualisation du Plan d'action global de prévention du suicide en Chaudière-Appalaches 2001-2004, des actions dans tout le continuum de services ont été planifiées et réalisées afin de réduire le nombre de suicides, particulièrement chez les hommes âgés de 20 et 49 ans.
- Dans la foulée de ces actions, le premier rapport du directeur de santé publique sur l'état de santé de la population de la région énonçait des recommandations conduisant à la mise en place de plusieurs mesures structurantes : consolidation des services d'écoute téléphonique et de crise, implantation d'un mécanisme de liaison structuré entre les partenaires de première ligne, formation de sentinelles, suivi intensif et systématique des personnes suicidaires, etc.
- Une série de recommandations découlant de ce rapport ont été adressées aux intervenants des différents programmes-services alors que les CSSS et leurs partenaires des RLS ont été appelés à produire des plans d'action spécifiques. Ainsi, différentes activités ont été réalisées dont :
 - la journée régionale annuelle sur la problématique du suicide regroupant les intervenants du réseau et les principaux partenaires intersectoriels;
 - la mise en œuvre d'un plan de communication;
 - la poursuite de l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide par les CSSS;
 - l'activité de sensibilisation de la population à l'utilisation sécuritaire des armes à feu;
 - l'invitation des citoyens à signer une déclaration de solidarité dans leur communauté et à suivre l'évolution du défi *Ajouter ma voix en Chaudière-Appalaches*.
- L'objectif de réduire le taux de suicide dans la région demeurera une priorité dans l'exercice de planification stratégique 2015-2020.

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

Le programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

- Premier vrai programme de dépistage populationnel au Québec, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est bien implanté dans la région; le taux de participation très enviable demeure l'un des meilleurs de la province.
- Tout comme ailleurs au Québec, l'objectif vise à intensifier notamment par les actions suivantes :
 - diversifier les stratégies de promotion en optant pour des moyens reconnus plus efficaces et en axant davantage sur l'information à la femme pour un choix éclairé;

- accroître les efforts de promotion auprès des femmes en début de cinquantaine : au moins 1 femme sur 10 tarde à participer à une première mammographie après 55 ans;
- améliorer l'expérience vécue par les femmes : environ 1 femme sur 4 ne revient pas après sa première mammographie de dépistage;
- évaluer chaque étape du processus selon la perspective des femmes de manière à favoriser leur persévérance dans le programme;
- développer la complémentarité entre les actions locales, régionales et provinciales.

Les saines habitudes de vie

- Le PNSP identifie certaines actions visant l'amélioration des habitudes de vie telles la saine alimentation, le non tabagisme et la pratique de l'activité physique. Au cours des dernières années, la DSP et les établissements ont convenu de la pertinence de créer des postes d'agents de promotion de saines habitudes de vie dans les CSSS dont le mandat principal est de susciter le développement d'environnements favorables à l'amélioration des habitudes de vie des citoyens, avec l'application du programme *0-5-30 combinaison prévention*.
- En 2010, le second rapport du directeur régional de santé publique énonçait un certain nombre de recommandations visant la réduction des cancers, particulièrement par la promotion des saines habitudes de vie non seulement en amont mais tout au long du continuum de services aux personnes atteintes de cancer.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Les traumatismes routiers

- Pendant plusieurs années, Chaudière-Appalaches a été l'une des pires régions en matière de décès survenus sur la route et particulièrement affectée par les accidents impliquant des conducteurs en état d'ébriété.
- Grâce à l'action concertée des partenaires concernés par la problématique et interpellés par la DSP, la situation s'est passablement améliorée à la fin des années 90, particulièrement dans le secteur de la Beauce; depuis le début des années 2000, il semble cependant y avoir une certaine stagnation.
- Les efforts doivent être poursuivis pour arriver à améliorer davantage la situation avec la collaboration de tous les partenaires intersectoriels concernés.

Les chutes chez les personnes âgées

- L'évaluation de l'implantation du programme de prévention des chutes réalisée en 2009 a révélé une implantation limitée de ce programme dans la région. Devant ce constat, deux projets pilotes ont été mis en branle, respectivement aux CSSS de Beauce et des Etchemins.
- En suivi des constats positifs issus de ces projets pilotes, le processus d'implantation du programme d'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) a été amorcé aux CSSS Alphonse-Desjardins, de Montmagny-L'Islet et de la région de Thetford.

MALADIES INFECTIEUSES

L'immunisation

- La vaccination contre l'Influenza annuelle a perdu du terrain après la campagne de vaccination massive contre le virus AH1N1. La situation s'est améliorée progressivement depuis mais il reste encore beaucoup de chemin à faire pour atteindre les taux de couverture vaccinale protecteurs, particulièrement chez le personnel soignant.
- L'opération de rattrapage en milieu scolaire commandée par le MSSS pour contrer l'éclosion de rougeole avait pour objectif d'obtenir une couverture vaccinale totale du vaccin Rougeole, Rubéole et Oreillons (RRO) de 95 % et visait les élèves et les membres du personnel scolaire non adéquatement vaccinés. En Chaudière-Appalaches, cette opération, débutée en novembre 2011, a permis d'atteindre une couverture vaccinale contre la rougeole de 92,9 %, comparativement à 79,1 % pour l'ensemble du Québec.

- Afin de respecter le délai de 2 semaines sur la cédule normale pour l'administration des premières doses de vaccin chez les enfants, plusieurs actions ont été mises en place notamment, l'amélioration de l'accès et la promotion auprès des parents. Des ratios de 75 % sont visés d'ici 2015. La cible nationale 2015 étant établie à 85 %, certains établissements devront mettre en place des mesures telles la relance téléphonique, l'accessibilité rapide aux rendez-vous, des plages horaires spécifiques pour les parents qui travaillent et accélération de l'actualisation du calendrier pour les enfants qui ont des retards dans leur vaccination.

Les enquêtes sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO)

- La DSP reçoit chaque année des centaines de déclarations de maladies et d'éclotions de nature infectieuse par son service de garde professionnelle de jour (médecins et infirmières), et son service de garde médicale en dehors des heures ouvrables. La réalisation de ces enquêtes contribue à identifier l'origine de la contamination, à bien circonscrire l'éclotion et à recommander les mesures de protection nécessaires pour en limiter la propagation.

Accès à du matériel d'injection sécuritaire

- L'augmentation du nombre de pharmacies participant au programme d'accès au matériel d'injection stérile a permis d'assurer une plus grande accessibilité au matériel d'injection. La région compte 46 centres d'accès à du matériel d'injection dont quinze en CLSC, cinq en centres hospitaliers et 26 en pharmacies communautaires, ce qui représente une augmentation de 290 % du nombre de seringues mises en circulation par rapport à 2007. L'accès à ce matériel sécuritaire devrait contribuer à une meilleure protection lors d'exposition aux virus de l'hépatite B et C ainsi qu'au virus de l'immunodéficience acquise humaine.

Les infections nosocomiales

- Largement sous la moyenne provinciale au début, les taux d'incidence des infections nosocomiales se sont progressivement rapprochés de la moyenne provinciale et se trouvent parfois au-dessus sur une base régulière.
- Bien que les ratios recommandés d'infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales soient respectés pour l'ensemble de nos établissements, certaines difficultés dans le déploiement de l'ensemble des lignes directrices en hygiène et salubrité sont constatées, et ce, pour la plupart des établissements et dans tous les secteurs confondus.
- Un plan d'action régional en prévention et contrôle des infections nosocomiales 2011-2015 a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence. Afin de maintenir les taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis dans le plan stratégique 2010-2015 du MSSS et à l'Entente de gestion et d'imputabilité, des outils de surveillance ont été développés, permettant d'assurer le suivi, à chaque période et pour chaque établissement, des taux d'incidence pour les diarrhées associées au *Clostridium difficile*. Un tableau dressant le bilan des diverses éclotions à l'échelle régionale permet également de suivre la situation et d'avoir un portrait en temps réel. Enfin, un plan de formation annuel a été élaboré pour les intervenants en prévention et en contrôle des infections de chaque établissement.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Les urgences environnementales

- Les services de santé publique en environnement sont fournis presque exclusivement par les professionnels de la DSP de l'Agence. Le système de garde médicale en dehors des heures ouvrables permet de répondre aux demandes des partenaires lors de situations d'urgence environnementale présentant un risque à la santé humaine (inondation, déversement, explosion, etc.); chaque année on peut répertorier une vingtaine d'événements de cette nature.

Les avis sur les impacts à la santé

- La DSP assure, au nom de la Direction générale de santé publique (DGSP) du MSSS, la réponse aux demandes d'avis provenant des promoteurs de projets industriels récréotouristique ou de développement économique, afin d'évaluer leurs impacts sur la santé et recommander des mesures concrètes pour les minimiser comme par exemples : prolongement d'autoroute, route 112, etc.).
- Avec le support de l'INSPQ, la DSP a produit un avis sur les risques à la santé pour la population de la ville de Thetford-Mines en rapport avec la présence de fibres d'amiante dans l'air ambiant de cette municipalité.

SANTÉ AU TRAVAIL

Les urgences en milieu de travail

- Le système de garde médicale en santé environnementale de la DSP permet de répondre aussi aux situations urgentes présentant une menace à la santé des travailleurs en dehors des heures ouvrables; une dizaine d'événements de cette nature surviennent en moyenne chaque année. Sur les heures ouvrables usuelles, l'équipe de santé au travail prend la relève et assure la prise en charge et le suivi des cas.

Les enquêtes sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO)

- Effectuées par l'équipe santé au travail de la DSP, ces enquêtes portent surtout sur des situations d'intoxication de travailleurs au monoxyde de carbone ainsi que de travailleurs ayant développé des maladies comme l'amiantose, le cancer du poumon et le mésothéliome de la plèvre à la suite de l'exposition aux fibres d'amiante. Ces enquêtes visent à déterminer si le risque est encore présent et, le cas échéant, à recommander les mesures nécessaires pour l'éliminer ou le réduire au minimum.

Les lésions professionnelles

- Les travailleurs de la région sont davantage atteints de lésions professionnelles que dans la majorité des autres régions. Les interventions du réseau de santé publique en santé au travail, dans les établissements où les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont particulièrement présents, ont été priorisées avec la direction régionale de la CSST. De plus, tous les programmes de santé en établissement apprécient systématiquement la présence des facteurs de risque de TMS dans le milieu de travail.

Un modèle organisationnel novateur

- Au cours des dernières années, l'Agence a réalisé une démarche d'optimisation des services de santé publique en santé au travail en confiant la responsabilité d'offrir les services préventifs en établissements (milieux de travail) à un seul CSSS tout en conservant une offre de service déconcentrée en quatre points de services. La dernière étape de cette réorganisation est en voie d'être complétée par le transfert des ressources de santé au travail de la DSP dans ce CSSS, qui en deviendra le fiduciaire.

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

- Les activités liées au domaine des habitudes de vie et les maladies chroniques auprès des groupes de médecine de famille sont en cours d'implantation depuis deux ans. Un plan d'action pour l'implantation du programme 0.5.30 – Combinaison prévention dans tous les territoires de CSSS (saines habitudes de vie et maladies chroniques) a été déployé.
- Une infirmière a été embauchée par l'Agence pour soutenir l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des clientèles présentant des maladies chroniques (maladie pulmonaire chronique, insuffisance cardiaque, soins de plaies complexe, diabète). Cette mesure vise à consolider la structure de gestion de cas dans chaque établissement, à assurer la continuité des services et à soutenir les CSSS dans l'animation des RLS, notamment avec les cliniques médicales et GMF.
- Que ce soit par le déploiement du site internet 0.5.30 sur le site de l'Agence et le site provincial 0.5.30 ou par l'ordonnance collective pour la thérapie de remplacement de la nicotine, des activités contribuant à promouvoir et à soutenir les pratiques cliniques permettant d'améliorer les saines habitudes de vie de la population ont été déployés.

ACTIONS INTERSECTORIELLES

- L'action sur les grands déterminants de la santé, pour être efficace, passe forcément par l'implication des autres secteurs de la société (éducation, municipalités, environnement, transport, développement économique, famille, etc.)
- En plus des services fournis directement auprès de la population, les intervenants du programme-service Santé publique, tant locaux que régionaux, interpellent et soutiennent les intervenants des autres secteurs de la société à œuvrer pour la création ou le maintien d'environnements favorables à la santé.

L'approche École en santé

- Venant à échéance, l'*Entente de partenariat 2005-2010 concernant le déploiement de l'Approche École en santé* (AEeS) a fait l'objet d'une évaluation auprès des acteurs et partenaires. Cet exercice visait à réfléchir aux orientations à retenir pour favoriser l'actualisation de l'AEeS dans la région en intégrant une redéfinition des rôles et responsabilités des partenaires et un meilleur arrimage avec les différentes mesures ministérielles proposées (politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, violence, sexualité, stratégie d'intervention agir autrement).
- La production de cette étude a favorisé la signature d'une nouvelle *Entente régionale de partenariat concernant la coordination des interventions en promotion/prévention en contexte scolaire 2011-2016*, laquelle vise à favoriser la mise en place des meilleures pratiques de promotion/prévention en contexte scolaire issues de recommandations d'experts des domaines de l'éducation et de la santé.

La sécurité alimentaire

- Un comité intersectoriel régional a été mis sur pied pour faire le point sur la question de la sécurité alimentaire dans la région : l'ampleur du phénomène, les types d'interventions offerts (cuisines collectives, groupes d'achat, jardins communautaires, dépannage alimentaire d'urgence) ou à bonifier pour aider les personnes qui vivent de l'insécurité alimentaire et travailler en amont afin que les personnes et les familles ne se retrouvent pas dans cette situation.
- Le comité régional sur la sécurité alimentaire a travaillé plus spécifiquement sur le développement d'une vision commune de la sécurité alimentaire ainsi que sur la mise à jour d'un portrait des interventions en sécurité alimentaire.

Les saines habitudes de vie

- Le projet « *Appuyer pour agir* » de la Table régionale de concertation sur les saines habitudes de vie poursuit ses actions d'accompagnement et de support auprès de quinze municipalités en vue de favoriser l'intégration d'une politique municipale familiale.
- Ce projet s'arrime avec l'une des priorités du directeur de santé publique sur le cancer concernant la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie. Des formations ont été données aux milieux scolaires sur l'aménagement de cours d'école pour favoriser le jeu comme outil d'apprentissage des jeunes.

DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

- Par leur soutien au développement des communautés, les intervenants de santé publique, tant de première que de deuxième ligne renforcent la capacité de chaque milieu à se prendre en mains pour évoluer vers un développement global, sain et durable.
- Afin de soutenir les intervenants et les milieux, la DSP, avec la collaboration des CSSS a réalisé une démarche de caractérisation des communautés. Ce portrait présente la région sous l'angle de 200 communautés ou milieux de vie distincts en fonction des variables socioéconomiques et sanitaires et vise à permettre aux divers intervenants d'ajuster l'offre de services en fonction des caractéristiques spécifiques et des potentialités de développement et prise en charge des dites communautés.
- Récemment, l'utilisation des résultats de ce portrait a permis aux CSSS de démarrer des projets en développement des communautés mieux adaptés aux besoins des différents milieux; d'autres projets verront également le jour au cours des prochaines années.

SERVICES GÉNÉRAUX

Ce programme-services regroupe des services généraux et des activités cliniques et d'aide répondant à l'ensemble des besoins individuels des personnes vivant une situation particulière momentanée ou présentant des problèmes ponctuels ou de nature aiguë et réversible. Afin d'améliorer les délais d'intervention, des déviations de corridors vers l'institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec ont été convenues pour la clientèle résidant dans un périmètre inférieur à soixante minutes de transport.

ÉVOLUTION DES INDICATEURS INSCRITS À L'ENTENTE DE GESTION

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	4347	5001	5726	5570	6729	↑	😊
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	2,84	3,11	3,07	3,08	3,36	↑	😊
Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de 4 minutes ou moins				89,1	93,6	90	😊

SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

- Le nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux a été en constante évolution au cours des cinq dernières années. Concernant la moyenne d'intervention, la cible fixée n'est pas atteinte car la région mise sur une approche d'intervention brève qui favorise l'orientation rapide vers les services spécifiques lorsque requis. Les changements de pratiques cliniques appuyés sur les meilleures pratiques dans certains établissements, telles l'amorce de l'intervention dès l'accueil et les interventions de groupe ne sont pas comptabilisées dans le nombre d'interventions que reçoivent les usagers ce qui a aussi pour effet de réduire le nombre moyen d'interventions par usager. Par ailleurs, aucune liste d'attente n'existe dans ce secteur.
- Dans la région, le service de consultation téléphonique est offert par les intervenants de l'équipe Urgence-Détresse, localisée à la centrale Info-Santé. Il s'agit d'une réponse téléphonique davantage axée sur la réponse en « situation de crise ».
- Cinq infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne se sont installées dans quatre des cinq territoires de la région.

LIGNE INFO-SANTÉ

Des efforts ont été déployés au cours des années pour consolider la centrale Info-Santé, maintenir un haut niveau de performance et ainsi répondre aux attentes ministérielles. Dans la région, les résultats sont performants. En 2011-2012, le délai moyen de réponse se situait en à 3 secondes et 5 secondes, ce qui est en deçà de la cible provinciale de 4 minutes.

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

- En 2006-2007, un projet de démonstration d'une durée de quatre ans, soit l'implantation d'une unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) au CHAU-HDL, laquelle fournit

des services de consultation par télémétrie lors de transport par ambulance, a été autorisé par le MSSS. Ce projet novateur fait l'objet d'un projet de recherche et d'évaluation par une équipe de chercheur de l'Université Laval.

- Pour compléter la structure d'expérimentation, une technologie de pointe a été installée dans tous les véhicules ambulanciers et l'ensemble des techniciens ambulanciers ont été formés. Déjà actualisé en Scandinavie et en Pennsylvanie, le projet de télémétrie mis en œuvre en Chaudière-Appalaches constitue la troisième expérience du genre à l'échelle mondiale. Mis en opération progressivement depuis mai 2006, ce projet expérimental est fonctionnellement rattaché aux services préhospitaliers d'urgence. Il vise à optimiser le temps de transport ambulancier d'un patient aux prises avec des douleurs à la poitrine ou des troubles respiratoires s'apparentant à une situation d'infarctus et réduire la morbidité et la mortalité. Des déviations de corridors vers l'Hôpital Laval et le centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) ont été convenues pour la clientèle résidant dans un périmètre inférieur à soixante minutes de transport.
- Disponible dans l'ensemble de la région, 24 heures par jour et sept jours par semaine, ce service de soutien médical à distance a été utilisé par les techniciens ambulanciers à plus de 25 000 reprises et a permis la transmission d'au moins 125 000 électrocardiogrammes par télémétrie depuis sa mise en place. L'UCCSPU a défini des corridors de services spécialisés de troisième ligne en cardiologie, en neurologie et en médecine hyperbare. Une équipe de recherche a confirmé la pertinence, l'efficacité et les effets positifs découlant de l'utilisation de ce mode d'organisation de services. En mars 2011, la confirmation de budgets récurrents pour le plateau clinique et le volet technique de la Télémétrie a assuré la pérennité de l'UCCSPU. Le modèle sera progressivement déployé dans d'autres régions de l'Est du Québec et permettra d'ajouter certains secteurs d'expertise dont les accidents vasculo-cérébraux.
- En juillet 2008, pour la 3^e fois consécutive, l'« International Academies of Emergency Dispatch (IAED) » réaccréditait le Centre de communication santé comme centre d'excellence, ce qui représente une première au Canada.
- Depuis le 1^{er} mars 2009, la zone de Lévis compte un véhicule ambulancier additionnel ajoutant ainsi 16 heures de services par jour. Par ailleurs, les 300 techniciens ambulanciers/paramédics de Chaudière-Appalaches ont reçu une formation de huit heures en traumatologie et une formation de huit heures en prévention des agressions.

PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PALV)

Le programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) regroupe les services destinés aux personnes qui sont en perte d'autonomie et à leurs proches. Cette perte d'autonomie peut, notamment, être due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la nature du problème : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs ou maladies chroniques. La finalité du programme n'est pas nécessairement de guérir, mais de compenser la détérioration des conditions de santé, de miser sur le potentiel résiduel et d'assurer la sécurité des personnes dans leur milieu de vie, qu'il soit naturel ou substitut.

ÉVOLUTION DES INDICATEURS INSCRITS À L'ENTENTE DE GESTION

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Nombre moyen d'heures travaillées par année par jour présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,108	3,296	3,328	3,313	3,307	3,0	
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,23	0,238	0,247	0,254	0,263	0,23	
Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS-mission CLSC)		237805	259998	256027	299641	311172	
Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS – mission CLSC)		10567	11001	10879	11902		

GÉNÉRALITÉS

- En Chaudière-Appalaches, le programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement » accuse une « pauvreté relative » de 7 225 336 \$ en 2011-2012 et de 10 624 492 \$ en 2012-2013 comparativement à l'ensemble du Québec. (voir section Finances).
- Malgré cette réalité, nous observons une augmentation constante de l'offre de service à la population âgée tant en soutien à domicile qu'en hébergement institutionnel.

SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

- 16% des personnes âgées de 65 ans et plus ont été rejointes (moyenne provinciale : environ 15 %).
- La cible de 263 898 heures de services de soutien à domicile établie par le MSSS a été dépassée de plus de 10 %.
- L'amélioration du repérage des clientèles, l'actualisation de plans de services individualisés (PSI) et de plans d'interventions interdisciplinaires (PII) et l'intensification des services a favorisé le maintien dans leur milieu de vie de personnes présentant un requis de services de plus en plus important.
- Depuis 2010-2011, la région travaille activement à l'optimisation des services rendus aux usagers et à l'actualisation de « réseaux de services intégrés » afin d'améliorer les mécanismes de coordination (ententes formelles entre les partenaires des RLS, notamment avec les médecins), d'implanter la « gestion de cas », de consolider la réalisation des PII et PSI et d'améliorer la circulation de l'information clinique via notamment, le projet DCI et la solution informatique RSIPA.

- En 2011-2012, à la suite de la répartition du montant de 8,4 M\$ accordé à la région, chaque CSSS a produit un plan d'action identifiant des projets visant à améliorer le soutien à domicile et le développement d'alternatives à l'hébergement.

SOUTIEN AUX PROCHES-AIDANTS

- Les CSSS et la Société Alzheimer Chaudière-Appalaches ont reçu une allocation pour les services aux proches-aidants à la fin mars 2008 ce qui a permis le déploiement des services de répit-dépannage régulier et de répit-dépannage par l'organisme Baluchon Alzheimer (7 jours de répit consécutifs).
- Le répit atypique aux proches-aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées a été développé. En mars 2009, l'équipe active comptait 9 accompagnateurs qui desservent la clientèle les soirs et les fins de semaine.

DIVERSIFICATION DES MILIEUX DE VIE

- Le plan de transformation des services visant la diminution des lits d'hébergement en CHSLD et l'augmentation de places d'hébergement dans la communauté a permis de développer des alternatives à l'hébergement. En 2011-2012, le développement de 42 nouvelles places dans la communauté a permis de diminuer l'attente à l'hébergement.
- La disponibilité de 13 lits de convalescence post-hospitaliers a également permis de diminuer l'occupation de lits de courte durée par des personnes en attente d'hébergement et de favoriser le retour à domicile.

MALTRAITANCE ENVERS LES ÂÎNÉS

- En application du Plan d'action gouvernemental 2010-2015 pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, un mécanisme de coordination régional intersectoriel a été mis en place.
- Des travaux visant à faire l'inventaire des ressources et services disponibles en matière de maltraitance envers les âgés et les personnes handicapées et à faire le diagnostic de la situation dans la région, ont été amorcés.

SERVICES EN CENTRES D'HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

- La réorganisation du travail et la consolidation des ressources en soins infirmiers et d'assistance ainsi qu'en services professionnels, (notamment au sein des unités prothétiques et des unités réservées aux personnes présentant des troubles sévères du comportement) ont permis d'améliorer la performance dans ce secteur d'activité et de dépasser les attentes ministérielles.
- Avec l'actualisation du plan thérapeutique infirmier (PTI) et le déploiement de certains projets d'amélioration de l'alimentation en centres d'hébergement, les services offerts en centres d'hébergement ont connu une amélioration notable depuis la mise en place du plan d'action PALV 2005-2010.
- Les CHSLD privés conventionnés, en tant que partie intégrante des RLS, répondent aux mêmes exigences que les centres d'hébergement publics, et ont atteint ou dépassé les objectifs visés.

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

- Le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPA-MH) est amorcé dans les quatre centres hospitaliers et les préalables prescrits par le Ministère sont implantés ou en voie de l'être.
- La consolidation de l'outil de repérage PRISMA 7 à l'urgence se poursuit et les trajectoires des usagers repérés positifs sont précisées.

- Chaque urgence hospitalière compte une intervenante pivot et les unités sont dotées d'un programme de mobilité ou sur le point de l'être.
- Un outil sommaire d'évaluation des signes vitaux gériatriques à l'urgence a été développé par un CSSS; des effets positifs sur le désencombrement et sur la continuité de la transmission de l'information sont observés.
- Le CSSS de Montmagny-L'Islet demeure un leader dans la province avec la mise en œuvre de la « vision gérontonomie ».

DÉFICIENCE PHYSIQUE

Le programme-services Déficience physique (DP) regroupe les services visant à répondre aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une incapacité significative et persistante, ainsi qu'à leurs proches. Les services prévus pour les personnes atteintes d'une maladie dégénérative (ex. : sclérose en plaques) et dont le profil de besoins correspond à celui de la déficience physique font aussi partie de ce programme. Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique visent à développer et maintenir leur autonomie fonctionnelle, à compenser leurs incapacités et à soutenir leur pleine participation sociale. Ces personnes auront recours à un moment ou à un autre à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à la participation sociale. Les activités des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) pour les incapacités significatives et persistantes sont intégrées dans ce programme. Les tableaux qui suivent présentent les axes d'intervention, les objectifs poursuivis et font état des résultats à l'entente de gestion.

ÉVOLUTION DES INDICATEURS INSCRITS À L'ENTENTE DE GESTION

Légende s'appliquant aux taux de demandes : **Priorité urgente** **Priorité élevée** **Priorité modérée**

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement (CSSS)	2300	2229	2295	2395	2478	↑	😊
Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de service par personne ayant une déficience physique (CSSS)	16,8	23,5	26,5	25,8	25,5	↑	😊
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique			47,7	40	59,5	90	😞
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (Tous âges)			68,5	70	86,8	90	😊
Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (Tous âges)					92,9	90	😊
Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique (Tous âges)			87,9	86,8	88,9	90	😊
Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique (Tous âges)				100	88,2	90	😊
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	184	210	220	252	274	↑	😊

GÉNÉRALITÉS

- Selon les paramètres ministériels, le programme-services « Déficience physique » en Chaudière-Appalaches est considéré en « pauvreté relative » de 1 624 304 \$ en 2011-2012 et de 4 737 548 \$ en 2012-2013 comparativement à l'ensemble du Québec. (voir section Finances).
- Les services spécialisés sont en voie de consolidation et le rapatriement des services en déficience visuelle, antérieurement offerts par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ), a été réalisé en 2012, complétant ainsi l'offre régionale de service de deuxième ligne.
- Les difficultés de recrutement de personnel spécialisé impacte sur la capacité d'atteindre les objectifs fixés. Pour améliorer la situation, des stratégies de recrutement ciblées et des projets de réorganisation du travail visant à optimiser l'utilisation des ressources professionnelles ont été réalisés.

SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

- Malgré une progression du nombre d'usagers desservis dans la communauté et l'absence de liste d'attente en CSSS, le seuil fixé par le MSSS n'est pas atteint. En 2009-2010, 13,4 % de la population ciblée était rejointe alors qu'au Québec le résultat était de 12 %. Les efforts consentis afin d'améliorer l'intensité des services offerts ont permis de dépasser la cible pour la moyenne d'intervention.
- Depuis 2010, des améliorations ont été apportées aux guichets d'accès afin d'assurer l'accessibilité des services en première ligne, dans les délais prescrits. La mise en place des PSI et l'application du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience ont conduit à la révision des grilles de priorisation de la clientèle et à une meilleure adaptation de la réponse aux besoins.
- La promotion du programme de soutien par allocation directe auprès de la clientèle concernée a favorisé l'augmentation du nombre de familles rejointes.
- La difficulté des établissements à rejoindre la clientèle ayant une déficience visuelle a soulevé des questionnements. Jusqu'à l'automne 2012, les services de deuxième (2^e) ligne étaient offerts par la région de la Capitale-Nationale faisant en sorte qu'à la fin de l'épisode de services spécialisés, il est possible que la clientèle n'ait pas eu recours aux services de première ligne en Chaudière-Appalaches. L'offre de service des organismes communautaires concoure aussi à diminuer les demandes envers les CSSS, car 17 des 20 organismes communautaires œuvrant dans ce programme rejoignent en moyenne 347 personnes, et ce, pour divers services, tels : répit-hébergement, répit de jour, répit-dépannage et répit-dodo.

SERVICES SPÉCIALISÉS

- L'ajout de personnel en surcroît, la réorganisation du travail, la révision des listes d'attente sont diverses stratégies qui ont été déployées pour améliorer l'accessibilité aux services, pour rejoindre davantage de clientèle et respecter les délais d'accès. Ainsi, entre 2005 et 2008, plus de 400 usagers additionnels ont été desservis.
- Un modèle d'intervention par trajectoire de services a été développé ce qui a permis d'améliorer la continuité, la qualité et l'efficacité des services spécialisés de réadaptation.
- La mise en place du mécanisme d'accès amorcé en 2008-2009 a permis d'améliorer l'efficacité du processus de référence et les délais d'accès.
- En 2011-2012, peu de demandes de priorité « urgente » ont été inscrites et celles reçues ont été traitées selon les standards établis.
- Un dépassement de 17,6 % de la cible fixée pour les personnes présentant un niveau de priorité modérée et une atteinte des objectifs à 98,7 % pour le niveau de priorité « élevée », sont observés.
- Des difficultés importantes à assurer une continuité raisonnable des services spécialisés (délai important entre le premier et le deuxième service dans un même programme) sont observées; cette réalité ne permet pas d'assurer une offre de service optimale à la clientèle visée.

CONSORTIUM EN NEUROTRAUMATOLOGIE

- Le consortium interrégional de l'Est-du-Québec a été évalué par un groupe d'experts du MSSS en février 2007. Le consortium se conforme à la majorité des exigences. Une attention particulière a été apportée afin d'accroître l'implication de la première ligne dans la trajectoire de services offerts aux personnes ayant subi un TCC modéré ou grave, notamment au regard du soutien à l'intégration.
- Des efforts ont été déployés pour repérer plus systématiquement certaines clientèles échappant au dépistage, particulièrement les personnes âgées. Ce modèle d'organisation des services est reconnu comme étant très performant.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Le programme-services Déficience intellectuelle et Troubles envahissants du développement (DI-TED) regroupe les services destinés à répondre aux besoins des personnes qui ont un fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d’adaptation apparaissant pendant l’enfance. Il vise à réduire l’impact de la déficience, à compenser les incapacités et à soutenir l’intégration sociale. Quant aux troubles envahissants du développement, ils se traduisent par des difficultés sur les plans des interactions avec l’entourage et de la communication en général. Les personnes aux prises avec un TED ont des besoins particuliers et requièrent souvent des services spécifiques.

ÉVOLUTION DES INDICATEURS INSCRITS À L’ENTENTE DE GESTION

Légende s’appliquant aux taux de demandes:

Priorité urgente

Priorité élevée

Priorité modérée

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Nombre de personnes en DI-TED recevant des services en établissement (CSSS)	1127	1666	1866	1883	2153	↑	😊
Nombre moyen d’interventions ou d’heures de prestation de services par personne en DI-TED (CSSS)	8,1	8,1	10,9	10,9	11,7	↑	😊
Nombre d’usagers en DI-TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) allocation directe (CSSS)	577	539	540	550	541	↑	😐
Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d’accès aux services pour les personnes en DI-TED (Tous âges)			54,5	45,5	84,6	90	😐
Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d’accès aux services pour les personnes en DI-TED (Tous âges)			44	64,4	72,6	90	😞
Taux des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d’accès aux services pour les personnes en DI-TED (Tous âges)					87,3	90	😐
Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes en DI-TED (Tous âges)			20,6	46,7	79,3	90	😞
Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes en DI-TED (Tous âges)				100	85,1	90	😐

GÉNÉRALITÉS

- Historiquement, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement de Chaudière-Appalaches (CRDITEDCA) offrait la quasi-totalité des services

(1^{re} et 2^e lignes) à la clientèle déficiente intellectuelle, ce qui a eu pour effet de restreindre le développement de la première ligne et de limiter la capacité de développer et de consolider l'expertise spécialisée.

- Depuis 2007-2008, la région a amorcé le déploiement d'un plan de transformation visant la hiérarchisation des services en DI-TED et l'amélioration de la complémentarité des services offerts entre les différents dispensateurs de services.
- Les travaux co-pilotés par l'Agence et le CRDITEDCA et impliquant les CSSS et organismes communautaires ont amené à la conclusion de protocoles d'ententes interétablissements, à baliser l'offre de service actualisable sur des bases locale et régionale et à préciser l'expertise spécifique et distinctive des équipes des CSSS et du CRDITEDCA. L'implantation du nouveau modèle d'organisation des services en DI-TED devrait être complétée en 2015.

SERVICES À DOMICILE

- Les résultats relatifs au nombre de personnes recevant des services de soutien à domicile ont largement dépassé la cible ministérielle de 2010, fixée à 530 personnes. Ces résultats s'expliquent en partie, par :
 - la présence de clientèle « historique », intégrée dans ce programme à la suite du processus de désinstitutionalisation de l'Hôpital St-Julien;
 - le transfert des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF) du CRDITEDCA vers les CSSS;
 - le contexte historique « d'attraction » de cette clientèle par le Sanatorium Bégin (aujourd'hui le CSSS des Etchemins).
- Le nombre d'usagers rejoints par les CSSS devrait diminuer au cours des prochaines années, car la transformation amorcée dans ce programme favorisera la réorientation de certaines personnes vers d'autres ressources, dont les organismes communautaires.
- Bien que le nombre d'usagers desservis est très élevé, une amélioration notable est observée au plan de l'intensité des services, ce qui a permis de rencontrer les objectifs ciblés et d'améliorer la prise en charge de la clientèle.

SERVICES SPÉCIALISÉS

- Depuis 2007-2008, dans la foulée de l'exercice de spécialisation de ses services, le CRDITED-CA offre le programme « Intervention comportementale intensive (ICI) » (de 15 à 20 heures d'intervention par semaine) aux enfants de moins de 6 ans et la consolidation de l'offre de service à la clientèle « enfant » est mise en priorité.
- Selon les résultats 2010-2011 et depuis la mise en place du Plan d'accès, 75 % des usagers sont pris en charge selon les délais prescrits, comparativement au résultat provincial de 76 %.
- Pour le niveau de priorité urgente, une nette amélioration (près de 50 %) est remarquée par rapport à 2010-2011. La cible du niveau de priorité modérée est dépassée de 13,4 %, alors que pour la réponse aux priorités élevées, l'établissement est passé de 47 % de réponse en 2010-2011 à 79,31 % en 2011-2012, assurant ainsi une atteinte de 88,1 % de la cible fixée. Pour la clientèle « enfance » ayant un niveau de priorité élevée, la liste d'attente a été complètement résorbée en 2010.
- Dans le contexte de l'actualisation du plan de transformation, des actions ont été réalisées et seront poursuivies afin d'optimiser les processus de travail, notamment : suivi rigoureux des charges de cas, poursuite de l'implantation du processus clinique, spécialisation des services et ajout de professionnels, le cas échéant.

JEUNES EN DIFFICULTÉ

Le programme-services Jeunes en difficulté regroupe les services destinés aux jeunes qui présentent des troubles de développement ou du comportement, à ceux qui ont des problèmes d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.) de même qu'aux jeunes qui ont besoin d'être protégés pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.). Des services sont également prévus pour leur famille.

ÉVOLUTION DES INDICATEURS INSCRITS À L'ENTENTE DE GESTION

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSS (mission CLSC)	7361	6878	6681	7326	7605	↑	
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,26	6,73	6,8	6,53	6,58	7	
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	15,67	22,51	15,95	20,36	16,79	12	
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	18,3	17,9	14,5	18,4	17,9	↓	
Délai moyen entre l'ordonnance et le premier contact significatif en vertu de la LSJPA	24,9	4,68	6,83	6,77	10,5	↓	

GÉNÉRALITÉS

- De 2008 à 2010, l'application des Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, d'efficacité et d'efficience pour le programme-services Jeunes en difficulté ainsi que les modifications de la Loi sur la protection de la jeunesse ont retenu l'attention et nécessité de nombreuses formations, et ce, afin d'assurer le développement des compétences des divers intervenants sur, « l'Encadrement intensif » et « le Projet de vie ».
- Spécifique à la région, le projet « Concerto », déployé en partenariat entre le CJCA, les CSSS et les CR favorise la prise en charge « préventive » de la clientèle en s'adressant aux mères nouvellement enceintes (0-9 mois). Cette approche permet de mieux coordonner l'intervention entre les intervenants et d'agir de façon précoce sur le développement et la consolidation des habiletés parentales.

SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

- En 2008-2009, environ 9 % de jeunes ont été pris en charge par les CSSS alors que les objectifs ministériels se situent à 7,5 %. Une amélioration de l'intensité des services offerts en 2009-2010, avec une atteinte de 97 % de la cible fixée pour la moyenne d'intervention par usager est notée. En 2011-2012, l'atteinte se situe à 94 %.
- Depuis 2008, le CSSS Alphonse-Desjardins, qui dessert 58 % des jeunes en difficulté de la région, a mis en place un programme d'intervention de crise « Crise-Ado » et de suivi intensif dans le milieu. Ces deux mesures visent à maintenir le jeune dans son milieu et favorisent l'établissement de liens avec le CJCA et le Programme de soutien intensif aux familles (PSIF). Les travaux sont débutés en vue de déployer ces mêmes programmes dans les quatre autres CSSS.
- En 2012, dans une perspective de mise en commun des bonnes pratiques, le CSSS Alphonse-Desjardins, appuyé par le Centre jeunesse, a été désigné comme site pilote dans le processus de déploiement du programme d'intervention s'adressant aux parents négligents ou à risque de négligence

ainsi qu'à leurs enfants âgés de moins de 9 mois à 12 ans. Considérant l'importance des enjeux de prévention-promotion et les liens étroits avec le développement des communautés, un partenariat avec les acteurs de la Direction de santé publique et du milieu communautaire a été placé au cœur des travaux.

- Plusieurs démarches visant à mieux structurer les programmes d'intervention s'adressant aux jeunes en difficulté aux prises avec un problème de dépendance ou de santé mentale ont été réalisées et viennent appuyer les ententes interétablissements existantes.

SERVICES SPÉCIALISÉS

- Le délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse s'est amélioré mais l'objectif fixé à 12 jours calendrier n'a pu être atteint. En 2011-2012, les résultats se situaient à 16,8 jours et sont inférieurs à la moyenne provinciale qui est de 19,09 jours.
- Pour réduire les délais d'accès et éviter le recours au placement le plus souvent possible, le CJCA a déployé diverses stratégies, dont la vérification complémentaire terrain, le transfert personnalisé aux CSSS, l'ajout de personnel en surcroît, la réorganisation du travail et la révision des processus.
- Au plan de l'application des mesures, le CJCA demeure performant avec un délai moyen de 18 jours. En 2012, afin de maintenir et améliorer ce niveau de performance, le CJCA a procédé à une démarche « Lean » dans ce secteur.
- Les résultats liés au délai moyen de prise en charge en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA), sont passés de 24,9 jours en 2007 à 10,5 en 2012, ce qui démontre une nette amélioration et correspond aux attentes fixées.
- Des services spécifiques en santé mentale ont été offerts à plus de 80 jeunes hébergés au CJCA, en collaboration avec l'équipe de pédopsychiatrie du CSSS Alphonse-Desjardins. Ces résultats dépassent de plus de 50 % la cible de départ. En 2007, le Centre jeunesse a élaboré et déposé son programme en santé mentale à l'Agence, laquelle a investi des sommes additionnelles à celles prévues par le MSSS dans le contexte de la Stratégie d'action jeunesse, pour soutenir le déploiement.
- Le programme de « qualification » s'adressant aux jeunes de plus de 16 ans et visant le développement de leur autonomie est déployé dans la région et a permis de rejoindre en moyenne 32 jeunes au cours des cinq dernières années. Pour 2011-2012, 52 jeunes.

DÉPENDANCES

Le programme-services Dépendances permet d'adopter une approche globale face à la problématique de la dépendance, et ce, quelle qu'en soit la cause (alcoolisme et toxicomanie, jeu compulsif, cyberdépendance, etc.). Le programme comprend notamment des services de réadaptation et de réinsertion sociale, des services de désintoxication ainsi que des services ayant pour but la réduction des méfaits, tels les traitements à la méthadone. Les services aux familles et aux proches des personnes ayant une dépendance font aussi partie de ce programme.

ÉVOLUTION DES INDICATEURS INSCRITS À L'ENTENTE DE GESTION

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins				65,3	61	80	
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS					338	320	

GÉNÉRALITÉS

- Le déploiement du Plan d'action ministériel en dépendances a débuté en 2010. Comme principale mesure d'implantation, le MSSS prévoyait la mise en place d'un vaste programme de formation pour les intervenants de première (1^{re}) ligne. Dans la région, l'Agence a contribué financièrement au développement de l'expertise de quatre formateurs, ayant comme mandat de diffuser cette formation à l'ensemble des intervenants de Chaudière-Appalaches.
- Pilotés par le Centre de réadaptation en dépendances, des travaux visant à définir une offre de service en dépendances dans une perspective de réseau intégré de services, à délimiter le rôle de chaque partenaire au sein de ce réseau, à identifier les actions concrètes à mettre en oeuvre à court et à moyen termes et à bonifier l'offre de service au sein des cinq RLS ont été amorcés en 2011-2012.

TOXICOMANIE

- Un nouvel indicateur a été calculé pour la première fois au 31 mars 2011 pour le volet toxicomanie. Les résultats obtenus serviront de point de départ pour fixer des objectifs graduels pour les prochaines années, afin d'atteindre la cible de 80 % en 2015. Pour la région, une détérioration des résultats atteints en 2012, relativement à l'année précédente est observée.
- Plusieurs actions amorcées en 2011-2012 devraient avoir un impact positif sur l'accessibilité aux services et sur la prise en charge de la clientèle. Il s'agit notamment de :
 - favoriser les liens interprogrammes pour une clientèle chroniquement malade et cliniquement complexe (co-morbidité)
 - définir les nouveaux paramètres de gouvernance régionale.
 - déployer les formations «Approche motivationnelle» en dépendance.
 - documenter la fréquence et l'intensité des services rendus par la première (1^{re}) ligne.
 - augmenter les activités de prévention et de promotion des services au plan régional.
- Concernant la clientèle « jeunesse » en première ligne, peu de jeunes fréquentent plus d'une fois les services. Une formation offerte au sujet de l'outil de dépistage DEP-ADO utilisé dans le cadre du mécanisme d'accès régional, pourrait améliorer le repérage des jeunes aux prises avec des problèmes de dépendance.

JEU PATHOLOGIQUE

- Depuis 2005, le nombre de joueurs traités a diminué, passant de 387 à 229 en 2008.
- Il n'existe aucun délai pour l'évaluation et la prise en charge de la clientèle.
- Bien que la promotion des services spécialisés soit faite, les personnes visées par ce programme demeurent difficiles à rejoindre.
- Afin d'améliorer le dépistage de la clientèle de joueurs pathologiques, le CRDCA s'est associé à ses partenaires pour réaliser les actions suivantes :
 - mise en place d'un comité pour la prévention du jeu pathologique auquel sont associés des représentants de l'équipe de recherche CRDCA-CRUV, un chercheur de l'Université Laval, un représentant de l'organisme communautaire L'Odyssée, un représentant de la Direction de la santé publique, des représentants de CSSS et un représentant de L'ACEF Beauce-Etchemins-Amiante. Des rencontres régulières ont permis la conception d'un plan d'action qui vise à promouvoir les services d'aide auprès des joueurs et leur entourage, et ce, par diverses stratégies;
 - s'assurer du dépistage systématique de la problématique du jeu pathologique à l'intérieur de toutes les activités de dépistage en dépendances par les intervenants du CRDCA;
 - promouvoir le dépistage de cette clientèle en première ligne.

SANTÉ MENTALE

Le programme-services Santé mentale regroupe des services généraux, des activités cliniques et d'aide qui répondent à l'ensemble des besoins individuels des personnes vivant une situation particulière sévère et persistante momentanée ou présentant, la plupart du temps, des problèmes ponctuels ou de nature aiguë et réversible.

ÉVOLUTION DES INDICATEURS INSCRITS À L'ENTENTE DE GESTION

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	512	526	524	566	527	1019	
Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	14	68	110	119	118	408	
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	12,02	12,98	12,55	13,11	12,94	12	
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	0,59	0,84	0,28	0,81	0,6	0	
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)	3246	3306	3597	3618	3006	8311	
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ou 3 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	242	249	46	197	268	0	

GÉNÉRALITÉS

- Parmi les programmes identifiés en « manque relatif de ressources », celui de la santé mentale est considéré en « pauvreté relative » de 78 333 \$ en 2011-2012 et de 491 635 \$ en 2012-2013. (voir section Finances)

SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

- Des difficultés sont constatées pour 4 des 6 indicateurs suivis. Concernant le nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première (1^{re}) ligne en CSSS, le résultat représentait 48,6 % de l'engagement en 2011-2012. Cette situation est due notamment à la modification du calcul de cet indicateur, passant de 8 à 2 centres d'activités, d'où une diminution de plus de 600 usagers par rapport à 2010-2011.
- Comme la cible régionale apparaît être « surévaluée » comparativement à d'autres régions plus peuplées, elle sera réajustée à la baisse en 2012-2013.

- Pour plusieurs problématiques, l'intervention de groupe est privilégiée. Or, comme pour les consultations en psychologie et en psychiatrie dans le secteur privé et la référence aux programmes d'aide aux employés (PAE), cette approche n'est pas considérée dans les résultats ce qui contribue à réduire la performance régionale.
- Des investissements budgétaires importants ont été consentis au cours des dernières années afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité des services et d'implanter les mécanismes d'accès pour la clientèle adulte. Un plan de consolidation des équipes de base et de développement de l'expertise des intervenants œuvrant en première ligne a été amorcé en privilégiant les services aux jeunes.
- Des services spécialisés pour les troubles anxieux ont été développés et des efforts ont été faits pour poursuivre la consolidation des services de première (1^{re}) ligne, permettant ainsi un meilleur arrimage avec les services spécialisés.
- Les objectifs liés aux services de suivi d'intensité variable (SIV) et de suivi intensif dans le milieu (SIM) ne sont pas atteints. Afin d'améliorer la situation, les actions suivantes ont été priorisées :
 - compléter le portrait de l'offre de service d'hébergement en santé mentale du SIM et SIV des clientèles présentant des troubles mentaux graves;
 - soutenir la formatrice du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) rattachée à la région dans l'implantation des services de suivi dans le milieu;
 - poursuivre les travaux régionaux visant la mise en place d'une nouvelle gouverne régionale et locale en matière de santé mentale;
 - promouvoir les services en santé mentale auprès des médecins omnipraticiens, et ce, afin d'augmenter les références;
 - préciser la trajectoire de services avec les omnipraticiens et les psychiatres. Des efforts ont été consacrés au respect des délais de prise en charge. Les actions priorisées pour la prochaine année sont :
 - favoriser les liens inter-programmes pour une clientèle chroniquement malade et cliniquement complexe (co-morbidité);
 - vérifier le degré d'implantation du guichet d'accès en santé mentale dans tous les territoires;
 - assurer le suivi des visites ministérielles (printemps 2011) auprès des 2 territoires de plus de 50 000 habitants ayant les responsabilités d'implanter un guichet d'accès et soutenir les CSSS dans l'actualisation des recommandations.

SERVICES D'URGENCE

- La région se situe au 5^e rang en 2011-2012 pour le pourcentage le moins élevé de séjour de 48 heures et plus à l'urgence pour un problème de santé mentale et se positionne favorablement quand au séjour moyen sur civière.
- Un suivi régulier est effectué et des actions concrètes ont été mises en place pour les séjours supérieurs à 48 heures. Le manque de psychiatres contribue à cette problématique.
- Des ententes interétablissements et des mécanismes de liaison ont été implantés afin d'assurer le suivi du client dans le continuum de services.
- La mise en place d'infirmières pivots provenant du CRDCA dans les unités d'urgence du CSSS de Beauce et du CHAU-HDL, de même que l'ouverture de lits multifonctionnels, ont permis à certains usagers présentant une toxicomanie, souvent pris en charge par les équipes de santé mentale, d'être dirigés plus rapidement vers les services appropriés, libérant ainsi les civières et réduisant la durée de séjour en santé mentale à l'urgence.
- Une meilleure utilisation des lits de dégrisement dans la communauté a contribué à l'amélioration des résultats.
- En 2010, à la demande de l'Agence et de concert avec le CSSS de Beauce, une visite par des représentants de la Direction nationale de l'urgence (DNU) et de l'Agence a eu lieu. Des recommandations ont été émises et un plan d'action réalisé.

- Deux processus de réintégration sociale importants ont été réalisés.
- La révision du programme 12 (traitement de moyenne durée offert à la clientèle présentant des troubles sévères et persistants) offert par le CSSS des Etchemins jusqu'en 2008 a permis de développer l'équivalent de 15 lits décentralisés régionalement (5 pour la région de Beauce-Etchemins-Thetford et 10 pour les territoires d'Alphonse-Desjardins et de Montmagny-L'Islet) améliorant ainsi l'accessibilité et la proximité des services.
- Consécutivement à une visite réalisée par le Curateur public en décembre 2008, un rapport ayant été déposé à l'hiver 2009 au CSSS des Etchemins conduit aux principales recommandations suivantes :
 - le transfert et la prise en charge par le CRDI, des personnes présentant une déficience intellectuelle en vue d'assurer leur réadaptation, leur adaptation et leur intégration sociale;
 - l'intégration des personnes ayant un diagnostic psychiatrique dans un programme structuré de santé mentale, avec des ressources détenant une expertise permettant de favoriser la stabilisation et l'intégration éventuelle dans la communauté, à l'intérieur de ressources d'hébergement convenant à leur état de santé et besoins.
- Misant sur le potentiel de réintégration sociale et privilégiant l'intégration dans des milieux d'hébergement dans la communauté lorsque possible, il a été convenu qu'une ressource à assistance continue accueillerait 12 résidents provenant de l'hébergement de longue durée du CSSS des Etchemins. Six d'entre eux présentent une déficience intellectuelle (DI) avec troubles du comportement et une perte d'autonomie et six autres présentes une DI et des troubles sévères du comportement. Ce projet soutenu par l'Agence et le MSSS a été mené conjointement par le CSSS des Etchemins et le CRDITEDCA.
- L'intégration de la clientèle du RLS Alphonse-Desjardins a été complétée en juin 2010. Concernant le CRDITEDCA et le CSSS de Beauce, des ententes ont été conclues pour assurer la période de transition entre le 31 mai 2010 et la date à laquelle leurs clientèles seront relocalisées. Des délais dans les travaux de construction des nouvelles ressources ont entraîné un retard dans l'intégration des clientèles visées.

SANTÉ PHYSIQUE

Le programme-services Santé physique s’adresse à toute personne aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et devant recevoir des soins et traitements spécialisés ou ultraspécialisés. Il s’adresse également à toute personne présentant une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu.

ÉVOLUTION DES INDICATEURS INSCRITS À L’ENTENTE DE GESTION

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d’évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée				1,5	2,4	3	
Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée				0,6	0,7	3	
Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée				0,5	0,7	3	
Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée				0,4	0,5	3	
Nombre d’usagers en soins palliatifs à domicile	1142	1202	1261	1369	1474	↑	
Nombre moyen d’interventions par usager en soins palliatifs à domicile	19,39	20,91	17,93	17,73	17,4	↑	
Nombre d’arthroplasties de la hanche réalisées	281	340	365	399	395	↑	
Nombre d’arthroplasties du genou réalisées	478	494	568	654	672	↑	
Nombre de chirurgies de la cataracte	3195	3853	3861	4017	3871	↑	
Nombre de chirurgies d’un jour réalisées (excluant cataractes)	12190	11530	12915	14705	14655	↑	
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	6398	6586	7354	7577	7539	↑	
Séjour moyen sur civière (durée)	11,85	12,68	12,5	12,29	11,87	12	
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,87	15,96	15,75	15,64	15,44	12	
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0,3	0,5	0,4	0,5	0,4	1	
Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière				9,44	12,74	15	
Nombre moyen de patients par CH en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale				1,6	1,8	3	

Description	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Cible	Atteinte
Nombre moyen de patients par CH en attente de RNI occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale				0,2	0,1	3	
Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée				0,1	0,3	3	
Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus				3,53	4,51	4,99	

GÉNÉRALITÉS

- La majorité des cibles relatives à l'occupation des lits de courte durée sont atteintes et le nombre moyen de patients en processus ou en attente d'hébergement et occupant un lit de courte durée est inférieur au maximum de 3 fixé par le Ministère.
- Au CSSS Alphonse-Desjardins (site Hôtel-Dieu de Lévis), le nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post-hospitaliers est de 5,5 et de 4,5 pour l'attente de place en CHSLD. Cette situation s'explique notamment par le manque de ressources alternatives dans la communauté.
- Pour ce qui est du taux de déclaration en hébergement des 75 ans et plus par des centres hospitaliers, la cible régionale est atteinte, et ce, pour l'ensemble des établissements. Le déploiement de l'approche adaptée pour les personnes âgées, la consolidation des continuums de services et le développement de ressources intermédiaires permettront d'améliorer ce secteur.
- La consolidation des services de première ligne médicale et l'ajout d'IPSSPL, l'amélioration de la continuité des services pour les personnes présentant un problème de santé mentale et l'ajout d'infirmières spécialisées en toxicomanie dans deux urgences de la région, ont également concouru à l'atteinte des objectifs fixés.

URGENCES

- Depuis plusieurs années, les résultats observés dans les urgences des centres hospitaliers de la région sont parmi les meilleurs au Québec, et ce, malgré l'augmentation du nombre de consultations observée dans la majorité des urgences.
- En 2009, une mention « Coup de cœur » a été attribuée au CHAU-HDL pour sa bonne gestion de l'urgence lors du Gala provincial des prix d'excellence.
- Plusieurs actions visant à maintenir et améliorer la performance des urgences ont été réalisées en amont et en aval. Des plans d'amélioration consécutifs aux visites effectuées par l'Agence et le Ministère ont été élaborés et sont en cours d'actualisation.
- Afin d'améliorer les processus en place, des projets de type « Lean Healthcare » ont été réalisés dans la plupart des salles d'urgence. Des mesures telles, l'ajout de coordonnateur médical, gestionnaire de lits, infirmières de liaison et travailleurs sociaux, de même que l'intensification du soutien à domicile, le déploiement de lits de convalescence ou de transition sont autant de stratégies ayant contribué à l'atteinte des objectifs.

CHIRURGIES

- Grâce à l'actualisation de certaines actions (ajout de salles, prolongation des horaires d'utilisation des salles, ajout de ressources, modification de certaines pratiques, mise en place des mécanismes de gestion de l'accès en chirurgie), les cibles sont atteintes et le nombre total de chirurgies est en augmentation depuis cinq ans.

- Les CSSS de Montmagny-L'Islet et de la région de Thetford se démarquent en matière de production chirurgicale; des chirurgies pour des clientèles hors-région sont réalisées et ces deux établissements sont en lice pour contribuer à la deuxième offre, le cas échéant.
- Par l'ajout d'une quatrième salle de chirurgie, le CSSS de Beauce a aussi amélioré sa production. L'application de son plan d'action pour optimiser l'utilisation des salles de chirurgie comprend, entre autres éléments, les stratégies suivantes : meilleure gestion des listes d'attente, possibilité de faire une deuxième offre au patient, ajout de priorités opératoires aux chirurgiens ayant de longs délais de réalisation de chirurgies, lesquelles ont permis au CHAU-HDL d'améliorer son offre de service.
- Pour la chirurgie oncologique, les délais sont plus spécifiquement reliés au manque de disponibilité d'effectifs dans certaines spécialités, notamment en urologie. Les ajouts au PREM en spécialité 2012-2015 favorisant le recrutement dans la région devraient permettre d'atteindre les cibles fixées pour 2015.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

- L'implantation du mécanisme d'accès en 2009, de même que l'actualisation de diverses mesures dont la réorganisation du travail, la mise en place des cliniques de fin de semaine et l'élaboration de corridors de services ont permis d'améliorer l'accessibilité dans ce secteur. Dans la région, l'objectif visé pour la réalisation des tests diagnostics est de 20 semaines et moins.
- En mai 2010, l'Agence s'est doté d'un plan d'organisation régional des services d'imagerie par résonance magnétique pour la région de la Chaudière-Appalaches. Avec l'ajout d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) au CSSS de la région de Thetford en 2011-2012, ce type de service diagnostic est offert dans 3 sites différents, améliorant ainsi l'accès pour l'ensemble de la population. L'acquisition de nouveaux appareils d'IRM dans la région comporte de nombreux avantages, en l'occurrence l'amélioration de la qualité de soins, les services de proximité, la précision des diagnostics et la diminution des déplacements.

PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE

- En 2011-2012, la région comptait 19 GMF de diverses tailles, répartis dans l'ensemble de la région.
- L'implantation d'une unité de médecine familiale ayant une capacité d'accueil optimale de 24 médecins résidents sur le territoire du CSSS Alphonse-Desjardins a été réalisée en collaboration avec l'Université Laval, le CHAU-HDL et le MSSS. Ce programme vise à favoriser l'attraction et la rétention de médecins omnipraticiens en Chaudière-Appalaches et à améliorer l'accessibilité aux services médicaux.
- Afin de garantir l'accès à une gamme complète de services médicaux de première (1^{re}) ligne, accessibles selon des plages horaires étendues et dans le but de soutenir les clientèles vulnérables dans leur recherche de médecin, l'Agence a collaboré au développement d'une clinique réseau dans le secteur Desjardins (ville de Lévis); celle-ci sera fonctionnelle en 2013.

TÉLÉSANTÉ

- La structure actuelle du projet Télésanté inclut la télépathologie et la réalisation d'un projet de Clinique des plaies complexes. Les infrastructures de télésanté sont en déploiement et permettront de développer un réseau de télésanté en santé mentale, oncologie, cardiologie adulte ainsi qu'en réadaptation. Les priorités identifiées par les établissements de la région rejoignent celles du RUIS-UL et du MSSS.
- En mai 2011, l'Agence a amorcé les discussions pour la mise en place d'un service régional de procréation médicalement assistée avec le CSSS Alphonse-Desjardins. Ce service permettra d'assurer l'accessibilité à des services de procréation assistée sécuritaires et de qualité dans les délais recommandés, tout en considérant les dimensions cliniques et les enjeux éthiques.

PROGRAMME DE LUTTE AU CANCER ET SERVICES EN RADIO-ONCOLOGIE

- Les quatre équipes interdisciplinaires locales en oncologie des CSSS ont été consolidées et des postes d'infirmières pivots en oncologie ont été ajoutés au sein de l'équipe régionale du CSSS Alphonse-Desjardins.
- Des démarches ont été entreprises avec la région de la Capitale-Nationale dans le but de s'assurer de l'accès et de la continuité des services en radio-oncologie, pour la clientèle adulte et pédiatrique de Chaudière-Appalaches.
- Dans les secteurs de Lotbinière et de la Beauce, les services d'accompagnement-transport sont pris en charge et effectués par des organismes communautaires dans le but de faciliter le transport des patients des secteurs éloignés et nécessitant des traitements en radio-oncologie.
- Des sessions de formation pour les membres des équipes interdisciplinaires en oncologie sur les thèmes « interdisciplinarité et accompagnement » ont été offertes.
- Dans le cadre du programme de lutte au cancer, le CSSS Alphonse-Desjardins (site Hôtel-Dieu de Lévis) a été retenu par le Ministère comme site pilote d'un projet de démonstration du programme québécois de dépistage du cancer colorectal. En 2011-2012, l'établissement a entrepris la phase I du projet de démonstration du programme québécois de dépistage du cancer colorectal.
- La mise en place de la phase I du Registre québécois du cancer dans les CSSS a reçu un avis de conformité par le MSSS. À la suite de cet avis favorable, l'Agence, en collaboration avec la région de la Capitale-Nationale, a effectué les travaux visant à présenter une demande d'implantation d'un Centre régional intégré en cancérologie dans la région de la Chaudière-Appalaches. Un avis de reconnaissance de besoins a également été demandé aux instances ministérielles.

SOINS PALLIATIFS

- Bien que la cible concernant le nombre de personnes rejointes en soins palliatifs à domicile ne soit pas atteinte, toutes les personnes le souhaitant sont desservies à domicile et la région répond à l'ensemble des besoins identifiés. Par ailleurs, les résultats démontrent une intensité de services dépassant les objectifs fixés.
- L'accès aux six lits de soins palliatifs de la Maison Catherine-de-Longpré a été optimisé et le MSSS a procédé à l'agrément de la nouvelle maison de soins palliatifs du Littoral, laquelle a récemment débuté ses activités avec une disponibilité de huit places, sur un potentiel de quatorze, au terme de son développement en 2015.

GRANDS CONSOMMATEURS DE SERVICES

- L'utilisation des services par les personnes souffrant de maladies chroniques a un impact prévisible sur les urgences, l'hospitalisation et les services de première (1^{re}) ligne. Ayant pour objectif de réduire significativement leur recours à ces divers services, d'améliorer leur état de santé et de développer leur autonomie, un exercice d'identification des grands utilisateurs de services nécessitant un suivi par un gestionnaire de cas a été réalisé dans chaque CSSS. À terme, l'exercice vise à mettre en place, dans chaque territoire de CSSS, une approche intégrée permettant d'identifier et d'offrir un suivi systématique aux personnes ciblées. Ce projet a été mené en étroite collaboration avec la Direction de santé publique qui a procédé à l'évaluation de l'utilisation des services par les grands consommateurs identifiés.
- Le rapport d'évaluation du programme Actions-Santé produit par la DSP révèle que le programme d'identification de cohortes de grands utilisateurs de services a eu des retombées positives pour la clientèle et les établissements. Les recommandations du rapport baliseront les activités à réaliser dans ce dossier. Une rencontre interrégionale à laquelle participent des infirmières de gestion de cas complexes (IGCC) de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches a permis d'élargir la communauté de pratiques et de créer des liens professionnels qui facilitent le suivi des clients utilisateurs de services dans les deux régions.

DIALYSE

- En mars 2010, un point de services en hémodialyse a été mis en place au CSSS de Beauce (site Hôpital de Saint-Georges) afin de permettre à la population de ce territoire de recevoir de tels services à proximité. Il comprend six chaises avec couverture à distance via la télémedecine par les consultants du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Cette mesure s'inscrit dans la planification régionale des services en hémodialyse. Un protocole d'entente entre le CSSS de Beauce, le CHUQ, l'Agence de la Capitale-Nationale et l'Agence de Chaudière-Appalaches a été signé. Les infirmières du CSSS de Beauce ont reçu une formation à l'unité d'hémodialyse du CHUQ, site Hôtel-Dieu de Québec.

CIRCUIT DU MÉDICAMENT

- Découlant des travaux ministériels de planification de main-d'œuvre en pharmacie, la mise en place des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) vise à favoriser le recrutement et la rétention du personnel en pharmacie, tout en rehaussant la qualité et la sécurité du circuit du médicament dans les établissements de santé.
- Un plan régional d'amélioration du circuit du médicament a été déposé au MSSS. Les priorités d'action ont été identifiées, l'organisation du travail a été révisée et un plan de contingence en cas de pénurie d'effectifs pharmaciens a été réalisé.
- En 2008, l'Agence a reçu l'aval du MSSS pour la réalisation de la phase 1 du projet du système SARDM. Rappelons que le *Plan de réalisation de la phase 1* du projet SARDM pour la région totalise des coûts de 1 509 082 \$. De ce montant, la contribution ministérielle pour les équipements et les technologies de l'information totalise 475 621 \$, le montant résiduel étant assumé par l'Agence (651 984 \$) et les établissements visés (381 477 \$). La majorité des sommes investies par les établissements a été affectée aux travaux d'immobilisation et d'implantation de ce projet.
- Conformément au plan quinquennal, l'actualisation des orientations prévues au cadre de gestion de la phase II relatif au déploiement du projet s'est poursuivie en 2012. Cette phase a interpellé plus spécifiquement les CSSS de Beauce, de la région de Thetford et Alphonse-Desjardins, site Hôtel-Dieu de Lévis. La phase III est en cours de planification.

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS DES PATIENTS ADMIS VIA L'URGENCE

- Préalable à l'obtention de l'agrément décerné par Agrément Canada, le bilan comparatif des médicaments (BCM) vise essentiellement à réduire les divergences dans le traitement médicamenteux des patients, et ce, tant au moment de l'admission et du séjour hospitalier que lors de la sortie dans la communauté ou vers un autre établissement.
- En suivi des recommandations des membres du Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP), les gestionnaires des établissements de soins généraux et spécialisés ont mis en place une organisation du travail qui permet d'améliorer la qualité des services aux patients au plan de la pharmacothérapie.
- L'ajout de personnel technique de pharmacie, ayant pour mandat de réaliser la collecte des données requises pour dresser le BCM des patients susceptibles d'être hospitalisés, a également été prise en compte afin de faire face à la pénurie de personnels infirmiers et de pharmaciens. Le recours à du personnel technique s'avère moins coûteux, libère le personnel infirmier et permet de rencontrer des objectifs d'optimisation de l'utilisation des ressources humaines et financières.

**QUALITÉ ET
PERFORMANCE**

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Certification et visites d'appréciation de la qualité :

- Mise en œuvre et suivi du processus de certification obligatoire des résidences privées pour aînés.
- Mise œuvre et suivi du processus de certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique.
- Mise en place d'un comité interdirectionnel ayant le mandat de recommander la délivrance et ou le renouvellement d'un certificat de conformité.
- Visites et suivi des recommandations issues des visites d'appréciation de la qualité en centre d'hébergement.
- Resserrement et bonification des procédures de suivi des recommandations issues des visites d'appréciation en centres d'hébergement.

NOMBRE DE RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES CERTIFIÉES DANS LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES			
	Résidences inscrites au registre du MSSS	Résidences certifiées	Unités locatives
Alphonse-Desjardins	34	34	1777
Beauce	15	15	306
Etchemins	91	91	3576
Montmagny-L'Islet	34	34	747
Région de Thetford	24	24	951
TOTAL	198	198	7357

Sécurité des soins et des services :

- Déploiement du système de gestion et de déclaration des rapports d'incidents/accidents.
- Implantation des protocoles d'utilisation des opiacés.
- Suivi des recommandations en provenance du Bureau du Coroner.

Formations et activités régionales :

- Mise en place d'une Table régionale des répondants qualité des établissements.
- Formation sur l'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO).
- Formations sur l'Analyse des causes souches (ACS) et sur l'Analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE) offertes aux répondants qualité des établissements.
- Tenue de deux journées régionales à l'intention des comités des usagers et de residents.
- Intégration du volet « Initiative prometteuse » à l'édition régionale des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux et communautaires
- Adoption d'un code d'éthique et de déontologie.

L'évaluation de la performance du réseau

En 2011-2012, dans l'optique de rendre la mesure de la performance utile pour la prise de décision aux niveaux opérationnel, tactique et stratégique, le FDG a constitué une instance stratégique chargée d'actualiser cette orientation. De plus, à l'Agence, les ressources traditionnellement affectées à la fonction évaluation des programmes et services ont été réorientées vers la mesure et l'évaluation de la performance.

L'Agence participe aux travaux ministériels en évaluation de la performance; chaque établissement et l'Agence ont désigné un responsable de la performance, lesquels devraient jouer un rôle de liaison, et partager l'information afin d'assurer la cohérence entre les différents projets d'amélioration de la performance qui ont vu ou verront le jour au cours des prochaines années.

Courtage de connaissances

Le courtage de connaissances a été déployé dans la région en mars 2012, dans une perspective d'amélioration continue de la performance du réseau régional. Ce système de gestion des connaissances consiste essentiellement à faciliter la prise de décision en recourant aux données probantes, aux meilleures pratiques et aux avis d'experts. Ce travail est réalisé par un courtier de connaissances qui accompagne un groupe de travail en précisant le besoin d'information, en effectuant les recherches et en synthétisant l'information recueillie.

Le modèle développé en Chaudière-Appalaches, avec le soutien de l'ASSS de la Montérégie, s'articule autour d'une communauté de pratique à laquelle participent les courtiers locaux désignés dans les établissements.

Régime de traitement des plaintes :

PLAINTES CONCLUES PAR L'ASSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES							
	Agence	Organismes communautaires	Résidences privées pour aînés	Service préhospitaliers d'urgence	Autres*	TOTAL DES PLAINTES	Interventions
2007-2008	14	4	62	13	13	93	0
2008-2009	17	12	53	10	2	92	15
2009-2010	1	3	47	11	2	57	23
2010-2011	2	9	23	12	2	45	40
2011-2012	37	11	20	11	4	86	77
TOTAL	72	39	205	57	23	373	155

*Autres : Réfère en majorité aux organismes en toxicomanie

LISTE DES ACRONYMES

Acronyme	Nom complet
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
IPCDC	Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences
INSPQ	Institut national de la santé publique du Québec
AQESS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHAU-HDL	Centre hospitalier affilié universitaire – Hôtel-Dieu de Lévis
CSSSB	Centre de santé et de services sociaux de Beauce
GMF	Groupe de médecine de famille
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
SIDA	Syndrome immunodéficience acquise
FFAPAMM	Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
MRC	Municipalité régionale de comté
CSSSE	Centre de santé et de services sociaux des Etchemins
PACS SIR	Picture archiving communication system
ENAP	École nationale d'administration publique
DEC-BAC	Diplôme d'études collégiales-Baccalauréat
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHU-IU-CAU	Centre hospitalier universitaire - Institut universitaire – Centre affilié universitaire
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
CRDCA-CRUV	Centre de réadaptation en dépendances Chaudière-Appalaches - Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CR	Centre de réadaptation
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval

